De arts als patiënt: Herevaluatie van een organisatie die zich toelegt op het psychosociaal welbevinden van de arts.

Pieter Janssens, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. Hilde Bastiaens, Universiteit Antwerpen

Co-promotor: Dr. Eric Boydens

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Inleiding: Onderzoek toont aan dat er sprake is van een hoge mate van distress bij een aanzienlijk aantal artsen en artsen in opleiding. Dit heeft belangrijke gevolgen voor de artsen en hun patiënten. Er is beperkt onderzoek verricht naar de prevalentie, mogelijke oorzaken en interventies om artsen met distress te begeleiden. Deze onderzoeken worden echter vaak op korte termijn uitgevoerd en met kleine groepen van artsen. Er is nood aan studies naar interventies met grote artsengroepen met een effect gemeten op lange termijn. Bovendien werden er nog geen andere soortgelijke, Vlaamse initiatieven bestudeerd. In dit onderzoek wordt getracht hieraan tegemoet te komen door het evalueren van de werking van Doctors4Doctors.

Doelstelling: Nagaan wat het bereik is van Doctors4Doctors, wat het effect is van de aangeboden begeleiding, wat de mate van tevredenheid na begeleiding is en wat de drempels zijn om door te stromen naar begeleiding na aanmelding bij Doctorts4Doctors. Exploreren of er een toename is van het responspercentage indien de vragenlijsten online in plaats van op papier aangeboden worden.

Methode: Beschrijvend, kwantitatief onderzoek op basis van vragenlijsten. De artsen die zich aanmelden en doorstromen naar begeleiding (doorstromers), krijgen een vragenlijst online aangeboden bij start van begeleiding, twee maanden na start van begeleiding en een jaar na start van begeleiding. Aan de eerste twee vragenlijsten werd de vierdimensionale klachtenlijst (4DKL) toegevoegd om de evolutie van de artsen in vier domeinen na te gaan, namelijk somatisatie, distress, depressie en angst. Hun coach krijgt eveneens een vragenlijst twee maanden na start van begeleiding. De artsen die zich aanmelden maar niet doorstromen naar begeleiding (niet-doorstromer) krijgen eveneens een vragenlijst online aangeboden. Dit onderzoek is de voortzetting van het thesisonderzoek van Dr. Eline Van Tilburgh.

Resultaten: Gedurende de periode van dataverzameling, van april 2014 tot mei 2017, werd Doctors4Doctors gecontacteerd door 183 artsen. De belangrijkste aanmeldklachten waren gevoelens van burn-out en werkgerelateerde problematiek anders dan burn-out. Van deze artsen stroomden er minstens 119 door naar begeleiding. De vragenlijst bij start van begeleiding werd 37 keer ingevuld, degene twee maanden later 29 keer en de vragenlijst 12 maanden na start van begeleiding zes keer. De vragenlijst voor de coaches werd 34 maal ingevuld. De vragenlijst voor de aanmelders werd geen enkele keer ingevuld. Door het analyseren van de scores op de 4DKL kon aangetoond worden dat de aangeboden begeleiding een verbetering teweegbrengt in de vier onderzochte dimensies. De artsen die de vragenlijsten hebben ingevuld zijn allen tevreden over hun doorverwijzing, de begeleiding en de gehanteerde discretie. Men had zeer veel vertrouwen in de gegarandeerde anonimiteit. Online vragenlijsten blijken mogelijks een hogere drempel tot invullen te hebben dan schriftelijke vragenlijsten. Omwille van meerdere voordelen werd in overleg met de intake-artsen van Doctors4Doctors echter besloten om de online vragenlijsten te blijven gebruiken.

Conclusie: Doctors4Doctors is een succesvol en laagdrempelig initiatief dat erin slaagt kwaliteitsvolle begeleiding aan te bieden aan artsen met verminderd psychosociaal welbevinden. Om dit effect grondiger te meten is vervolgonderzoek met een grotere populatie nodig. Dit onderzoek dient bij voorkeur uitgevoerd te worden met online vragenlijsten.

