Omgaan met stress en het verhoogd risico op burn-out: een uitdaging voor de haio

De Troeyer Katrijn, huisarts in opleiding; Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. A. Derese, huisarts; Universiteit Gent

Co-promotor: E. Boydens, huisarts; Doctors4Doctors

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Titel: Omgaan met stress en het verhoogd risico op burn-out: een uitdaging voor de haio.

Auteurs: K. De Troeyer, huisarts in opleiding (Universiteit Gent); Prof. Dr. A. Derese, huisarts (Universiteit Gent); E. Boydens, huisarts (Doctors4Doctors)

Context: In 2011 ontwikkelde het KCE een rapport met enkele aanbevelingen rond preventie en aanpak van burn-out bij de huisarts. Het is alom gekend dat artsen een verhoogd risico kennen op depressie, burn-out, middelenmisbruik en suïcide. De huisarts-in-opleiding (haio) vormt de toekomst van de huidige eerstelijnszorg. Heel wat huisartsen bereiken binnenkort de pensioenleeftijd. Dit vormt een extra werkdruk voor de startende huisarts. De grote uitdaging voor de haio is het omgaan met deze hoge werkdruk. De visie van de haio op zijn eigen welbevinden en op zijn zelfzorg op dit moment vormt een belangrijke basis om later, na jaren werkervaring, beter bestand te zijn tegen stress, burn-out,… Voldoende kennis omtrent de preventieve en curatieve mogelijkheden voor artsen vormt hierin een hoeksteen.

Onderzoeksvraag: Welke factoren geeft de haio een gevoel van stress? Hoe gaat de haio om met stress nu en in de nabije toekomst? In welke mate is de haio vertrouwd met de bestaande initiatieven rond preventie en begeleiding van psychische problemen?

Methode: Er gebeurde een beschrijvend, epidemiologisch onderzoek bij de haio's ingeschreven in Vlaanderen. Zij werden uitgenodigd om deel te nemen aan een online vragenlijst die verspreid werd via de ICHO website.

Resultaten: Ongeveer 70% van de haio's voelt zich psychisch en fysisch goed tot zeer goed. Ongeveer 36% ervaart de job als stresserend; 46% voelt zich bijna altijd gespannen en 38% vertoont vaak piekergedrag. Gebrek aan respect en naleving van de werkuren alsook de academische belasting vormen bronnen van stress. De work-life balans weegt bij 52% van de haio's teveel door naar werk/opleiding.

Doctors4Doctors is slechts bij 45% van de haio's gekend, Arts in Nood bij slechts 16%, het ECHTT bij 13.5%. Mijn Kwartier en ITAM zijn quasi ongekend bij de haio. Zeventig procent van de haio's vindt dat er onvoldoende aandacht aan zelfzorg wordt besteed in de opleiding. Vijfenzestig procent van de haio's wenst scholing over stressmanagement in de opleiding. In de toekomst wenst de haio een groepspraktijk met secretariaat, een betere controle over de balans werk-privé en het beter opvoeden van patiënten.

Conclusie: Er is nood aan een lessenpakket dat meer informatie verstrekt over bestaande initiatieven rond burn-out, over omgaan met stress en verantwoordelijkheid, over praktische handvaten om de balans tussen werk en privé te handhaven. Het bijkomende academische takenpakket dient herbekeken te worden alsook de opleiding van de praktijkopleiders zodat de haio minder belast wordt.

Dankwoord

Graag wil ik mijn promotor, prof. Derese, en co-promotor, dr Boydens bedanken voor hun begrip toen het minder ging op mijn opleidingsplaats. Ik ben mijn promotor en co-promotor zeer dankbaar voor hun taaltips en suggesties bij het schrijven van deze thesis.

Hiernaast wil ik mijn huidige praktijkopleider(s) bedanken voor de warme ontvangst die ze mij hebben gegeven toen ik bij hen terecht kwam na een moeilijke periode op mijn eerste opleidingsplaats. Zij hebben ervoor gezorgd dat ik opnieuw met plezier en energie mijn werk tegemoet ga.

Uiteraard een oprechte ‘dank je wel’ aan alle haio’s die hun kostbare tijd besteed hebben aan het invullen van deze enquête. Zonder hen had ik dit onderzoek niet tot stand kunnen brengen.

Tot slot wil ik mijn toekomstige man en mijn ouders bedanken voor al hun steun, (veel) geduld en vertrouwen in mij gedurende mijn volledige opleiding tot (huis)arts. Mede dank zij hen heb ik bereikt waar ik nu sta.

INHOUDSTABEL

Abstract i

Dankwoord ii

1. Inleiding 1

1.1. Burn-out en surmenage 1

1.1.1. Geschiedenis 1

1.1.2. Definitie van surmenage 1

1.1.2.1. Stress 1

1.1.2.2. Surmenage 2

1.1.3. Definitie van burn-out 2

1.1.3.1. Emotionele en lichamelijke uitputting 2

1.1.3.2. Depersonalisatie/cynisme 3

1.1.3.3. Verminderd gevoel van bekwaamheid 3

1.1.4. Beïnvloedende factoren 3

1.1.4.1. Werkgerelateerde factoren 3

1.1.4.2. Individuele factoren 4

1.2. Bevlogenheid 4

1.2.1. Definitie 5

1.2.2. Van burn-out naar bevlogenheid 5

1.2.2.1. Actiegerichte aanpak 5

1.2.2.2. Emotiegerichte aanpak 6

1.2.2.3. Preventieve aanpak 6

1.3. WEB model als theoretische en empirisch onderbouwd model 6

1.4. Belang van preventie van burn-out 7

1.4.1. Voor de huisarts 7

1.4.2. Voor de patiënt 8

2. Methodologie 8

2.1. Literatuuronderzoek 8

2.2. Enquête 8

3. Resultaten. 8

3.1. Deelnemers 8

3.1.1. Situatie vóór start als haio 8

3.1.2. Alcohol-roken-geneesmiddelengebruik 9

3.2. Praktijkgegevens 9

3.2.1. Praktijkvorm 9
3.2.2. Aantal patiëntencontacten 9
3.2.3. Organisatie van de praktijk 9
3.3. Opleiding en huisartsgeneeskunde 10
3.3.1. Visie op huisartsenopleiding 10
3.3.2. Samenwerking met praktijkopleider 10
3.3.3. Visie op huisartsenberoep: aantrekkelijke en minder aantrekkelijke factoren 10
3.4. Welzijn 11
3.4.1. Geluk van de haio 11
3.4.2. Gezondheid van de haio 11
3.4.3. Voldoening in de job 12
3.5. Kennis van de haio 12
3.5.1. Surmenage 12
3.5.2. Burn-out 12
3.5.3. Zelfzorg 13
3.6. Preventie en aanpak van burn-out 13
3.6.1. Kennis over bestaande initiatieven 13
3.6.2. Zelfzorg bij de haio 14
3.6.3. Zelfzorg tijdens de opleiding 14
3.6.4. Stresserende factoren in het beroep als huisarts 15
3.6.5. Omgaan met stress in de toekomst 15
3.6.6. Maandelijkse reflectiebijeenkomsten voor huisartsen 16
3.7. Tevredenheid over keuze van (huis)arts 16
3.7.1. Keuze van arts 16
3.7.2. Keuze van huisarts 17
3.8. Toekomst 17
3.8.1. Organisatie praktijk 17
3.8.2. Later werken als huisarts? 17
4. Discussie 17
4.1. Middelengebruik 17
4.1.1. Alcoholgebruik 17
4.1.2. Gebruik van psychofarmaca 18
4.2. Praktijkwerking 18
4.2.1. Werkuren 18
4.2.2. Administratie 19

4.2.3. Samenwerking met praktijkopleider 19
4.3. Welzijn van de haio 19
4.3.1. Verbondenheid met familie 19
4.3.2. Psychische gezondheid 20
4.3.3. Eigen huisarts 21
4.4. Zelfzorg van de haio 21
4.4.1. Recuperatie na wachtdienst 21
4.4.2. Slaap en maaltijden 22
4.4.3. Aandacht voor zelfzorg tijdens de opleiding 22
4.4.4. Specifieke aspecten binnen de huisartsenopleiding 23
4.4.4.1. Praktijkopleider 23
4.4.4.2. Academisch werk 23
4.5. Preventie van burn-out 23
4.5.1. Bestaande initiatieven 23
4.5.2. Toekomstideeën van de haio 24
4.5.2.1. Groepspraktijk 24
4.5.2.2. Balans werk-privé 24
4.5.2.3. Afspraken met de patiënt 25
4.5.3. Reflectie bijeenkomsten 25
4.6. Keuze van huisarts 26
5. Conclusie 27
6. Beperkingen van de studie 27
7. Referenties 27
Bijlage 1: bestaande initiatieven 28
Bijlage 2: vragenlijst 29
Bijlage 3: Protocol 38
Bijlage 4: Goedkeuring Ethisch Comité 39

1. INLEIDING

1.1. Burn-out en surmenage

1.1.1. Geschiedenis

Het fenomeen 'burn-out' werd voor het eerst vermeld in 1975 door Freudenberg, een psychiater, en Maslach, een sociale psycholoog. De eerste ervaringen werden opgedaan bij het bestuderen van mensen werkzaam in de welzijns- en gezondheidszorg. Het verschijnsel werd immers gedefinieerd als een mentale toestand die alleen voorkwam bij diegenen die beroepsmatig met andere mensen werkten. Freudenberg gebruikte de term om het proces van uitputting en demotivatie bij vrijwilligers in de drugshulpverlening mee aan te duiden. Na ongeveer een jaar raakten deze aanvankelijk zeer idealistisch ingestelde jonge hulpverleners 'opgebrand'. Hierdoor kreeg dit fenomeen het label 'burn-out'. (1)

Gezien de oorsprong van het begrip burn-out in de zorgsector ligt, lag de focus vooral op de relatie tussen de gezondheidswerker en de patiënt/cliënt. Men zag dat deze relaties zowel een bron van emotionele spanning als van steun konden zijn. Burn-out werd dus initieel bestudeerd in het kader van de interactie tussen een individu en zijn relaties op het werk en niet zozeer als een stressreactie van het individu. (1)

In 1980 creëerde de sterke bezorgdheid omtrent het fenomeen burn-out meer systematisch onderzoek hiernaar. Dit leidde tot het ontstaan van de Maslach Burnout Inventory (MBI); een gevalideerde vragenlijst die de drie belangrijkste dimensies van burn-out nagaat. Dit geeft de mogelijkheid om een score toe te kennen aan elke dimensie. Oorspronkelijk werd deze vragenlijst ontworpen voor gebruik in de gezondheidszorg. Later werd een algemene vragenlijst opgesteld zodat deze kan toegepast worden in alle beroepssectoren. (1)

Door het toenemend onderzoek werd burn-out meer en meer beschouwd als een vorm van stress op het werk. (1)

In 1990 werd het concept van burn-out verder uitgebreid naar beroepen buiten de gezondheidszorg vb: onderwijs, managers, geestelijken,… Men ontdekte steeds meer factoren die een invloed hadden op het ontstaan van burn-out. Studies ontdekten een link tussen de werkomgeving enerzijds en de gevoelens en gedachten van de werknemer anderzijds. (1)

1.1.2. Definitie van surmenage

De reactie op stress levert een spectrum aan klachten op, gaande van gespannen gevoel, surmenage of overspanning tot burn-out.

1.1.2.1. Stress

Het begrip stress kan verder uitgelegd worden a.d.h.v. stressoren en stressreacties.

Stressoren zijn factoren die een gevoel van stress kunnen uitlokken. Deze kunnen zowel intern als extern gegenereerd worden en zowel acuut als chronisch optreden. Onder extern gegenereerde stressoren verstaat men gevaar dat van buitenaf dreigt, vb een eisende patiënt in

het kabinet. Intern gegenereerde stressoren omvatten somatische stimuli (vb pijnsensatie) maar ook psychologische factoren zoals perfectionisme spelen hierbij een rol.

Stressreacties worden beschouwd als een aanpassingsreactie op de blootstelling aan uitdagingen of stressoren. Deze verlopen deels autonoom door biochemische en fysische veranderingen; deels spelen cognitieve, emotionele en gedragsmatige reacties een rol. Coping is het gedrag dat een persoon stelt in reactie op stressoren met als doel deze te reduceren door ze uit te sluiten of zich eraan aan te passen. (2)

Indien een persoon blootgesteld wordt aan een bepaalde stressor, schat hij (bewust of onbewust) de ernst van de bedreiging in. Contextuele en persoonsgebonden factoren spelen een rol. Deze inschatting of men de stressor de baas kan, geeft aanleiding tot een bepaalde stressreactie en wordt mede bepaald door de copingvaardigheden.

1.1.2.2. Surmenage

In normale omstandigheden zorgt een feedbackmechanisme via parasympathische activiteit ervoor dat een persoon terug naar de oorspronkelijke rusttoestand wordt geleid.