Inhoudstafel

Abstract……2
1. Inleiding en doelstelling……4
1.1. Doctors4Doctors……4
1.2. Onderzoeksvragen……5
2. Literatuuronderzoek……6
2.1. Zoekstrategie……6
2.1.1. PICO……6
2.1.2. Databank……6
2.1.3. Grijze literatuur……6
2.2. Literatuurstudie……7
2.2.1. Prevalentie, oorzaken en gevolgen van psychische morbiditeit bij artsen……7
2.2.2. Interventies bij artsen met verminderd psychosociaal welbevinden……9
2.2.3. Interventies in België……12
3. Studiedesign en methode……14
3.1. Studiegroep……14
3.2. Dataverzameling……14
3.3. Verwerking verzamelde gegevens……16
4. Resultaten……17
4.1. Demografische gegevens aanmeldingen……17
4.2. Papieren en online vragenlijsten……18
4.3. Ervaring en evolutie gedurende trajectbegeleiding……19
4.3.1. Beschrijving vragenlijst niet-doorstromers……19
4.3.2. Beschrijving vragenlijst bij start van begeleiding (T0) ……19
4.3.3. Beschrijving vragenlijst twee maanden na start van begeleiding (T2) ……20
4.3.4. Beschrijving vierdimensionale klachtenlijst……22
4.3.5. Beschrijving vragenlijst coach……25
4.3.6. Beschrijving vragenlijst 12 maanden na start van begeleiding (T12) ……26
5. Discussie……28
5.1. Literatuurstudie……28
5.2. Niet-doorstromers en doorstromers……28
5.3. Papieren versus online vragenlijsten……29
5.4. Resultaten vragenlijsten……31
6. Conclusie……33
7. Dankwoord……33
8. Bronnenlijst……34
9. Bijlagen……38

1. Inleiding en doelstelling

Artsen blijken een relatief hoge prevalentie van verminderd psychosociaal welbevinden te hebben (1,2). De hoge werkdruk, hoog aantal gepresteerde uren per week, de grote verantwoordelijkheid, toegenomen administratieve vereisten en onvoldoende zelfzorg kunnen emotionele uitputting, depersonalisatie en een tekort aan persoonlijke voldoening in de hand werken (3). Naast burn-out, komen ook depressie en suïcidaliteit in hogere mate voor bij artsen dan bij andere groepen met een academische graad (4,5). Men heeft reeds aangetoond dat dit kwalijke gevolgen kan hebben voor de gezondheidszorg (6). Artsen met distress maken vaker medische fouten (7,8), hebben risicovollere voorschrijfprofielen (9) en tonen minder empathie (10).

Artsen leveren een grote inspanning om een betere levenskwaliteit te voorzien voor hun medemens, blijkbaar in een belangrijke mate ten koste van hun eigen quality of life. Zij nemen tevens niet gauw een patiëntenrol aan en zijn erg terughoudend in het zoeken naar hulp (11). Verdienen zij nochtans eveneens niet het welzijn dat ze hun patiënten willen doen bereiken?

Er werden reeds verscheidene initiatieven georganiseerd om artsen te begeleiden in het terug nastreven van jobvoldoening en gelukkig zijn. Een gekend interventieprogramma is het Noorse Villa Sana waarbij artsen therapeutische counseling krijgen (12). Hiermee behaalden zij tot minstens drie jaar na de interventie een significante afname van emotionele uitputting, werkstress en emotiegerichte coping (13). In andere studies werd aangetoond dat ook mindfulness trainingen (14–18), fysieke oefeningen (19), online interventies zonder therapeut (20,21) en organisatorische interventies (22–24) mogelijks een positieve invloed hebben op de afname van psychische morbiditeit.

De meerderheid van de onderzoeken betreft echter een interventie op korte termijn en bij een kleine groep artsen. Door het evalueren van Doctors4Doctors (D4D) wordt er in dit onderzoek getracht na te gaan, aan de hand van vragenlijsten, wat het effect is van de aangeboden begeleiding op twee en 12 maanden na start van begeleiding. Bijkomend wordt er ook nagegaan wat het bereik is van D4D, wat de mate van tevredenheid over het initiatief is en wat de drempels zijn om door te stromen naar begeleiding. Aangezien dit onderzoek een voortzetting is van het onderzoek van dr. Eline Van Tilburgh, zullen ook haar resultaten geïncludeerd worden waardoor de bestudeerde populatie vergroot. Door de vragenlijsten in dit onderzoek online aan te bieden, tegenover schriftelijk bij dr. Eline Van Tilburgh, kan er nagegaan worden of dit drempelverlagend werkt naar de arts-patiënten toe.