Indien er een langdurige inwerking is van chronische stress, kan dit feedbackmechanisme onvoldoende te hulp schieten. Er treedt een onevenwicht op tussen de draagkracht en de draaglast van een persoon wat leidt tot overspanning of surmenage. (2)

De balans tussen draagkracht en draaglast wordt mede bepaald door persoonlijke factoren (vb snel een gevoel van onveiligheid hebben) alsook door de copingvaardigheden van een persoon. Inadequate copingvaardigheden betreffen misbruik van alcohol of drugs, het ontkennen van een probleem, proberen nog beter zijn best te doen,… (2)

De voornaamste klacht betreft uitputting, zowel psychisch als fysisch. Het gaat gepaard met klachten van lusteloosheid, prikkelbaarheid, slapeloosheid, hoofdpijn, concentratieproblemen, duizeligheid, gejaagdheid, gespannenheid en emotionele labiliteit. (2)

1.1.3. Definitie van burn-out

Vandaag bestaat er nog steeds geen eenduidige definitie van burn-out. Het begrip is ook niet opgenomen in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5). Dit maakt dat het begrip te pas en te onpas wordt gebruikt. (2)

In de wetenschappelijke literatuur wordt het vaakst gebruik gemaakt van de definitie van Maslach. Deze beschrijft de drie kerndimensies van burn-out. Deze dienen uiteraard geplaatst te worden binnen een groter, multifactorieel kader. (1)

1.1.3.1. Emotionele en lichamelijke uitputting

Vermoeidheid is het meest gerapporteerde kenmerk bij burn-out. Het is noodzakelijk aanwezig om over het fenomeen burn-out te kunnen praten. Binnen de gezondheidszorg kunnen contacten met patiënten/cliënten erg uitputtend zijn. Op sommige momenten kunnen zorggevers overspoeld en uitgeput worden door de zorgvraag van een patiënt. Indien dit

herhaaldelijk en langdurig optreedt, kan dit aanleiding geven tot uitputting. Hieruit vloeit dan een gebrek aan motivatie en enthousiasme voor het werk voort. (1)

Emotionele uitputting is de eerste stap in deze neerwaartse spiraal. Dit element speelt een centrale rol en vormt dus het aangrijpingspunt bij uitstek om verder op in te werken.

1.1.3.2. Depersonalisatie/cynisme

Als reactie op overmatige (psychische) belasting kan een zorgverstrekker afstand nemen van de patiënt. Deze manier van omgaan met stress poogt de zorgverstrekker te beschermen tegen overmatige stress en overprikkeling. Een onevenwicht tussen afstandelijkheid en betrokkenheid leidt tot een behandeling van patiënten op een onpersoonlijke, onverschillige en negatieve manier. (1) Afstand nemen van het werk is vaak een reactie op de oververmoeidheid. Men denkt het werk beter aan te kunnen indien men patiënten beschouwt als onpersoonlijke voorwerpen.

1.1.3.3. Verminderd gevoel van bekwaamheid

Uitputting en cynisme tasten de effectiviteit op het werk aan. De zorgverstrekker vindt van zichzelf dat hij geen nut heeft. Het gevoel van zelfrespect en zelfwaarde vermindert. Dit leidt ertoe dat de persoon steeds minder inspanningen kan opbrengen om over de uitputting heen te geraken. (1)

Er bestaan een aantal modellen over het ontwikkelen van een burn-out. Eén van de eerste en het meest plausibele model betreft dit van de idealistische werkkracht. De volgende zin is hierop sterk van toepassing: “You have to have been on fire in order to burn out.” Toegewijde mensen identificeren zich met hun werk. Falen van het bedrijf vormt een persoonlijk falen. Ze gaan tot het uiterste om hun idealen en doelstellingen te bereiken. Indien ze hierdoor uitgeput raken, proberen ze nog een tandje bij te steken. Deze uitputting gaat uiteindelijk zo ver dat er cynisme optreedt door een gevoel van frustratie. Men heeft geen mentale kracht meer om te investeren in zijn werk. Uiteindelijk voelt men zich nutteloos gezien al de geleverde inspanningen niet het gewenste resultaat bereikt hebben. (1)

Burn-out kan beschouwd worden als het eindstadium van uitputting ten gevolge van overmatige blootstelling aan stress. Er wordt een tijdslijn van minimum twaalf maanden aan vooraf bestaande klachten verondersteld. (2)

1.1.4. Beïnvloedende factoren

1.1.4.1. Werkgerelateerde factoren

Volgende elementen zijn gecorreleerd aan het ontstaan van burn-out: overmatige werkbelasting en tijdsdruk, onduidelijke taakomschrijving van de werkgever, een gebrek aan adequate informatie om de job goed uit te voeren, gebrek aan feedback en inspraak op het werk.

Sociale ondersteuning en feedback van een supervisor/baas werkt beschermend. Sociale ondersteuning omvat zowel steun van collega's als van de supervisor. (1) Toegepast op de huisarts-in-opleiding illustreert dit het belang van de supervisie van een betrokken praktijkopleider.

De bredere organisatorische structuur rond een werkomgeving is gelinkt aan bepaalde waarden en regels. (1) Wanneer deze indruisen tegen de verwachtingen van gelijkheid en eerlijkheid van werknemers, kan dit tevens een rol spelen in het ontstaan van burn-out.

1.1.4.2. Individuele factoren

De relatie tussen individuele factoren en burn-out zou niet zo groot zijn als deze tussen werkgerelateerde factoren en burn-out. Dit suggereert dat burn-out meer een sociaal fenomeen is dan een individueel. (1) De rol van de maatschappij in de prevalentie van burn-out mag dus niet onderschat worden.

In tegenstelling tot wat vaak gedacht wordt, komt burn-out vaker voor bij jonge mensen. Zoals onderzoek aantoonde (3) lopen jonge huisartsen een belangrijk risico om de job te verlaten.

Enkele studies toonden aan dat hoger opgeleiden meer vatbaar zijn voor burn-out. Hoger opgeleiden zouden jobs uitoefenen met meer verantwoordelijkheid waardoor zij meer stress zouden ervaren. Dit is één van de verklaringen. Het precieze verband is echter nog niet opgehelderd. (1)

Volgende kenmerken horen vaak bij een stressgevoelig persoon: weinig veerkracht, externe locus of control, vermijdend copinggedrag en weinig zelfvertrouwen. (1)

Onder veerkracht verstaat men de bereidheid tot verandering, het gevoel van controle over de dingen. Mensen willen hun gedrag kunnen toeschrijven aan een bepaalde oorzaak. Op basis hiervan onderscheidt men mensen met een externe of een interne locus of control. Mensen met een externe locus of control schrijven situaties toe aan het toeval, ze hebben er geen vat op. (1) Indien dingen fout lopen, schrijven ze dit nooit toe aan de eigen (on)bekwaamheid. Dit levert meer stress op door het gevoel van gebrek aan controle.

Verwachtingen t.a.v. zowel de jobinhoud als de jobomgeving kunnen zeer hoog zijn. Dit geeft aanleiding tot hard werken met het risico op het ontwikkelen van burn-out. (1)

1.2. Bevlogenheid

Het begrip burn-out in se heeft eerder een negatieve bijklank. In aansluiting met het ontstaan van positieve psychologie als benadering in de psychologie plaatste Maslach het begrip bevlogenheid als het tegenovergestelde begrip van burn-out. Bij positieve psychologie ligt de focus op het stimuleren van de sterktes van de werknemer en op het aanmoedigen van een optimaal functioneren. (4,5) Dit wordt beschouwd als een alternatieve kijk waarbij niet de nadruk ligt op pathologie, schade of stoornis.

1.2.1. Definitie

Het begrip bevlogenheid werd voor het eerst omschreven door Kahn in 1990. Werknemers die bevlogen zijn, gaan volledig op in hun werk. Zij identificeren zich met hun werk. Later ontwikkelden Maslach en Leiter een uitgebreidere definitie die nu nog gebruikt wordt. (5)

Bevlogenheid verwijst naar een voortdurende, aanhoudende cognitief-affectieve toestand. Deze toestand wordt gekenmerkt door vitaliteit, toewijding en absorptie. (5)

Vitaliteit duidt op een hoog niveau van energie en veerkracht, de bereidheid om veel inspanningen te leveren voor het werk. Het verwijst naar volharding zelfs in moeilijke situaties. Toewijding verwijst naar een sterke betrokkenheid op het werk, gepaard gaande met een gevoel van enthousiasme, betekenis, uitdaging. Absorptie wordt gekarakteriseerd door een toestand waarbij men volledig in beslag genomen wordt door het werk. De tijd gaat snel voorbij en men heeft het moeilijk om zich los te koppelen van de job. (4,5)

Vitaliteit en toewijding worden beschouwd als de tegenpolen van uitputting en cynisme bij burn-out. Vitaliteit en uitputting vormen de twee uitersten op het continuüm van ‘energie’. Toewijding en cynisme zijn de twee tegenpolen op het continuüm van ‘identificatie’. (4,5)

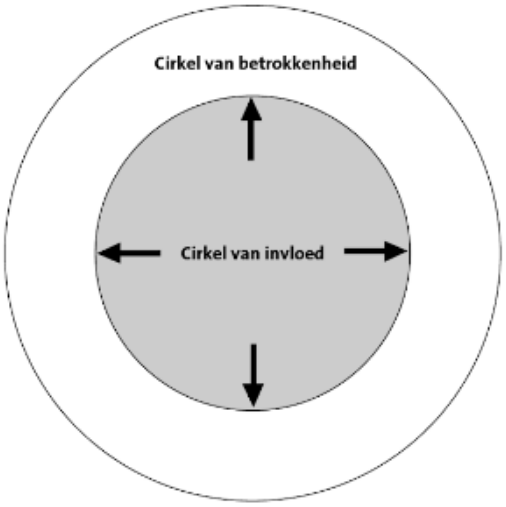
Bevlogenheid wordt aldus gekenmerkt door hard werken omdat het werk deel wordt van de persoon. Men wil beter presteren door het werk positief te benaderen. Men haalt er energie uit wat leidt tot een opwaartse spiraal van toewijding, activiteit en efficiëntie.

1.2.2. Van burn-out naar bevlogenheid

Preventie van burn-out kan gelijkgesteld worden aan stimuleren van bevlogenheid. Men kan dit doen a.h.v. drie soorten aanpakken nl: de actiegerichte aanpak, de emotiegerichte aanpak en de preventieve aanpak. (4)

1.2.2.1. Actiegerichte aanpak

Onder actiegerichte aanpak verstaat men het stellen van prioriteiten. De vraag die zich stelt, is: waar kan ik iets aan doen? Hiervoor kan men gebruik maken van de cirkel van invloed, beschreven door Covey. (4)



Binnen de cirkel van invloed bevinden zich zaken waar men zelf iets kan aan doen bv: wanneer men een dag verlof neemt. In de cirkel van betrokkenheid horen zaken thuis waar men mee te maken heeft maar waar men niet direct een invloed op heeft bv: wanneer het verslag van

een collega aankomt. Het is van belang om enkel energie te steken in zaken waaraan men iets kan veranderen. Hierdoor wordt de cirkel van invloed groter en levert positieve energie op voor de persoon in kwestie. Bij confrontatie met een probleem is de eerste stap na te gaan of men invloed heeft hierop.

Het stellen van prioriteit kan men ook anders weergeven. Men stelt zich de vraag of het probleem dringend of niet dringend is en belangrijk of niet belangrijk. Dit kan helpen om beter om te gaan met (chronische) stressoren. (4)

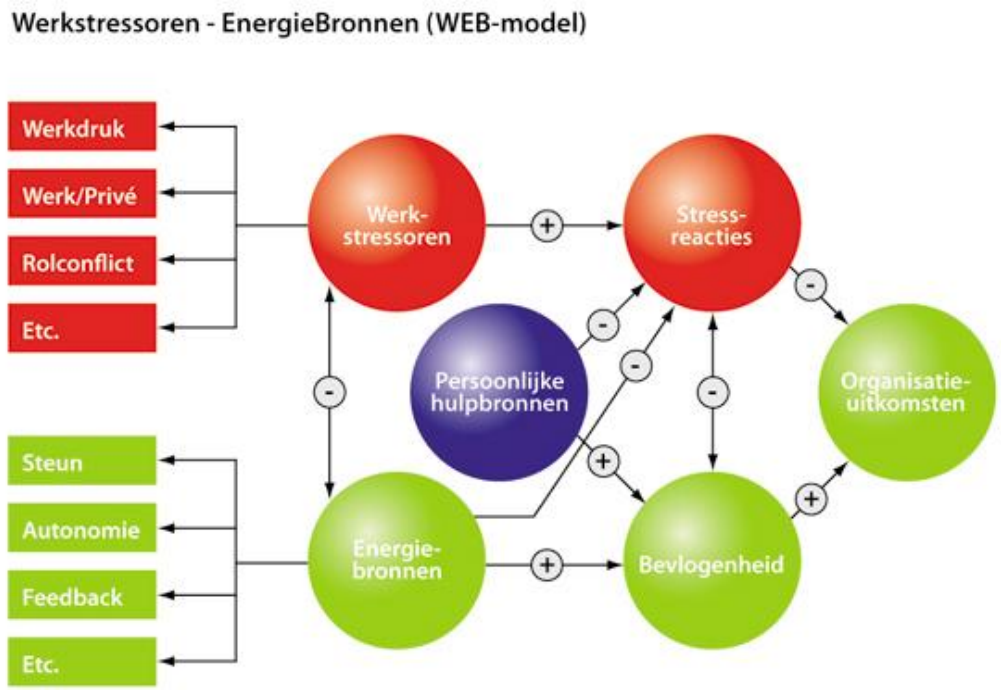
1.2.2.2. Emotiegerichte aanpak

Deze aanpak focust zich op methoden om te leren omgaan met problemen waar men zelf niets kan aan veranderen. De vraag die zich stelt, is: waar dien ik mee te leren omgaan? Dit kan gaan over sport, yoga, bijhouden van een dagboek. Een oefening die makkelijk dagelijks kan uitgevoerd worden, is de oefening in dankbaarheid. Hierbij benoemt men dagelijks vijf dingen waarover men tevreden was in de afgelopen dag. Dit draagt bij aan een positieve ingesteldheid en dus aan bevlogenheid. (4)

1.2.2.3. Preventieve aanpak

Binnen het concept van draaglast en draagkracht kan nagegaan worden welke energiebronnen er voorhanden zijn. (4) Hierop inspelen kan voorkomen dat de balans uit evenwicht geraakt.

1.3. WEB model als theoretische en empirisch onderbouwd model



Elke beroepssector kent zijn eigen specifieke risicofactoren voor de ontwikkeling van burn-out. Dit model geeft de verschillende oorzaken van burn-out weer op een abstracte en algemene wijze. (4,6)

Een verstoorde balans tussen werkstressoren en energiebronnen geeft aanleiding tot stressreacties waaronder burn-out. Werk levert aldus vooral stress op indien er sprake is van een hoge werkdruk, een gebrek aan controle over de uitvoering van de werkzaamheden (autonomie) en een beperkte sociale ondersteuning. (4,6) Onderzoek toont aan dat werkstressoren voornamelijk voorspellend leken te zijn voor uitputting. Een gebrek aan energiebronnen bleek voorspellend voor depersonalisatie. (6) Gebrek aan feedback, inspraak en steun van collega's kan inderdaad de motivatie van een werknemer aantasten en hierdoor de betrokkenheid ondermijnen.

Persoonlijke hulpbronnen worden beschouwd als psychologische kenmerken die verband houden met iemands weerbaarheid en het vermogen om de omgeving op een succesvolle manier te beïnvloeden. (6) Voorbeelden zijn: veerkracht, optimisme, zelfreflectie, prioriteiten kunnen stellen. Indien iemand over veel persoonlijke hulpbronnen beschikt, stimuleert dit de bevlogenheid en oefent dit een negatief effect uit op het ontstaan van burn-out. Onderzoek toont aan dat er een vicieuze cirkel optreedt: aanwezigheid van persoonlijke hulpbronnen stimuleert bevlogenheid hetgeen op zijn beurt de beschikbaarheid van hulpbronnen beïnvloedt. (6)

1.4. Belang van preventie van burn-out

Onderzoek toonde aan dat in 2005 ongeveer 10% van de huisartsen aan burn-out leed. Huisartsen zijn extra kwetsbaar voor burn-out. Deze kwetsbaarheid wordt veroorzaakt door de aard van het werk zelf, door de relatie met de patiënten die steeds meer verwachtingen koesteren. Bovendien dient er zorgcontinuïteit gegarandeerd te worden wat aanleiding geeft tot hoge werklast, gebrek aan slaap enzovoort. (7)

Artsen hebben bovendien de neiging te weinig zorg te dragen voor zichzelf. Dit wordt mede in de hand gewerkt door de afwezigheid van een structuur om als zelfstandige terecht te kunnen bij een arbeidsgeneesheer. (7)

1.4.1. Voor de huisarts

Burn-out geeft aanleiding tot een verminderde jobtevredenheid en toewijding aan de job. Indien een persoon met burn-out in de werksituatie blijft, leidt dit tot een verminderde productiviteit en effectiviteit. (1)

Burn-out is tevens 'besmettelijk'. Personen met burn-out kunnen aanleiding geven tot conflictsituaties.Vroegtijdige uitval van huisartsen door burn-out geeft aanleiding tot een hogere werkbelasting voor de praktiserende huisartsen. Dit verhoogt het risico op burn-out bij de andere huisartsen. Op deze manier komt men in een vicieuze cirkel terecht. (1)

Onderzoek toonde aan dat een derde van de haio's een groot risico op burn-out vertoont. In deze studie voldeed zelfs 8.1% van de haio's aan de kenmerken van burn-out. Dit zijn onrustwekkende cijfers.

1.4.2. Voor de patiënt

Burn-out bij huisartsen heeft een duidelijk effect op de kwaliteit van de zorg. Onderzoek toonde aan dat de patiënttevredenheid en therapietrouw daalt en het aantal medische fouten toeneemt. Bovendien hebben artsen met burn-out vaak niet meer de energie om naast curatieve akten aandacht te besteden aan preventie bij de patiënt. (4, 8)

2. METHODOLOGIE

2.1. Literatuuronderzoek

Via de database aan masterproeven van het ICHO werd initieel bijkomende informatie ingewonnen. Via Google Scholar werden volgende kernwoorden ingegeven: *burn-out, surmenage, huisarts, huisarts-in-opleiding, preventie.* Aanvullende referenties werden gevonden in de referentielijst van interessante artikels. Via het tijdschrift Huisarts Nu van de huisartsenvereniging Domus Medica werd gezocht naar relevante artikels met bovengenoemde kernwoorden.

2.2. Enquête

Er werd gekozen om zelf een vragenlijst op te stellen. Deze is grotendeels gebaseerd op de enquête van Saartje Jooris. Zij was huisarts-in-opleiding en schreef haar thesis over zelfzorg bij huisartsen in 2015. Er werden bijkomende vragen aan toegevoegd i.v.m. preventie van burn-out en gekende initiatieven.

De enquête werd verspreid via de website van het ICHO.

Inclusiecriteria: huisartsen-in-opleiding tewerkgesteld in een huisartsenpraktijk in Vlaanderen.

Exclusiecriteria: afgestudeerde huisartsen-in-opleiding, huisartsen-in-opleiding tewerkgesteld in ziekenhuizen.

3. RESULTATEN.

3.1. Deelnemers

Onder de 614 haio's die momenteel aan de slag zijn, vulden 96 (15.6%) de enquête volledig in. Zo'n 79 haio's vulden de enquête niet volledig in.

Tachtig procent van de respondenten zijn vrouwen. Slechts 2% heeft reeds kinderen. Het aandeel 1^{e} jaar haio's (60%) die de enquête invulden, ligt hoger dan het aandeel 2^{e} jaars.

3.1.1. Situatie vóór start als haio

Negenentwintig procent (28 van de 96 respondenten) stelde zich vóór de start van de huisartsenopleiding tevens kandidaat voor een andere discipline. De disciplines die het meest genoemd werden, zijn: inwendige geneeskunde (5 respondenten), urgentiegeneeskunde (2 respondenten), heelkunde (2 respondenten) en psychiatrie (2 respondenten).

3.1.2. Alcohol-roken-geneesmiddelengebruik

Van de deelnemende haio's consumeert slechts 4 % vier of meer keer per week alcohol; 33 % 2-3 keer per week en 36.5 % 2-4 keer per maand. Indien alcohol genuttigd wordt, ziet men dat het gemiddelde alcoholgebruik rond 1 à 2 consumpties per dag ligt. Net geen 17 % verbruikt 3 tot 4 consumpties per dag.

Slechts 2 % van de respondenten rookt.

Drieëntwintig procent van de respondenten geeft aan in het verleden reeds psychofarmaca gebruikt te hebben. In 56% van deze gevallen ging dit over benzodiazepines, in 39% over antidepressiva; 27% van de respondenten heeft in het verleden reeds aangeklopt voor hulp bij een psycholoog of psychotherapeut.

3.2. Praktijkgegevens

3.2.1. Praktijkvorm

Het merendeel van de respondenten (48%) volgt zijn huisartsenopleiding in een groepspraktijk, 23% in een duopraktijk.

In 40% van de gevallen is de praktijk ruraal gelegen. De afstand die de haio dient af te leggen voor het bereiken van zijn praktijk varieert van meer dan 20 km (22 %) tot een afstand tussen 1 en 5 km (25%).

3.2.2. Aantal patiëntencontacten

Overeenkomstig met het werk- en opleidingsplan, vastgelegd in het huishoudelijk reglement van het ICHO[1], dient een haio minimaal 38 uur en maximaal 48 uur per week werkzaam te zijn. In de praktijk ziet men dat 47% van de respondenten tussen de 40 en 50 uur per week aan het werk is. In 9.4% van de gevallen bedraagt dit meer dan 50 uur per week.

Het aantal patiëntencontacten per week is sterk gespreid: 36.5% ziet meer dan 60 tot 70 patiënten per week waar het huishoudelijk reglement van het ICHO slechts 10 tot 15 patiëntencontacten per dag aanraadt (40 tot 60 patiënten per week). Het merendeel van de respondenten (57%) haalt deze norm.

Wanneer men het aantal patiëntencontacten nader bekijkt, ziet men dat 80% van de respondenten gemiddeld minder dan 5 huisbezoeken per dag aflegt, 17.7 % tussen de 5 en 10 huisbezoeken per dag. Nog maar 18% moet op zaterdag werken, ook buiten de wachtdienst.

3.2.3. Organisatie van de praktijk

De hedendaagse tendens van controle over de dagelijkse agenda weerspiegelt zich in de resultaten van deze enquête. Bij 72 % van de respondenten worden de consultaties enkel nog op afspraak georganiseerd. Deze afspraken kunnen bij 72% van de respondenten aangevraagd

[1] ICHO: Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding

worden via een online agenda. In 65% van de praktijken is er een administratieve hulp/telefonist(e).

De belasting van de haio met administratieve taken blijft beperkt: 79% van de respondenten spendeert gemiddeld minder dan 3 uur per week aan administratie. Hieronder verstaat men het lezen van verslagen, invullen van documenten, dossiers inbrengen in het EMD,… Negenenveertig procent van de respondenten neemt deel aan de praktijkwacht in de week. Bij het merendeel (69.5%) is dit 1 keer per maand of minder.

3.3. Opleiding en huisartsgeneeskunde

3.3.1. Visie op huisartsenopleiding

Van de deelnemende haio's ervaart het merendeel (58 deelnemers, 60.4%) dat de opleiding die ze krijgen 'eerder wel' overeenstemt met wat ze zich erbij hadden voorgesteld, waar dit bij 2.1 % eerder niet het geval is. Bij slechts 18.8 % komt de opleiding volledig overeen met hun initiële voorstelling ervan.

3.3.2. Samenwerking met praktijkopleider

Drieëndertig procent van de deelnemende haio's ervaart heel veel autonomie in hun opleidingspraktijk. Bij 16.7% van de respondenten wordt een score van 3 op 5 gegeven wat betreft autonomie, waarbij 5 staat voor heel veel autonomie.

Spijtig genoeg heeft 2% van de respondenten het gevoel helemaal geen inspraak in de praktijk te krijgen. Zevenenveertig procent geeft een score van 4 op 5 wat betreft het gevoel van inspraak. Hierbij staat 5 voor een gevoel van heel veel inspraak.

Vijfentachtig procent van de deelnemende haio's ervaart de samenwerking met hun praktijkopleider als goed tot heel goed; 14% ervaart een slechte tot heel slechte samenwerking.

3.3.3. Visie op huisartsenberoep: aantrekkelijke en minder aantrekkelijke factoren

De volgende factoren worden als zeer aantrekkelijk tot aantrekkelijk beschouwd in de uitoefening van het beroep van huisarts: de brede patiëntenpopulatie (95 deelnemers, 99%), de variatie in pathologie (94 deelnemers, 98%), het sociaal karakter van het beroep (91 deelnemers, 94.7%), de werkzekerheid (90 deelnemers, 93.7%), de zelfstandigheid (88 deelnemers, 91.6%), technische prestaties (77 deelnemers, 80%), inkomen (70 deelnemers, 73%), continu bijscholen (70 deelnemers, 73%).

Elementen die worden aanzien als niet aantrekkelijk tot zelfs een reden tot stoppen met het huisartsenberoep, zijn de volgende: administratie (71 deelnemers, 74%), weekendwerk (65 deelnemers, 67.7%), wachtdienst (50 deelnemers, 52%).

Bij een aantal elementen ziet met een gelijke verdeling tussen aantrekkelijk en niet aantrekkelijk voor het uitoefenen van het beroep. Huisbezoeken vormen bij 24 deelnemers (25%) een aantrekkingskracht terwijl dit bij 38 deelnemers (39.5%) juist niet het geval is.

Het aantal werkuren wordt door 34 deelnemende haio's (35.4%) als aantrekkelijke factor beschouwd; 32 deelnemende haio's (33%) vinden dit juist niet. Vermoedelijk heeft dit ook te maken met het verschil in werkuren die de haio's moeten presteren.

Het voorkomen van urgente pathologie vormt voor 44 deelnemers (45.8%) een aantrekkelijke factor voor het huisartsenberoep; 18 deelnemers (18.7%) vinden dit juist helemaal niet aantrekkelijk.

3.4. Welzijn

3.4.1. Geluk van de haio

Carrière maken wordt door de haio het minst als belangrijk beschouwd om zich gelukkig te voelen. Slechts 47 haio's (49%) vindt carrière belangrijk. Relatie, gezin en kinderen worden veel belangrijker geacht, respectievelijk bij 98% en 86.4 % van de deelnemende haio's. Inkomen wordt bij 55 deelnemers (57%) als een belangrijke factor beschouwd om zich gelukkig te voelen.

Bij navraag naar de mate van tevredenheid op dit moment van zijn/haar carrière blijken 71 deelnemers (74%) wel 'tevreden tot zeer tevreden' hierover te zijn. Over zijn relatie/gezin zijn 65 deelnemers (67.7%) momenteel tevreden tot zeer tevreden. Nochtans wordt dit aspect door bijna alle deelnemende haio's juist hoog in het vaandel gedragen om zich gelukkig te voelen. Hier ziet men een discrepantie tussen wat er belangrijk wordt geacht om zich gelukkig te voelen en hoe dit in de realiteit wordt aangevoeld.

Slechts 35 deelnemende haio's (36.4%) geven aan voldoende tijd te ervaren voor hun relatie/gezin; 37 deelnemende haio's (38.5%) ervaart (te) weinig tijd voor ontspanning.

3.4.2. Gezondheid van de haio

Bijna 70 % van de deelnemende haio's voelt zich fysiek gezond tot heel gezond. In 11 % van de gevallen is dit helemaal niet zo. Net geen 74% van de deelnemende haio's geeft aan zich psychisch goed tot zeer goed te voelen.

Opmerkelijk ervaart 36.4% van de respondenten hun job als stresserend tot zeer stresserend, waar 48 % de job als matig stresserend bestempelt.