1.1 Doctors4Doctors

D4D wil voor huisartsen en specialisten een laagdrempelig aanspreekpunt zijn in de zorg op vlak van psychologische begeleiding, training van vaardigheden rond afbakening, organisatie en teamwerking. Hierbij ligt de focus van D4D voornamelijk op gezondheidspromotie en attitude, eerder dan op ziektesymptomen. Ook familieleden van artsen en collega's kunnen D4D contacteren. Voor zijn werking kan D4D steunen op een multidisciplinair team van artsen, psychologen, coaches en andere zorgverleners. Al de betrokken hulpverleners garanderen absolute discretie en leven hun beroepsgeheim na. De dienstverlening als aanspreek- en verwijspunt wordt gratis aangeboden. De individuele begeleiding of in groep gebeurt volgens marktconforme prijzen.

De aanmeldingsprocedure is heel eenvoudig. Deze gebeurt hoofdzakelijk via de website (www.doctors4doctors.be). Men wordt hierbij uitgenodigd tot het mailen naar info@doctors4doctors.be of het invullen van een contactformulier. Binnen de 72 uur krijgt men antwoord van een collega-arts. Deze intake-arts neemt contact op met de aanvragende arts, verkent zijn of haar hulpvraag en in overleg wordt gezocht naar het best passende, persoonlijke advies. Elk van deze artsen krijgt een trajectbegeleider, namelijk een buddy die het traject mee volgt zonder zelf de begeleiding te doen.
De hulp aan de aanvragende arts wordt gefaciliteerd binnen een kader dat uit drie niveaus bestaat. Het eerste niveau zijn de co-artsen: Collega's opgeleid in het verkennen van de mogelijkheden voor ondersteuning of deskundige hulp. Daar waar nodig sturen zij, eventueel via D4D, door naar het tweede niveau: Het professionele netwerk met ambulante begeleiding. Dit multidisciplinaire netwerk bestaat uit psychiaters, artsen met specifieke deskundigheid, psychologen en coaches. Dit netwerk kan zelf ook beroep doen op een buitencirkel van experten (zoals voor specifieke juridische, financiële, fiscale vragen of specifieke teambegeleiding…). Het derde niveau betreft een opname. In dit geval kan via psychiatrische counseling een verblijf in een gespecialiseerde, discrete plek aangeboden worden.

1.2 Onderzoeksvragen

De concrete onderzoeksvragen voor dit thesisonderzoek waren:

Literatuuronderzoek:

- Is er een hogere graad van psychische morbiditeit bij artsen dan bij andere beroepsgroepen?
- Welke mogelijke interventies, die gericht zijn op artsen met verminderd psychosociaal welbevinden, werden reeds onderzocht?

Veldonderzoek:

- Wat is het bereik van Doctors4Doctors?
- Welke doelgroep komt voornamelijk terecht bij Doctors4Doctors en wat zijn de karakteristieken van deze groep?
- Wat is de evolutie in psychosociaal welbevinden na minstens 2 maanden begeleiding?
- Wat is er veranderd voor de begeleide artsen 12 maanden na start van begeleiding?
- Hoe tevreden zijn de arts-deelnemers over Doctors4Doctors?
- Wat zijn de drempels die de artsen ervaren die zich wel aanmelden bij Doctors4Doctors maar niet doorstromen naar begeleiding?
- Heeft het aanbieden van de vragenlijsten via een online platform een drempelverlagend effect tegenover het schriftelijk aanbieden?

2. Literatuuronderzoek

2.1 Zoekstrategie

2.1.1 PICO

- **P:** Physician, general practitioner, doctor, resident, fellow, health care professional
- **I:** Intervention, coping strategies
- **C:** No intervention
- **O:** Burnout, distress, stress, emotional stress, barriers, health, well-being, quality of life, coping strategies, job satisfaction