Vierenveertig deelnemende haio's (46%) voelden zich de afgelopen maanden van hun opleiding vaak tot bijna altijd gespannen; 38% vertoont vaak tot bijna altijd piekergedrag. De motivatie bij het volgen van de huisartsenopleiding ontbreekt bij 46 deelnemers (48%) soms tot bijna altijd.

Het overgrote merendeel van de deelnemende haio's geeft aan voldoende respect, zelfstandigheid, uitdaging en variatie in het werk te ervaren.

Tweeënvijftig procent van de deelnemende haio's vindt dat de work-lifebalans te veel doorweegt naar het werk/opleiding. Bij 41 % lijkt deze balans zich in evenwicht te houden.

Zo'n 60.4% van de deelnemende haio's heeft een eigen huisarts. In geval de haio het moeilijk heeft, kan hij/zij het meeste terecht bij vrienden (82.3%), familie en partner (77%-75%) en collega's (63.5%).

3.4.3. Voldoening in de job

In contact komen met patiënten, technische handelingen uitvoeren, goed inkomen geven bij respectievelijk 96.9%, 66.7% en 46.9% van de deelnemende haio's voldoening bij de uitoefening van hun job. Hiernaast vormt voor meerdere haio's de appreciatie van collega's en patiënten een belangrijke bron van voldoening.

3.5. Kennis van de haio

Open vragen peilden de ideeën van de deelnemende haio's omtrent volgende begrippen: surmenage, burn-out en zelfzorg.

3.5.1. Surmenage

"Onder 'surmenage' versta ik een tijdelijke overbelasting van een persoon door het verstoren van het evenwicht tussen draaglast en draagkracht, maar waarbij deze persoon nog steeds in staat is te functioneren. Deze overbelasting kan zowel van privé- als werkvlak komen of een combinatie van beiden. Ik versta hieronder dat deze personen onvoldoende tot rust kunnen komen en zichzelf voorbij rennen en daardoor hun reserves opgebruiken en afstevenen op een burn-out of depressieve stoornis."

Heel vaak werd het concept omschreven als het 'onevenwicht tussen draaglast en draagkracht'. De begrippen 'overspannen', 'overbelasting' kwamen regelmatig terug in de antwoorden. Het werk of een verstoorde work-life balans werd vaak aangehaald als oorzaak. Dit is echter niet helemaal correct. Surmenage is niet werkspecifiek. Het kan ook door andere factoren (psychisch, sociaal, somatisch) veroorzaakt worden. Als kenmerkende symptomen werden herhaaldelijk aangehaald: vermoeidheid, emotionele instabiliteit, prikkelbaarheid, hoofdpijn, nausea, slaapstoornissen. Vaak wordt aangebracht dat surmenage kan leiden tot een depressie en burn-out indien er niet verder ingegrepen wordt.

3.5.2. Burn-out

"Voor mij is dit een uitputting op werkvlak. Iemand met een burn-out haalt nog onvoldoende voldoening uit zijn/haar job om op te wegen tegen alle moeite en energie die hij/zij erin steekt. Deze persoon is niet meer in staat te functioneren op het werk en soms heeft dit ook een negatieve invloed op het functioneren in het privé-leven. Deze persoon wordt geconfronteerd met existentiële levensvragen en een gevoel van nuttelоosheid en ondergewaardeerd worden."

De meerderheid van de deelnemende haio's wijt een burn-out duidelijk aan een te hoge werkbelasting. Elementen die vaak terugkwamen in de omschrijvingen zijn: 'uitgeblust', 'geen energie', 'opgebrand'. Slechts 4 keer werd de melding gemaakt van 'uitgeput', 'uitputting'. Dit is immers een belangrijk element in de definitie van burn-out. Als oorzaken wordt duidelijk aangehaald 'teveel stress', 'lang over de grenzen heen gaan', 'te weinig

appreciatie', 'te grote werklast', 'perfectionistisch'. De twee andere aspecten in de definitie van burn-out volgens Maslach worden nauwelijks aangekaart. Slechts een enkele keer werd het derde aspect van de definitie van Maslach aangehaald met de vermelding van 'geen/weinig voldoening meer, 'verminderde motivatie', 'verliezen werkplezier', 'niet meer in staat zichzelf te enthousiasmeren'.

"Bij een burn-out {…}ben je volledig uitgeblust en helpt voldoende rust niet meer om je batterijen op te laden. Je lader is stuk alsook je batterij is kapot. Je kunt het ook nog vergelijken met de motor van je auto als die te hoge toeren heeft gedraaid. Surmenage is als de motor nog wel kan afkoelen, burn-out betekent dat de motor verbrand is."

3.5.3. Zelfzorg

"Makkelijk aan te raden aan patiënten, veel moeilijker om zelf toe te passen."

Deelnemende haio's omschrijven het begrip zelfzorg volgens verscheidene aspecten. Enerzijds wordt er fysieke zelfzorg vermeld onder de vorm van gezonde voeding, sporten, regelmatig en voldoende slaap. Anderzijds komt sociale zelfzorg aan bod onder de vorm van regelmatig afspreken met vrienden en familie, op tijd en stond ventileren t.o.v. collega's of vrienden, tijd vrij maken voor hun partnerrelatie. Heel vaak wordt psychische zelfzorg door de haio's vertaald naar ' bewaken van eigen grenzen', 'tijd voor jezelf', 'creëren van goede balans tussen werk en privé', 'stilstaan bij de energievreters en –gevers'.

"Tijd maken voor wat je zelf belangrijk vindt en vooral luisteren naar je lichaam en geest. Niet zomaar meegaan met de stroom {…} maar doen wat goed voelt. {…} Ik vind het ook belangrijk om voldoende momenten van rust in te plannen en in mijn vrije tijd niet té veel zaken te plannen zodat 'niets doen' ook af en toe kan, naast doen wat ik graag doe. Het betekent voor mij ook dat ik anderen soms voor mij moet/mag laten zorgen en ik me daar niet schuldig over moet voelen."

3.6. Preventie en aanpak van burn-out

3.6.1. Kennis over bestaande initiatieven

Er bestaan tal van initiatieven die de huisarts (-in-opleiding) kunnen bijstaan op psychosociaal vlak. Uit deze enquête blijkt dat deze initiatieven weinig gekend zijn onder de haio's. Het project Doctors4Doctors is niet gekend bij 21 deelnemers (22%), 33% heeft de naam reeds horen vallen en 40% kent enkele doelstellingen van dit project. De resultaten over het project Arts in Nood kent een gelijkaardige verdeling. De werking van het ECHTT is slechts bij 13.5% van de deelnemende haio's gekend. Net geen 92% heeft nog nooit gehoord van Mijn Kwartier; 96% heeft het begrip ITAM nog nooit gehoord.

De helft van de haio's die bekend zijn met deze initiatieven, is hiervan op de hoogte gebracht via de universiteit; bij 25% vormde het ICHO een belangrijke bron aan informatie. Infodagen, de website van domus medica, het seminarie zijn andere mogelijkheden om met deze initiatieven kennis gemaakt te hebben.

Bijna 20% van de deelnemende haio's zou overwegen om in de toekomst één van deze initiatieven te contacteren indien dit nodig zou zijn. Redenen waarom haio's geen contact zouden opnemen met deze organisaties zijn: een hoge drempel, te weinig gekend, schaamte, het geloof dat het spontaan zal verbeteren. Hulp wordt eerst gevraagd aan familie, vrienden en de eigen huisarts vooraleer de stap naar deze initiatieven wordt gezet.

3.6.2. Zelfzorg bij de haio

Zelfzorg omvat voldoen aan de basisbehoeften zoals voldoende slapen en zorgen voor een goede, gevarieerde voeding; 64.6% van de deelnemende haio's geeft aan tevreden tot heel tevreden te zijn met de duur en de kwaliteit van hun slaap. Slechts 12.5% van de deelnemers vermeldt geen tijd te nemen om drie maaltijden per dag te nuttigen.

Ongeveer 88% van de deelnemende haio's vindt recht te hebben op recuperatie na een wachtdienst. Het vaak voorkomend argument is het gebrek aan concentratie en de verminderde kwaliteit van zorg die geleverd kan worden na een wachtdienst. Sommige haio's vrezen meer fouten te maken na een wachtdienst zonder recuperatie. Enkele haio's vermelden het bijkomende werk voor de opleiding zoals thesis schrijven, casussen opstellen als belangrijke factoren om mee rekening te houden.

"In elke andere sector zou dit niet meer dan normaal zijn, dat je na 12 of 24 uur werken er tussenuit gaat. Bij artsen is het meer vanzelfsprekend dat je blijft doordoen. Als je het aantal werkuren optelt, komt dit met wachturen bij bijzonder hoog uit. Ik vind dit niet correct. Er heerst hierover een verkeerd beeld bij artsen."

"Slaap is belangrijk om te kunnen functioneren als huisarts. Tijdens een wacht heb je een verminderde slaapkwaliteit met al dan niet een verminderde duur. Tijdens de opleiding als huisarts dien je meer energie in het denkproces te brengen om differentiaal diagnostisch landschap te maken en de meeste (levensbedreigende) diagnoses uit te sluiten."

Haio's die een recuperatie niet nodig achten, argumenteren dat het moeilijk organiseerbaar is in de praktijk en dat recuperatie later als zelfstandig huisarts ook niet mogelijk zal zijn.

3.6.3. Zelfzorg tijdens de opleiding

Bijna 70 % van de deelnemende haio's vindt dat er in de opleiding tot (huis)arts onvoldoende aandacht wordt besteed aan zelfzorg.

"Er wordt veel tijd besteed aan communicatie, maar deze is voornamelijk op de patiënt gericht: zorgen dat de patiënt met een goed gevoel buiten komt, en dat aan zijn verwachtingen is voldaan. Maar als huisarts je slecht voelen na een consult, of uitgescholden worden, of gekleineerd worden, daar wordt niet over gesproken in de artsenopleiding."

Haio's willen het één en ander veranderd zien wat betreft zelfzorg in de opleiding. Er blijkt nood te zijn aan een vak/lessenpakket/groepsessie om meer informatie te verkrijgen over de bestaande initiatieven, over omgaan met stress en verantwoordelijkheid, over praktische handvaten om de balans tussen werk en privé te handhaven. Sommige haio's zouden dit zelfs al aanraden in het laatste jaar van de opleiding tot basisarts.

"In de algemene opleiding wordt er telkens op gehamerd om meer en beter te werken.{…} Door de competitie wordt er nooit weerstand geboden om de eigen plaats veilig te stellen. We worden getraind om als individuen te knokken en vechten voor onze eigen opleiding/werkplek en dan wordt er ineens verwacht dat we als een team gaan samenwerken."

In tweede instantie wordt er gewezen naar de rol die de praktijkopleider speelt in de opleiding. Haio's willen meer respect en naleving van de werkuren. Ook het ICHO kan hierin een rol spelen door een strengere houding aan te nemen t.a.v. praktijkopleiders.

Tot slot wordt melding gemaakt van de bijkomende belasting van de thesis en portfolio die ertoe leiden dat de haio weinig vrije tijd heeft.

"Ik vind dat de focus in de opleiding én in de praktijk nog steeds erg op "presteren" ligt. In sommige vakgebieden is het zelfs 'not done' om aan te kaarten dat je moe of overwerkt bent of moet je op kousenvoeten vakantie vragen of vragen of je eens wat vroeger naar huis mag. Ik denk dat er in de opleiding meer plaats zou moeten zijn om te praten over hoe je voor jezelf kan zorgen omdat je op die manier ook beter voor patienten zorgt. {…}"

Bijna 65% van de deelnemende haio's wenst meer scholing over stressmanagement in de opleiding.

3.6.4. Stresserende factoren in het beroep als huisarts

De veeleisende, ontevreden of onbeleefde patiënten werden 38 keer vermeld door de deelnemende haio's als de belangrijkste stresserende factor bij de uitoefening van het beroep. Zoals een haio mooi verwoordde, speelt de 'opmars van dokter Google' hierin een belangrijke rol.

De hoge werkbelasting en tijdsdruk leiden tot stress bij het uitoefenen van het huisartsenberoep. Deze tijdsdruk wordt veroorzaakt door een tekort aan huisartsen alsook door het voorkomen van urgenties waardoor de opgestelde planning gewijzigd moet worden.

Als stresserende factoren worden nog genoemd: de grote verantwoordelijkheid (18 keer), de onregelmatige uren (18 keer), de administratie (15 keer) en de onzekerheid over de diagnose en beleid (12 keer).

3.6.5. Omgaan met stress in de toekomst

Op vlak van praktijkorganisatie pleiten vele haio's voor een groepspraktijk en de aanwezigheid van een secretaresse of telesecretariaat in een poging de stress te verminderen in de toekomst.

Het vinden van een luisterend oor bij collega's werd 12 keer genoemd als buffer tegen stress; 15 keer werd het belang vermeld van het waken over de balans tussen werk en vrije tijd. Dit laatste vertaalt zich in het inlassen van voldoende vrije tijd, twee halve dagen thuis per week, pauzes in de agenda vastleggen.

Het ‘opvoeden’ van de patiënten door het maken van afspraken en hen in te lichten over de praktijkorganisatie kan bij de haio leiden tot minder stress in de toekomst.

3.6.6. Maandelijkse reflectiebijeenkomsten voor huisartsen

Tweewekelijkse seminaries worden georganiseerd tijdens de huisartsenopleiding. Het uitbreiden van deze bijeenkomsten na het afstuderen als huisarts kan nuttig zijn om onder collega’s frustraties, moeilijke patiënten en dergelijke te bespreken. Zo’n 76% van de deelnemende haio’s zou dit nuttig vinden.

Eén van de voornaamste redenen is de mogelijkheid om tijdens deze bijeenkomsten te ventileren over moeilijke patiënten en meegemaakte situaties. Volgens een aantal haio’s is dit vooral een voordeel bij solo-artsen; andere haio’s vinden het zelfs in een groepspraktijk nuttig om te ventileren t.o.v. andere artsen buiten de associatie.

Volgens de deelnemende haio’s kunnen zulke bijeenkomsten de kans scheppen om frustraties te delen met collega’s en van elkaar te leren hoe hiermee om te gaan. Door het delen van verhalen is er een mogelijkheid tot het ontvangen van feedback en het verwerven van nieuwe inzichten in problemen.

Tot slot kunnen deze bijkomsten volgens de deelnemers het gevoel van samenhorigheid versterken. Door het aanhoren van de frustraties van collega’s en de herkenning hiervan ontstaat het gevoel dat men niet de enige huisarts is die met deze problemen worstelt.

Een nadeel gemeld door enkele haio’s is de tijdsinvestering. Indien men onvoldoende de collega-artsen kent, kan dit volgens sommige deelnemende haio’s een rem zetten op het delen van frustraties.

3.7. Tevredenheid over keuze van (huis)arts

3.7.1. Keuze van arts

Slechts 58 % van de deelnemende haio’s zou opnieuw voor geneeskunde kiezen na het doorlopen van de stagejaren en de opleiding tot huisarts.

“Het eist zoveel van je tijd en energie dat het moeilijk is om meer te zijn dan enkel een arts. Daarbij komt een te geringe vergoeding en te weinig respect voor je werk.”

Ongeveer 38 % twijfelt over deze keuze. De belangrijkste redenen zijn de verantwoordelijkheid, de hoge werkdruk, het gebrek aan respect van de patiënten. De moeilijke combinatie van de job met een regelmatig leven en voldoende aandacht voor het gezin en familie werd ook vermeld.

“Het blijf soms lastig om jezelf veel dingen te ontzeggen. MAAR: geneeskunde is super boeiend en is een mooi beroep!”

3.7.2. Keuze van huisarts

Drieënzeventig deelnemende haio's (77%) zouden opnieuw de richting huisartsgeneeskunde kiezen. Een haio geeft aan dat het Belgisch systeem van eerstelijnsgezondheidszorg zou moeten omgegooid worden waarbij meer aandacht komt voor multidisciplinair werken. Een andere haio vermeldt dat vele taken van de huisarts kunnen overgenomen worden door de verpleegkundige.

"Kiezen voor het huisartsenberoep betekent dat je niet voor het 'eenvoudige' leven gaat. Het blijft hoe dan ook geen 9 to 5 job en de onvoorspelbaarheden rond consultaties en wachten maken het er niet eenvoudiger op. Kiezen voor een evenwichtig gezinsleven is niet gemakkelijk met deze job. Ander werk zou misschien minder zorgen met zich mee brengen, met uiteraard een lager salaris.."

3.8. Toekomst

3.8.1. Organisatie praktijk

Na de huisartsenopleiding opteert bijna 93% van de deelnemende haio's voor een groepspraktijk als werkomgeving. Slechts 2.1% zou als solo-arts wensen te starten.

Ongeveer 65.5% wenst te starten als voltijds werkende huisarts. Net geen 20% van de deelnemende haio's verkiest te werken als deeltijds huisarts met een nevenfunctie (bv. Kind en Gezin, onderwijstaak,…).

Zo'n 83.3% van de haio's wenst hun consultaties te organiseren via afspraken. Van de deelnemende haio's wil 97% later een beroep doen op online afsprakenbeheer, 83% op administratieve hulp, 82% op een telefoniste en 45% op een verpleegkundige.

3.8.2. Later werken als huisarts?

Drieëndertig procent van de deelnemende haio's denkt eraan om in de toekomst een ander beroep dan dit van huisarts te beoefenen; 37.5% hiervan overweegt te werken in de preventieve sector (Kind en Gezin, CLB,…). Ongeveer 10% opteert voor een carrière als arbeidsgeneesheer. Andere opties die aangehaald worden zijn: tropische geneeskunde (4x), onderwijs (4x), urgentiegeneeskunde (3x), sportgeneeskunde (2x).

Zo'n 23% van de deelnemende haio's acht de kans dat ze binnen 5 jaar niet als huisarts werkzaam zouden zijn "mogelijk" tot "waarschijnlijk".

4. DISCUSSIE

4.1. Middelengebruik

4.1.1. Alcoholgebruik

Men bemerkt dat het alcoholgebruik bij de haio volgens deze studie vrij hoog ligt. De vragen uit de enquête zijn gebaseerd op de eerste drie vragen van de AUDIT vragenlijst. Ongeveer

33% van de haio's verbruikt 2 tot 3 keer alcohol per week en net geen 17% verbruikt hierbij 3 tot 4 consumpties per dag.

Eerder onderzoek kon aantonen dat 36.4% van de haio's een hoge score vertoont op deze vragenlijst (9). Bij een ondervraging bij gevestigde huisartsen vertoonde 23.4% een overmatig alcoholgebruik. (8) Voldoende onderzoek toonde reeds aan dat artsen een hoger risico hebben op alcoholmisbruik. Vermoedelijk betreft dit een verkeerde copingstrategie in een poging beter te kunnen omgaan met de stress.

Mocht er reeds van bij het begin van de opleiding tot arts expliciet aandacht geschonken worden aan dit verhoogd risico, kan dit aanleiding geven tot een betere bewustwording bij de toekomstige artsen. Een eerste stap in een proces van verandering is immers bewustwording.

4.1.2. Gebruik van psychofarmaca

Bij navraag naar gebruik van psychofarmaca blijkt 23% van de respondenten in het verleden reeds hierop een beroep gedaan te hebben. Het merendeel betrof benzodiazepines. Toch opmerkelijk dat deze medicatie bij deze jonge populatie reeds zo frequent gebruikt wordt. Deze enquête biedt geen verklaring voor dit aantal. Het zou kunnen dat studenten deze medicatie nodig hebben om de opleiding te kunnen afwerken. Als arts is het uiteraard makkelijk om deze medicatie voor zichzelf voor te schrijven.

Studenten geneeskunde worden immers blootgesteld aan allerlei stressfactoren: ethische dilemma's, dood en lijden, selectieprocedures gericht op prestatiegedrag. (9) Dit pleit voor de noodzaak tot een goede supervisor-stagebegeleider die de haio helpt en begeleidt in het proces van student-zijn naar startende arts. Indien dit niet correct gebeurt, kan dit aanleiding geven tot een deuk in het zelfvertrouwen. Dit kan het zaadje zijn dat later uitgroeit tot een beginnende burn-out.

4.2. Praktijkwerking

4.2.1. Werkuren

Zoals hierboven werd vermeld, werkt 9.4% van de respondenten meer dan 50 uur per week en ziet 36.5 % meer dan 15 patiënten per dag. Deze resultaten komen niet overeen met de vooropgestelde normen van het ICHO. Ongeveer 47% van de haio's werkt tussen de 40 en 50 uur per week.

Gelijkaardige resultaten kan men terugvinden in de grote haio-enquête van het HOP. Deze toont aan dat 14 % van de haio's tussen de 46 en de 55 uur per week werkt. Wat betreft het aantal patiëntencontacten ziet 42 % van de haio's 16 tot 20 patiënten per dag, 22% ziet zelfs 21 tot 25 patiënten per dag. (10)

Een enquête uitgevoerd bij gevestigde huisartsen toont dat de gemiddelde werkweek van een huisarts 52,5 uur bedraagt. (8)

Als men de resultaten bij de haio en bij de gevestigde huisarts vergelijkt, ziet men dat de duur van een werkweek bij meer dan 50% van de haio's dicht aanleunt bij deze van een gevestigde

huisarts. Als haio dien je echter nog bijkomende taken te vervullen: thesis, casusvoorbereiding, to do's, leeragenda, video-opnames. Hiervoor moet wekelijks ook tijd vrijgemaakt worden. Dit maakt de belasting wel erg hoog voor de haio.

4.2.2. Administratie

In 65% van de praktijken is er administratieve hulp aanwezig. Net geen 80% van de haio's spendeert gemiddeld minder dan 3 uur per week aan administratie.

Deze cijfers tonen enerzijds aan dat er meer en meer administratieve hulp wordt ingeschakeld in de huisartsenpraktijk. Anderzijds is het opmerkelijk dat de haio zo weinig administratie doet terwijl de overvloedige administratie in de top 5 staat van stressfactoren bij bevraagde Vlaamse huisartsen. (13) Vermoedelijk kan dit verklaard worden doordat de praktijkopleider het merendeel van de administratie op zich neemt. De patiënten van de haio behoren immers tot het patiëntenbestand van de praktijkopleider.

4.2.3. Samenwerking met praktijkopleider

Ongeveer 45% van de respondenten zegt matig tot geen inspraak te hebben in de praktijk. Bovendien zegt 16.7% een matig gevoel van autonomie te hebben. Nochtans zijn een gevoel van autonomie en inspraak op het werk net sleutels tot het creëren van bevlogenheid en aldus tot preventie van burn-out. (4,6)

4.3. Welzijn van de haio

4.3.1. Verbondenheid met familie

Nagenoeg alle respondenten vinden hun relatie en gezin belangrijk om zich gelukkig te voelen. Nochtans ervaart slechts 36.4% voldoende tijd hiervoor. Zo'n 52% van de haio's ervaart dat de balans tussen werk en privé te veel doorweegt naar werk en opleiding.

Jooris noteerde dat een kwart van de gevestigde huisartsen niet tevreden is over de rol die zij vervullen binnen hun gezin. Hiernaast ervaart 59% van de werkzame artsen dat het evenwicht tussen werk en privé overhelt naar hun werk. (8)

Verraes et al. vermeldden als voornaamste reden om te stoppen met het huisartsenberoep de moeilijke combinatie met een gezin. Artsen geven zelf aan dat ze het meeste baat zouden hebben bij vaste werkuren/geregelde werktijden, minder avondconsultaties, minder weekendwerk. (3) Eén van de maatregelen in de preventie van burn-out die het KCE formuleerde, omvat ondersteuning in het tijdsbeheer en het stellen van prioriteiten (7).

Deze cijfers bij de haio's en bij de huisartsen zijn min of meer gelijklopend. Het wegvallen van het academische werk tijdens de huisartsenopleiding leidt blijkbaar niet tot meer tijd voor het gezin in de latere carrière. Dit zou kunnen verklaard worden door de toename aan werkbelasting als huisarts waarbij het vaak moeilijk is om grenzen te stellen.

4.3.2. Psychische gezondheid

Opmerkelijke cijfers: 46% van de haio's voelt zich vaak tot bijna altijd gespannen, 38% vertoont bijna altijd tot altijd piekergedrag. Bij 48% ontbreekt de motivatie heel vaak. Bij het lezen van deze cijfers dient er een alarmbel af te gaan. Indien deze kersvers afgestudeerde huisartsen een stevig fundament moeten vormen om de oudere generatie artsen te vervangen, moeten er toch een aantal factoren veranderen. Deze cijfers tonen aan dat een haio zijn carrière als huisarts start met weinig psychische reserves en uitlokkende factoren voor burn-out.

Het percentage haio's uit deze enquête die hun job als stresserend ervaren, bedraagt 36.4%. Binnen een groep gevestigde huisartsen gaf 59.6% aan hun job als stresserend te ervaren. (8)

Deze cijfers geven aan dat meer huisartsen hun job als stresserend ervaren dan haio's. Men dient uiteraard rekening te houden met het beperkte aantal responders op dit onderzoek alsook op het onderzoek bij de huisartsen. Toch lijkt het logisch dat het gevoel van stress kan toenemen met de jaren. Een aantal factoren kunnen daartoe bijdragen: de toegenomen werkdruk die het moeilijk maakt om problemen te rangschikken volgens belangrijkheid en dringendheid, de veeleisende patiënten waar moeilijk 'neen' tegen gezegd kan worden,…Communicatietraining in het leren 'neen zeggen' tegen de patiënten lijkt dan ook erg belangrijk voor een huisarts. Dit is een element wat verder opgenomen kan worden door de universiteiten in de opleiding van artsen.

De belangrijkste stresserende factoren die genoemd werden in deze enquête, zijn: veeleisende/onbeleefde patiënten, hoge werkbelasting en tijdsdruk, grote verantwoordelijkheid, onregelmatig uren. Interviews met huisartsenopleiders gaven gelijkaardige factoren aan als valkuilen voor burn-out. Ze werden onderverdeeld in beroepskenmerken en maatschappelijke kenmerken van het huisartsenvak. Onder de beroepskenmerken werden volgende elementen benoemd (12):

- Veeleisend beroep door laagdrempeligheid, weinig beheersbaar timemanagement, continuïteitsverwachting
- Veel routine
- Eenzaam beroep
- Emotioneel belastend beroep: machteloosheid t.o.v. sommige problemen, betrokkenheid bij problematieken van patiënten, emotionele druk, onzekerheden.
- Praktische beslommeringen: praktijkmanagement

Onder de maatschappelijke kenmerken werden volgende elementen genoemd (12):

- Wonen tussen doelpubliek met de kans voortdurend aangesproken te worden
- Huisarts wordt vaak in negatieve zin in de media genoemd
- Geweld tegen artsen

Het KCE formuleerde een initiatief om patiënten te sensibiliseren zodat zij meer realistische verwachtingen hebben. Dit kan gebeuren o.a. door het opstellen van een brochure per praktijk

waarin vermeld staat wat men mag verwachten. De media vormen een handig instrument om de bevolking te sensibiliseren over de rol van de huisartsen en de wachtdiensten. (7)

4.3.3. Eigen huisarts

Zo'n 60.4% van de haio's heeft een eigen huisarts. Haio's doen het alvast beter dan huisartsen. Volgens de enquête van Jooris heeft slechts 31.1 % van de gevestigde huisartsen een vaste huisarts. (8)

Dit verschil zou op twee manieren kunnen verklaard worden. Enerzijds zou het kunnen dat de jonge huisarts zich meer bewust is van zelfzorg en hierdoor sneller een collega-huisarts raadpleegt. Anderzijds kan het werken in een cultuur waar ziekte een taboe is onder collega's, aanleiding geeft tot een verminderde neiging om hulp te zoeken bij een collega-huisarts.

Eén van de aanbevelingen van het KCE in de preventie van burn-out moedigt huisartsen aan om een eigen huisarts onder de arm te nemen. (7) Bij de meerderheid van de artsen wordt dit in theorie positief onthaald. In de praktijk echter verhinderen een aantal barrières dit. De belangrijkste zijn: tevredenheid met de zelfbehandeling, tijdsgebrek, minimaliseren van de ziekte, schaamte, schrik voor imagoverlies. (12)

Ideeën om de drempel tot gezondheidszorg te verlagen omvatten speciaal opgeleide huisartsenteams alsook de organisatie van arbeidsgeneeskunde voor huisartsen. Bij voorkeur worden deze laatste verplicht gemaakt. Hierdoor worden artsen die reeds een zekere mate van depersonalisatie en uitputting vertonen, toch opgepikt. (12) Onderzoek toont immers aan dat 30.6 % van de artsen geen hulpzoekend gedrag vertoont en dus niet uit zichzelf professionele hulp inroept. (9)

De idee van de huisarts van schaamte en schuldgevoel naar collega's toe bij (psychische) ziekte, is een taboe dat dringend de wereld uit moet. Door hierover reeds in dialoog te gaan van bij de start van de opleiding, creëert men een generatie artsen die gezonder in het leven staat en aldus een betere kwaliteit van zorg kan leveren.

4.4. Zelfzorg van de haio

4.4.1. Recuperatie na wachtdienst

Ongeveer 88% van de haio's in deze enquête vindt recht te hebben op recuperatie na een wachtdienst. De haio's argumenteerden dat een gebrek aan concentratie leidt tot minder kwalitatieve zorg en een verhoogd risico op het maken van fouten.

Dit cijfer staat in schril contrast met de 17% van de haio's die effectief recup krijgt van hun praktijkopleider volgens de HOP enquête. (10) In vergelijking met de haio's geeft slechts 65.5% van de werkzame artsen aan nood te hebben aan recup. (8) Wachtdiensten worden als een zware belasting ervaren door artsen. Bij een bevraging bij Vlaamse huisartsen stonden wachtdiensten op de 6^{e} plaats van voornaamste stressfactoren. (13)

Deze cijfers tonen twee belangrijke elementen aan. Enerzijds is het opmerkelijk dat maar zo weinig haio's effectief recup krijgen van hun praktijkopleider. Nochtans staat dit zo vermeld

in het huishoudelijk reglement van het ICHO. Mochten praktijkopleiders hierin wat soepeler optreden, zou dit reeds een mentaliteitsverandering inzake recup te weeg kunnen brengen binnen de medische cultuur.

Anderzijds ziet men een sterk verschil in de nood tot recup tussen het aantal haio's en het aantal artsen. Dit zou te maken kunnen hebben met de toegenomen verantwoordelijkheid als gevestigd huisarts. Maar ook de vanzelfsprekendheid om de dag na een (drukke) wacht toch opnieuw paraat te staan, draagt bij aan deze mentaliteit om door te zetten. Misschien zal op termijn een tendens ontstaan waarbij het opnemen van recuperatie na een wacht niet meer als een rariteit wordt bekeken. Er bestaat immers een generatiekloof tussen de oudere artsen en de jongere garde. Deze laatste probeert te streven naar een goed evenwicht tussen werk en privé, ziet het beroep zoals elk ander beroep en probeert evidence based te werken. (7,11)

Het KCE werkte in 2011 een rapport uit om naar een oplossing te zoeken voor de organisatie van de wachtdiensten in eerste lijn. Een aantal suggesties worden geopperd: het gebruik van een centraal oproepnummer met eventueel triage-verpleegkundige, het samenvoegen van huisartsenzones tijdens kalme perioden van de wachtdienst, het opzetten van wachtposten. Het KCE beveelt aan om een oplossing te kiezen in functie van de lokale omstandigheden, rekening houdend met de financiële, wettelijke en deontologische aspecten. (14)

4.4.2. Slaap en maaltijden

Onder de haio's en de werkzame huisartsen geeft resp. 64.6% en 44.1% aan tevreden te zijn over hun slaapkwaliteit en –duur. (8) Maaltijden overslaan gebeurt bij resp. 12.5% en 23.8% van de haio's en de werkzame huisartsen.

Men ziet duidelijk betere cijfers onder de haio's. Dit kan op twee manieren geïnterpreteerd worden. Het kan zijn dat deze haio's beter aan zelfzorg doen en dus een 'gezondere' nieuwe generatie aan huisartsen wordt. Anderzijds kan het huisartsenberoep ervoor gezorgd hebben dat de goede voornemens voor zelfzorg met de tijd afbrokkelen en verminderen.

4.4.3. Aandacht voor zelfzorg tijdens de opleiding

Bijna 70% van de haio's vindt dat er te weinig aandacht aan zelfzorg wordt besteed binnen de opleiding. Net geen 65% wenst meer scholing over stressmanagement. Dit vormt een pleidooi voor het includeren van dergelijk lessenpakket, zelfs al in de opleiding tot basisarts. Haio's wensen meer informatie te krijgen over omgaan met stress en verantwoordelijkheid, praktische handvaten om de balans tussen werk en privé te handhaven. Vaak zijn dit dingen die pas ter sprake komen als de haio zich reeds op de werkvloer bevindt.

Het KCE formuleerde dit al in één van zijn aanbevelingen, ze moedigt acties aan die gericht zijn op het welzijn van artsen. (7) Tijdens de opleiding tot huisarts is er de mogelijkheid om lessen te volgen over de behandeling van burn-out en surmenage bij patiënten alsook een les over bevlogenheid en weerbaarheid bij de huisarts (-in-opleiding). Dit vormt een eerste belangrijke stap. Gelet op de cijfers uit deze enquête is er zeker nog ruimte voor verdere uitbreiding van dergelijke lessen. Andere onderzoekers opperden eveneens het belang van opleiding in zelfzorg. (12,13)

4.4.4. Specifieke aspecten binnen de huisartsenopleiding

Specifiek aan de huisartsenopleiding is de rol van de praktijkopleider op het welzijn van de haio alsook de bijkomende belasting door thesis en portfolio.

4.4.4.1. Praktijkopleider

Bij welke praktijkopleider men als haio terecht komt, kan erg bepalend zijn voor de opleiding alsook voor de verdere carrière. In deze enquête geven haio's duidelijk aan dat ze meer respect en naleving van de werkuren willen verkrijgen van hun praktijkopleiders. Bovenstaande gegevens i.v.m. autonomie, inspraak, recht op recuperatie wijzen mee op het belang van een goede praktijkopleider voor het welzijn van de toekomstige huisarts.

Eerder onderzoek toonde eveneens aan dat de haio meer controle wenst op het aantal werkuren en de wachtregeling. Hierbij geeft 61.2% van de haio's aan moeilijk 'neen' te kunnen zeggen tegen hun praktijkopleider. Het betreft immers hun 'werkgever' en 'beoordelaar'. (9)

Hier zit een taak voor het ICHO in vervat, namelijk meer controle op het werk van en opleiding voor de praktijkopleider voorzien. Spijtig genoeg zal dit een grote uitdaging vormen, zeker met de wijziging in de duur van het curriculum waarbij binnenkort twee jaren gelijktijdig afstuderen en de opleidingsplaatsen schaars worden.

4.4.4.2. Academisch werk

Meerdere malen werd melding gemaakt van de wens tot het verminderen van het academische gedeelte van de opleiding. Het schrijven van een thesis alsook het opstellen van casussen slorpt veel tijd op waarvoor bij heel wat haio's de gereserveerde studietijd niet volstaat. Hierdoor moet de haio in het weekend eveneens academische taken doen wat ten koste gaat van ontspanning en sociale contacten.

Uit voorgaand onderzoek blijkt dat zo'n 47% van de haio's vermeldt vaak of altijd dingen achterwege te laten die energiegevend zijn. Uit dit gedrag vloeit een gebrek aan sociale steun voort, wat omstandigheden creëert die voedend zijn voor burn-out. (9)

Indien men als haio oprecht interesse toont in het vak, zal men uit zichzelf opzoekingen verrichten indien men geconfronteerd wordt met een ongekend probleem. Hiervoor hoeft men niet telkens een uitgebreide casus, leeragenda of 'to do' neer te pennen.

4.5. Preventie van burn-out

4.5.1. Bestaande initiatieven

Deze enquête toont duidelijk aan dat bestaande initiatieven ter begeleiding en ondersteuning van de huisarts(-in-opleiding) té weinig gekend zijn. Tijdens de opleiding tot (huis)arts zou hier meer aandacht moeten aan besteed worden. Slechts 20% van de haio's zou overwegen om contact op te nemen met één van deze initiatieven mocht het nodig zijn. De belangrijkste

argumenten om dit niet te doen waren: een hoge drempel, ziekte zien als een vorm van zwakte, het geloof dat het spontaan zal verbeteren.

Nochtans wijst onderzoek uit dat artsen die deelnamen aan begeleiding bij Doctors4Doctors, erg tevreden waren met de discretie en de verzekerde anonimiteit. (14)

Binnen het artsenkorps bestaat een cultuur die ziekte en kwetsbaarheid bij artsen als 'not done' bekijkt. Als arts hoort men een rolmodel te zijn en zorgbehoevendheid past niet in dit plaatje. Er heerst een algemene aanvaarding dat huisartsen blootgesteld worden aan hoge stress, hoge werklast en vaak onredelijke eisen. (9) Deze druk die gevoed wordt door een sterke verantwoordelijkheidszin, verplicht de huisarts(in-opleiding) steeds door te zetten. (13)

In bijlage 1 vindt men een beknopte uitleg over de initiatieven aangehaald in de enquête.

4.5.2. Toekomstideeën van de haio

4.5.2.1. Groepspraktijk

Vele haio's pleiten voor het werken in een groepspraktijk met de steun van een secretaresse of telesecretariaat. Hiermee willen ze proberen de dagelijkse stress op de praktijk te verminderen. Uiteraard dient men zich bewust te zijn van het feit dat samenwerking tussen collega's ook niet steeds van een leien dakje verloopt.

Ondersteuning van de praktijkorganisatie vormt één van de vier invalshoeken van burn-outpreventie. Praktische ondersteuning van de arts is gunstig voor de gezondheidszorg. Het geeft aanleiding tot een verminderde turn-over van patiënten, een verhoogde therapietrouw en verhoogde patiëntentevredenheid. Het ontstaan van meer en meer associaties tussen huisartsen wordt gezien als mogelijk beschermend tegen burn-out. (11)

Het KCE speelt hierop in door het formuleren van initiatieven die de administratieve last van de huisarts verminderen. Deze initiatieven dienen echter wel nog verder op punt gesteld te worden. Hiernaast gebeurt er een financiële ondersteuning voor het opstarten van groepspraktijken en aanwerven van een secretaresse. (7)

4.5.2.2. Balans werk-privé

Waken over de balans tussen werk en privé met voldoende tijd voor sociale contacten werd genoemd door de haio's om de stress in te dijken.

Spijtig genoeg blijkt uit voorgaand onderzoek dat 47.5% van de haio's een probleem heeft om hun privéleven te scheiden van hun professioneel leven. (9) Dit maakt het uiteraard een aardige uitdaging om deze scheiding later in hun carrière wel te respecteren.

Geïnterviewde huisartsenopleiders in Vlaanderen gaven aan dat het moeilijk is om timemanagement te implementeren in de praktijk. Dit komt vooral door het onvoorspelbare karakter van het vak. Timemanagement vormt de tweede invalshoek van burn-outpreventie. Sommige huisartsenopleiders laten hun haio een bepaalde periode een simulatiepraktijk

runnen. Dit kan hen helpen hun tijdsbesteding zelf in kaart te brengen en te regelen. (11) Misschien moet dit initiatief verder uitgewerkt worden en toegepast worden bij alle haio's?

De belangrijkste les betreft het kunnen onderverdelen van activiteiten in dringend vs. niet-dringend en belangrijk vs. onbelangrijk. Door de frequente confrontatie met dringende en belangrijke problemen hebben huisartsen(in-opleiding) de neiging problemen vaak direct als dringend en belangrijk te definiëren. Dit leidt tot een heel stressvolle levensstijl. (11) Hoewel meer en meer artsen ervoor kiezen parttime te werken, heerst hier nog steeds een taboe rond. Als arts heeft men immers voortdurend werk en heerst de cultuur om net die laatste patiënt ook nog vandaag te zien. (8)

Het KCE formuleert initiatieven om de huisarts meer controle te verlenen op zijn beroepsactiviteiten. Coaching of opleidingen in tijdsbeheer maken hier deel van uit. (7) Deze initiatieven dienen nog verder uitgewerkt te worden en aan bekendheid te winnen.

4.5.2.3. Afspraken met de patiënt

De haio's benadrukken het belang van het stellen van emotionele en praktische grenzen aan de patiënten. Deze grenzen dienen wel gedragen te worden door de maatschappij en door de collega's. Hier knelt nog te vaak het schoentje. Patiënten stellen vaak onredelijke eisen. Verder sensibiliseren van de patiënt met de steun van de overheid is dan ook noodzakelijk.

Tijdens de opleiding wordt communicatietraining gegeven reeds in het begin van de opleiding tot arts. Vaak staat men als toekomstig arts op dat moment niet stil bij het belang en nut hiervan. Het lijkt zinvol deze training te herhalen tijdens de stagejaren alsook tijdens de opleiding tot huisarts.

Communicatietraining en aandacht voor persoonlijk functioneren vormen de derde en vierde invalshoek van burn-outpreventie. Dergelijke communicatievaardigheden hebben een impact op stressvermindering en het verminderen van burn-out. (11)

4.5.3. Reflectie bijeenkomsten

Een uitbreiding van de tweewekelijkse seminaries tijdens de huisartsenopleiding naar de latere carrière als huisarts lijkt bij 76% van de haio's een goed idee. Dit creëert de mogelijkheid te ventileren over meegemaakte situaties en geeft ondersteuning aan collega-artsen. Tijdsinvestering is één van de nadelen die werden voorgelegd. Het tijdsinterval tussen de bijeenkomsten kan uiteraard variëren.

Jooris vermeldde reeds de optie van intervisiegroepen waar artsen een signaalfunctie kunnen vormen. (8) Een bevraging bij Vlaamse huisartsen gaf aan dat het gevoel van verantwoordelijkheid heel vaak tot emotionele problemen leidt. Intervisie en reflectie ontbreken hierbij vaak en zelfzorg wordt nog te vaak aan de kant geschoven wegens 'geen tijd'. (13) Nochtans vormt reflectie een belangrijke sleutel in de preventie van psychologische problemen.

Het KCE stimuleert het creëren van een overleggroep voor steun tussen collega's. Als huisarts is men verplicht toe te treden tot een LOK groep. Volgens de interviews van het KCE worden deze echter niet beschouwd als plaatsen waar over belasting of psychische problemen kan worden gepraat. Deze bestaande structuren zouden echter wel gebruikt kunnen worden als overleggroep. (7)

4.6. Keuze van huisarts

Enkele opmerkelijke cijfers die uit deze thesis zijn voorgekomen:

- Slecht 58% kiest opnieuw voor geneeskunde als studie.
- 77% kiest opnieuw voor de richting huisartsgeneeskunde.
- 33% denkt eraan een ander beroep dan huisarts uit te oefenen in de toekomst.
- 23 % acht de kans binnen 5 jaar niet werkzaam te zijn als huisarts mogelijk tot waarschijnlijk.

Factoren die beschouwd worden als een reden om te stoppen met het huisartsenberoep volgens de haio zijn: administratie, weekendwerk en wachtdienst, gebrek aan respect van de patiënten. Factoren die het beroep juist aantrekkelijk maken volgens de haio zijn: de variatie in werk, de werkzekerheid, het continu bijscholen, het inkomen.

Onderzoek bij een cohorte huisartsen afgestudeerd tussen 2005 en 2009 toont aan dat 11% niet meer werkzaam was als huisarts in 2011. (3) Gelijkaardige cijfers vindt men ook terug bij specialisten-in-opleiding (aso). In Nederland stopt zo'n 10% van de aso's. Deze cijfers verschillen sterk per discipline. Meer dan 20% van de aso's geriatrie stoppen voortijdig terwijl dit zelden voorkomt bij aso's plastische chirurgie of gastro-enterologie. Ook bij de aso's reumatologie, pathologie, microbiologie, genetica is er een uitval van meer dan 15%. (15) Gezien de lange duur van de opleiding en de investering erin door de maatschappij en de arts zelf lijkt dit een spijtige zaak.

De voorwaarden om toch opnieuw als huisarts aan de slag te gaan, hadden volgens het onderzoek voornamelijk betrekking op veranderingen in de organisatie van de huisartsgeneeskunde. De helft van de gestopte artsen had reeds tijdens de huisartsenopleiding beslist om geen huisarts meer te zijn. Of dit komt door de opleiding op zich of door het huisartsenberoep is niet gekend. (3) Verder onderzoek naar de invloed van de huisartsenopleiding op de motivatie om het beroep verder uit te oefenen, is wenselijk.

Een groot deel van de actieve huisartsen is ouder dan vijftig jaar. Bovendien treden steeds meer vrouwen toe tot het beroep wat vaak gepaard gaat met de wens om deeltijds te werken. In combinatie met het optreden van burn-out bij collega's leidt dit tot een steeds grotere werkbelasting die niet voldoende opgevangen kan worden door pas afgestudeerde artsen. Het is dus dringend tijd om de organisatie en ondersteuning van het huisartsenberoep anders aan te pakken. (3)

5. CONCLUSIE

Samengevat wil deze thesis pleiten voor een aantal veranderingen in de opleiding tot huisarts alsook in de latere carrière als huisarts.

- Er dient meer kennis te zijn over hulpprogramma's voor artsen in nood bij de huisarts-in-opleiding door lessen hierover te geven in de opleiding.
- Het hebben van een eigen huisarts moet al in de opleiding gestimuleerd worden.
- De sociale stilte en stigmatisering omtrent burn-out en psychische problemen dient doorbroken te worden door implementatie van lessen over zelfzorg en stressmanagement in de opleiding tot arts
- De opgelegde taken van het ICHO dienen herbekeken te worden in een poging de belasting van de haio te verminderen.
- Er dient nauwer toezicht te zijn op de opleiding die gegeven wordt door de praktijkopleider aan de haio en de (al dan niet billijke) omgang van de praktijkopleider met de haio.

6. BEPERKINGEN VAN DE STUDIE

Men kan ervan uitgaan dat haio's die interesse vertonen in dit onderwerp eerder geneigd zijn om deze enquête in te vullen. Dit levert een zekere selectiebias op. Anderzijds kan het zijn dat haio's die zich psychisch niet goed voelen, deze enquête eerder links laten liggen. Dit kan een onderschatting van het probleem geven.

Een aantal keer werd de opmerking gegeven dat het een lange enquête betrof. Men heeft enkel rekening gehouden met de resultaten van de volledig ingevulde enquêtes. Zo'n 79 haio's zijn gestart met het invullen van de enquête maar hebben deze niet afgewerkt. Indien deze enquête door meer haio's zou ingevuld zijn, zou dit uiteraard een representatiever beeld opleveren van de huidige situatie.

7. REFERENTIES

1. Maslach C, Schaufeli W.B, Leiter M.P. Job Burnout. Annual Review of Psychology 2001;52:397-422.
2. Rogiers R, Declercq T, Anthierens S, Daeseleire T, Boydens E, Pauwels L. Help, ik zit erdoor! Over stress, surmenage en burn-out- deel 1. Huisarts Nu 2012;41:62-66
   Rogiers R, Declercq T Anthierens S, Daeseleire T, Boydens E, Pauwels L. Help, ik zit erdoor! De behandeling van surmenage en burn-out door de huisarts- deel 2. Huisarts Nu 2012;41:134-40.
3. Verraes A, Ryssaert L, Termote L, Avonts D. Waarom verlaten jonge huisartsen het huisartsenberoep? Enquête bij afgestudeerde haio's en hun partner. Huisarts nu 2014;43:123-5
4. Charlotte Haarsma. Hoe weerbaar en bevlogen blijven als huisarts? Preventie van overspanning en burn-out. TOL ICHO 08/03/2016.

5. Schaufeli, Wilmar B., and Arnold B. Bakker. "Defining and measuring work engagement: Bringing clarity to the concept." *Work engagement: A handbook of essential theory and research* (2010):10-24.
6. Bakker, A.B., Schaufeli, W.B. & Demerouti, E. (1999). Werkstressoren, energiebronnen, en burnout: Het WEB-model. In J. Winnubst, F. Schuur & J. Dam (Red.), Praktijkboek gezond werken: Integrale oplossingen voor somatische, psychische en psychosociale klachten in de organisatie (pp. II 3.2 1-19). Maarssen: Elsevier.
7. Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G et al. Burn-out bij huisartsen, preventie en aanpak. KCE report 165A. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg; 2011
8. Saartje Jooris. Zelfzorg bij artsen. Stand van zaken in Oost-Vlaanderen. 2015
9. Atrtchine-Kachi Z. Burn-out bij huisartsen in opleiding. 2016
10. HAIO- enquête door het HOP, 2016
11. Deroost A, Braeckman L, Remmen R. Preventiestrategieën voor burn-out tijdens de artsenopleiding. Een beschrijvend en kwalitatief onderzoek. Huisarts Nu 2016;45:112-9
12. Delporte F, Bombeke K, Bastiaens H. De huisarts als patiënt. Barrières tot de gezondheidszorg. Huisarts Nu 2017;46:19-25
13. Claessens H. Hoe wordt de arts een (suïcidale) patiënt? Resultaten van een literatuurstudie en onlinebevraging bij 302 Vlaamse huisartsen. Huisarts Nu 2016;45:232-5.
14. Jonckheer P, Borgermans L, Dubois C et al. Welke oplossingen voor de wachtdiensten van huisartsen? Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2011. KCE Reports 171A.
15. Drenth J.P.H. Stoppen met de opleiding. Ned. Tijdschr. Geneeskd. 2014;158:B1031.

Bijlage 1: bestaande initiatieven

1. Doctors 4 Doctors (D4D)
   Doctors 4 Doctors is een aanspreekpunt voor artsen (en hun familie) die met een hulpvraag zitten. D4D gelooft erin dat structurele omkadering, ondersteuning en preventieve acties kunnen voorkomen dat artsen gaan disfunctioneren.
   De focus ligt voornamelijk op gezondheidspromotie en attitude. Uiteraard is er garantie van absolute discretie en beroepsgeheim door het multidisciplinair team van artsen, psychologen, coaches,…
   Meer info: www.doctors4doctors.be

2. Arts in Nood
   De Orde der Artsen ontwikkelde een onafhankelijke structuur waarbij artsen (-in-opleiding) terecht kunnen met psychosociale problemen. Een vertrouwenspersoon begeleidt de arts in de zoektocht naar een structurele oplossing en/of doorverwijzing naar professionele hulpverleners. Deze vertrouwenspersoon functioneert discreet, totaal onafhankelijk en heeft absolute zwijgplicht.
   Meer info: www.artsinnood.be of info@artsinnood.be of 0800/23.460

3. ECHTT
   Ervaringsgericht Coachen van Huisarts Trajecten en – Teams of ECHTT ondersteunt en begeleidt samenwerkingstrajecten tussen en met huisartsen. Hiernaast verzorgen ze thematische trainingen voor groepen en intervisiebegeleiding. De kerngroep bestaat uit ervaren huisartsen met professionele opleiding en expertise op vlak van samenwerking. ECHTT neemt deel aan de kennisgroep 'praktijkorganisatie' van Domus Medica vzw.
   Meer info: www.echtt.be of info@echtt.be

4. ITAM
   Institute for Training of Attention and Mindfulness of ITAM biedt evidence based mindfulness interventies aan om duurzaam welzijn te verbeteren. Mindful@Work is een wetenschappelijk onderbouwde aandachtstraining die werknemers en werkgevers leert omgaan met stress, piekeren en slapeloosheid. De training richt zich op het voorkomen van uitval door stress en burn-out, stimuleert het probleemoplossend vermogen en bevordert de authenticiteit bij managers.
   Meer info: www.itam.be

5. Mijn Kwartier
   Mijn Kwartier is een online zelfhulpprogramma dat helpt bij het voorkomen of behandelen van burn-out en andere stressgerelateerde klachten zoals angst, verslaving, depressie, ... Via een online zelftest krijgt men een idee over zijn mate van stress. Nadien kan men gedurende één maand online dagelijks een sessie van 15 minuten van zelfzorg en reflectie volgen volgens een model van cognitieve oplossingsgerichte therapie. Men heeft de mogelijkheid een familielid of vriend uit te nodigen voor verdere ondersteuning.
   Meer info: www.mijnkwartier.be

Bijlage 2: vragenlijst

1. In welk jaar bent u geboren?

2. Bent u een

a.	Man
b.	Vrouw

3. Heeft u een partner?

a.	Ja
b.	Nee

4. Wat is uw huidige woonsituatie?

a.	Alleen
b.	Samenwonend met

	partner
c.	Inwonend bij ouders
d.	Andere

5. Waar bevindt u zich op dit moment in de opleiding?

a.	1e jaar HAIO
b.	2e jaar HAIO

6. Volgt u een voltijds of deeltijds traject?

a.	Voltijds
b.	Deeltijds

7. Stelde u zich voorheen ook kandidaat voor een of meerdere specialisatie(s)?

a.	Ja
b.	Nee

8. Zo ja, voor welke specialisatie?

9. Rookt u?

a.	Ja
b.	Nee

10. Hoe vaak drinkt u alcohol?

a.	Nooit
b.	Maandelijks of minder
c.	2-4 keer per maand
d.	2-3 keer per week
e.	4 of meer keer per week

11. Hoeveel eenheden alcohol consumeert u per dag indien u alcohol drinkt?

a.	1-2
b.	3 of 4
c.	5 of 6
d.	7 of 9
e.	10 of meer

12. Gebruikte u in het verleden reeds enige vorm van psychofarmaca (benzodiazepines, antidepressiva, fytotherapie)?

a.	Ja
b.	Nee

    a. Zo ja, welke vorm van psychofarmaca?

a.	Benzodiazepines
b.	Antidepressiva
c.	Fytotherapie

d.	Andere

13. Bent u in het verleden reeds in therapie gegaan bij een psycholoog/psychotherapeut?

a.	Ja
b.	Nee

14. Praktijkvorm (uzelf als HAIO niet meegerekend)?

a.	Solo
b.	Duo
c.	Groep
d.	Wijkgezondheidscentrum
e.	Ziekenhuis
f.	Andere

15. Waar is de praktijk gelegen?

a.	Platteland/Dorp
b.	Semi-ruraal
c.	Stedelijk

16. Hoe ver woont u van de opleidingspraktijk?

a.	< 5 km
b.	5-10 km
c.	10-15 km
d.	15-20 km
e.	> 20 km

17. Hoeveel uur per week bent u gemiddeld aan het werk in de huisartsenpraktijk?

a.	< 25 uur
b.	25-35 uur
c.	35-45 uur
d.	> 45 uur

18. Hoeveel patiëntencontacten (consultaties + huisbezoeken) heeft u gemiddeld per week?

a.	< 40
b.	40-50
c.	50-60
d.	> 60

19. Hoeveel huisbezoeken doet u gemiddeld per dag?

a.	< 5
b.	5 – 10
c.	> 10

20. Moet u werken op zaterdag (buiten wachtdienst)?

a.	Niet
b.	Wekelijks
c.	Om de 2 weken
d.	Enkel op afspraak

21. Hoe zijn de consultaties georganiseerd?

a.	Vrije raadpleging
b.	Deels vrije raadpleging, deels op afspraak
c.	Op afspraak

22. Is er hulp in de praktijk?

a.	Geen
b.	Online afspraken
c.	Administratieve hulp
d.	Telefonist(e)/Telefooncentrale
e.	Verpleegkundige
f.	Poetshulp
g.	Andere: specifieer

23. Hoeveel uren per week spendeert u gemiddeld aan administratieve taken (verslagen lezen, papieren dossiers inbrengen in het EMD, invullen document voor terugbetaling medicatie, andere documenten,…) ?

a.	< 1 uur
b.	1 – 3 uur
c.	3 – 5 uur
d.	> 5 uur

24. Neemt u deel aan de praktijkwacht in de week?

a.	Ja
b.	Nee

a. Zo ja, hoe vaak doet u dit?

a.	> 2x per week
b.	1 keer per week
c.	1 keer per 2 weken
d.	1 keer per maand
e.	< 1 keer per maand

25. Hoe groot is uw gevoel van autonomie in de praktijk? (1= helemaal geen autonomie tot 5= heel veel autonomie)

26. In welke mate komt uw opleiding als HAIO overeen met wat u ervan had voorgesteld? (1= helemaal niet, 2= eerder niet, 3= redelijk, 4= eerder wel 5 = volledig)

27. Hoe groot is uw gevoel van inspraak in de praktijk? (1= helemaal geen inspraak tot 5= heel veel inspraak)

28. Hoe ervaart u de samenwerking met uw praktijkopleider? (1= heel slecht tot 5= heel goed)

29. In welke mate vindt u dat onderstaande zaken het beroep van huisarts aantrekkelijk of onaantrekkelijk maken (ongeacht of dit in grote of minder grote mate aan bod komt in de praktijk)? (1 = een reden om te stoppen, 2 = niet aantrekkelijk, 3 = neutraal, 4 = aantrekkelijk, 5 = zeer aantrekkelijk)

	1	2	3	4	5
Huisbezoeken					
Administratie (patiëntenbrieven, derdebetaler, …)					
Werkzekerheid					
Variatie van de pathologie					
Aantal werkuren					
Weekendwerk					
Brede patiëntenpopulatie					
Sociaal karakter van het beroep					
Zelfstandigheid					
Technische prestaties					
Wachtdienst					
Urgenties					
Continu bijscholen					
Inkomen					

30. Hoe belangrijk zijn volgende zaken voor u om uzelf gelukkig te voelen? (1 = helemaal niet belangrijk, 5 = zeer belangrijk)

	1	2	3	4	5
Carrière					
Relatie					
Gezin/Kinderen					
Inkomen					
Vrije tijd					

31. Hoe tevreden bent u momenteel over uw …? (1 = helemaal niet tevreden, 5 = zeer tevreden)

	1	2	3	4	5
Carrière					
Relatie					
Gezin/Kinderen					

Inkomen					
Vrije tijd					

32. Wat is uw tijdsbeleving omtrent volgende zaken? Ervaart u voldoende tijd voor …(1 = veel te weinig tijd, 5 = zeer veel tijd)

	1	2	3	4	5
Carrière					
Relatie					
Gezin/Kinderen					
Vrije tijd					

33. Hoe ervaart u uw fysieke gezondheid op dit moment? (1 = heel ongezond tot 5 = heel gezond)

34. Hoe ervaart u de balans tussen werk/opleiding en privé-leven? (1 = balans weegt door op werken tot 5 = balans weegt door op privé)

35. Ervaart u uw job als stressvol? (1 = zeer stresserend tot 5 = geen stress)

36. Wat geeft u voldoening bij het uitoefenen van je job?

a.	Patiëntencontact
b.	Technische handelingen
c.	Inkomen
d.	Andere: specifieer

37. Heeft u een eigen huisarts?

a.	Ja
b.	Nee

38. Hoe ervaart u uw psychische gezondheid op dit moment? (1 = zeer slecht tot 5 = zeer goed)

39. Wat betekenen voor u volgende begrippen:
    a. Surmenage
    b. Burn-out
    c. Zelfzorg

40. Voelde u zich in de afgelopen maanden van de opleiding tot huisarts meer … dan anders? (1= bijna altijd, 2= vaak, 3= soms, 4= bijna nooit)

	1	2	3	4
Gespannen				
Angstig				
Piekerend				
gedemotiveerd				
Somber				

Vergeetachtig				

41. Had u in de afgelopen maanden van de opleiding tot huisarts een gevoel van..

	1	2	3	4
Voldoening				
Respect voor je werk				
Zelfstandigheid				
Uitdaging				
Variatie in het werk				

42. Bent u tevreden over de duur en kwaliteit van uw slaap? (1 = helemaal niet tevreden tot 5 = heel tevreden)

43. Neemt u tijd om drie maaltijden per dag te nuttigen?

a.	Ja
b.	Nee

44. Vindt u dat u recht heeft op recuperatie na een wachtdienst?

a.	Ja
b.	Nee

Waarom wel/niet?

45. Hoe goed kent u volgende initiatieven?

	Nog nooit van gehoord	Ik ken alleen de naam	Ik ken wel enkele van hun doelen	Ik weet precies welke hulp ze aanbieden
Dokters voor dokter				
Arts in Nood				
Mijn Kwartier				
ECHTT				
ITAM				

a. Van waar kent u die initiatieven?

a.	Universiteit
b.	PO
c.	Collega- HAIO
d.	ICHO
e.	Andere

b. Zou u ooit overwegen contact op te nemen met één van deze initiatieven?

a.	Ja

b.	Nee

Zo neen, waarom niet?

46. Vindt u dat er tijdens de opleiding tot (huis)arts voldoende aandacht besteed wordt aan zelfzorg?

a.	Ja
b.	Nee

Zo neen, wat zou u hierover graag veranderd zien in de opleiding?

47. Wenst u meer opleiding over stress management?

a.	Ja
b.	Nee

48. Zou u na het doorlopen van de stagejaren en de opleiding tot huisarts opnieuw voor geneeskunde kiezen?

a.	Ja
b.	Nee, want…
c.	Misschien, want…

a. Zo ja, zou u na het doorlopen van de stagejaren en de opleiding tot huisarts opnieuw voor huisartsgeneeskunde kiezen?

a.	Ja
b.	Nee, want…
c.	Misschien, want…

49. Wat zijn volgens u belangrijke factoren die de uitoefening van uw job als huisarts stressvol maken?

50. Hoe denkt u hiermee in de toekomst om te gaan?

51. Bij wie kan u terecht als u het moeilijk heeft? (meerdere opties mogelijk)

a.	Collega’s
b.	Partner
c.	Familie
d.	Vrienden
e.	Niemand
f.	Andere

52. Vindt u maandelijkse bijeenkomsten met de artsen uit uw kring om moeilijke patiënten, frustraties e.d. te bespreken nuttig?

a.	Ja
b.	Nee

Waarom wel of waarom niet?

53. Denkt u eraan in de toekomst een ander beroep dan dat als huisarts te beoefenen?

a.	Ja
b.	Nee

Zo ja waarom?

Welk beroep zou u dan verkiezen?

a.	Preventieve geneeskunde (Kind en Gezin, CLB,…)
b.	Arbeidsgeneeskunde
c.	Verzekeringsgeneeskunde
d.	Andere:..

54. Welke praktijkvorm verkiest u in de toekomst (na het afstuderen)?

a.	Solo
b.	Duo
c.	Groep
d.	Wijkgezondheidscentrum
f.	Andere

55. Na het afronden van de opleiding huisartsgeneeskunde wens ik te starten als …

a.	Voltijds huisarts
b.	Deeltijds huisarts + deeltijds nevenfunctie
c.	Deeltijds huisarts zonder nevenfunctie
f.	Andere:…

56. De kans dat ik binnen 5 jaar niet werkzaam ben als huisarts is …

a.	Onbestaand
b.	Klein
c.	Mogelijk
d.	Waarschijnlijk
e.	Groot

57. Na het afronden van de opleiding huisartsgeneeskunde verkies ik mijn consultaties te organiseren via …

a.	Vrije raadpleging
b.	Deels vrije raadpleging, deels op afspraak
c.	Op afspraak

58. Na het afronden van de opleiding huisartsgeneeskunde verkies ik het gebruik/de hulp van … in de praktijk.

a.	Geen
b.	Online afspraken
c.	Administratieve hulp
d.	Telefonist(e)/Telefooncentrale

e.	Verpleegkundige
f.	Poetshulp
g.	Andere: specifieer

59. In de toekomst overweeg ik het uitbesteden van volgende technische handelingen (1= nooit, 2= waarschijnlijk niet, 3= weet het niet, 4= waarschijnlijk wel, 5= zeker)

	1	2	3	4	5
Bloedafname					
ECG afname					
Cryotherapie					
Spirometrie					
Wondhechting					
Bloeddrukmeting					

60. Heeft u nog verdere opmerkingen bij deze studie?

Bijlage 3: Protocol

1. Introductie en rationale

In 2011 ontwikkelde het KCE een rapport met enkele aanbevelingen rond preventie en aanpak van burn-out bij de huisarts. Het is intussen wel bekend dat artsen een verhoogd risico kennen op depressie, burn-out, middelenmisbruik en suicide. De huisarts van vandaag wordt geconfronteerd met een steeds mondigere patiënt die reeds voor de consultatie dr. Google consulteerde. Daarnaast vormt de administratieve rompslomp die ondanks de informatisering steeds lijkt toe te nemen, een sterk struikelpunt voor de huisarts. Dit alles maakt dat hij het alsmaar moeilijker krijgt in het zorgen voor de patiënt en nog meer in het zorgen voor zichzelf. Artsen die minder aandacht schenken aan het welzijn van zichzelf, leveren op termijn minder kwalitatieve zorgen aan de patiënt.

De huisarts-in-opleiding (HAIO) vormt de toekomst van de huidige eerstelijnszorg. Heel wat huisartsen bereiken binnenkort de pensioenleeftijd. Dit vormt een extra werkdruk voor de startende huisarts. De grote uitdaging voor de HAIO is de omgang met deze hoge werkdruk. De visie van de huisarts- in- opleiding op zijn eigen welbevinden en op zijn zelfzorg op dit moment vormt een belangrijke basis om later, na jaren werkervaring, beter bestand te zijn tegen stress, burn-out,… Voldoende kennis omtrent de preventieve en curatieve mogelijkheden voor artsen vormt hierin een hoeksteen.

2. Onderzoeksvraag

Hoe ervaren HAIO’s de stress op de werkvloer? Hoe beleven ze de combinatie tussen werken en studeren? Wat is de kennis i.v.m. de recent opgezette initiatieven rond preventie en begeleiding bij stress en burn-out? Op welke manier denken ze om in de toekomst voor zichzelf te zorgen?

3. **Doel**

Nagaan wat de visie is van de HAIO omtrent zelfzorg op dit moment en in zijn latere loopbaan.

4. **Methodiek**

Observationeel onderzoek:

- Bevraging van de huisartsen-in-opleiding
- Inclusiecriteria: huisartsen-in-opleiding tewerkgesteld in een huisartsenpraktijk in Vlaanderen.
- Exclusiecriteria: afgestudeerde huisartsen-in-opleiding, huisartsen-in-opleiding tewerkgesteld in ziekenhuizen.
- Recrutering: via de website van het ICHO (Interuniversitaire opleidingscentrum voor de HAIO), via mail, via de online fora van de verschillende universiteiten, via facebook.

5. **Te verwachten resultaten**

De vragenlijsten zullen een zicht geven op:

- de factoren die het welzijn van de HAIO bevorderen dan wel verminderen
- de visie voor de aanpak van hun welzijn in hun verder loopbaan
- de mate waarin de HAIO vertrouwd is met de preventieve en curatieve iniatieven om het welzijn te bevorderen.

6. **Discussiepunten van de studie**

Het betreft een observationeel onderzoek waarbij dus geen controlegroep aanwezig is.

Bijlage 4: Goedkeuring Ethisch Comité

(zie volgende pagina)

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

Universiteit Gent
Faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen
3K3
Prof. dr. Anselm DERESE
De Pintelaan 185
9000 Gent
BTW nr: 248.015.142

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2016/0341	01-apr-16	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Omgaan met stress en het verhoogd risico op burn-out: een uitdaging voor de haio. (MaNaMa Katrijn De Troeyer)

Belgisch Registratienummer: B670201627988

* Antwoord onderzoekers ontvangen via mail dr. Katrijn De Troeyer (mail dd. 26/03/2016 - ontvangen dd. 29/03/2016) in antwoord op opmerkingen EC dd. 8/03/2016
* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 20/03/2016
* Informatie- en toestemmingsformulier (versie 2) dd. 20/03/2016
* Vragenlijsten dd. 10/02/2016
* Protocol (versie 2) dd. 20/03/2016

Advies werd gevraagd door:

Prof. dr. A. DERESE ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 29/03/2016. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 29/03/2017, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 29/03/2016. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 29/03/2017, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/04/2016

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/04/2016

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2016/0341	01-apr-16	Zie "CC"

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Universiteit Gent - Faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen; De Pintelaan 185 9000 Gent

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be