2.1.2 Databank

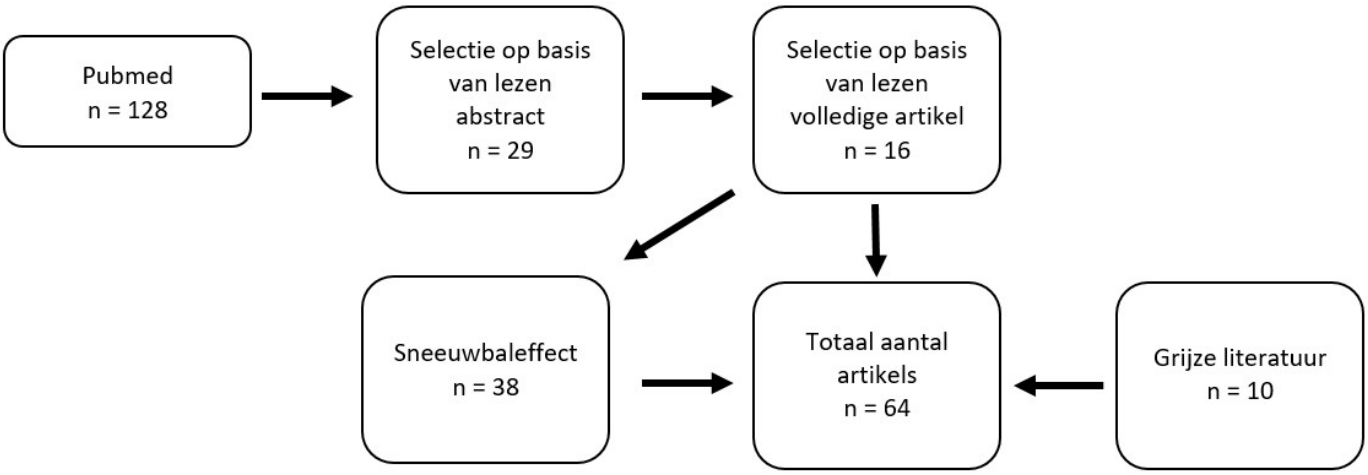
- Pubmed
- Zoekterm: physician AND intervention AND (distress OR burnout)
- Filters: 'Free full text' en 'Species: Humans'
- Results: 128

Bij deze 128 teksten werd telkens op basis van het abstract geconcludeerd of de studie nuttig is voor dit thesisonderzoek of niet. Het inclusiecriterium was dat het onderzoek een interventie moest beschrijven bij artsen, artsen in opleiding of geneeskundestudenten met als doel een positieve invloed hebben op hun psychosociaal welbevinden. Aan de hand van het sneeuwbaleffect werden er nog veel meer studies gevonden en geïncludeerd.

2.1.3 Grijze literatuur

In de wetenschappelijke literatuur werden geen Belgische onderzoeken teruggevonden. Voor de situatie in België werd gekeken naar de masterproeven van de Vlaamse huisartsen in opleiding (HAIO) die van toepassing zijn op dit onderzoek. Er werd recent ook een artikel over de barrières tot gezondheidszorg bij artsen gepubliceerd in Huisarts Nu. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg formuleerde op basis van de wetenschappelijke literatuur, getoetst aan ervaringen op het terrein in binnen- en buitenland, aanbevelingen voor de preventie en aanpak van burn-out bij huisartsen. Ook de Orde der Artsen is zich recent gaan toespitsen op dit gebied en richtte het initiatief 'Arts In Nood' op. Tenslotte komt ook de focus van deze masterproef, Doctors4Doctors, aan bod.

Het verloop van de literatuurzoektocht wordt beschreven in figuur 1.



Figuur 1: Flowdiagram verloop literatuuronderzoek

2.2 Literatuurstudie

2.2.1 Prevalentie, oorzaken en gevolgen van psychische morbiditeit bij artsen

In de gezondheidszorg is er een ernstige bezorgdheid omtrent de kwaliteit van de zorg die voorzien wordt aan de bevolking en de mensen hun mate van tevredenheid, terwijl er minder aandacht wordt besteed aan de werk gerelateerde gezondheid van de professionals (25). Artsen hebben nochtans een relatief hoge prevalentie van **depressie** en **hogere zelfmoordcijfers** in vergelijking met andere groepen met een academische graad (4,5,26–28).

Shanafelt et al (2012) liet een populatie Amerikaanse artsen de Maslach Burnout Inventory invullen en concludeerden dat bijna de helft van deze artsen symptomen vertoonden van burn-out (1). In deze studie werd eveneens geconcludeerd dat de artsen werkzaam in de frontlinie van de gezondheidszorg (huisartsen, spoedartsen en algemeen internisten) de hoogste prevalentie hadden van burn-out (1). **Een op drie** Amerikaanse artsen zou in de loop van zijn carrière **burn-out** ervaren (2). De studie van de European General Practice Research Network Burnout Study Group, dewelke 1393 huisartsen in 12 Europese landen includeerde, toonde aan dat gemiddeld 43% een hoge score behaalde op vlak van emotionele uitputting, 35% bij depersonalisatie en 32% bij lage persoonlijke voldoening (29). 12% van de deelnemers scoorde erg hoog op de drie dimensies (29). Volgens Maslach et al. heeft burn-out drie dimensies: **Emotionele uitputting, depersonalisatie en tekort aan persoonlijke voldoening** (30,31). Meestal is een langdurige blootstelling aan stress de belangrijkste oorzaak van emotionele uitputting en dit kan verminderd enthousiasme op het werk en gevoelens van hulpeloosheid in de hand werken. Depersonalisatie doet zich voor wanneer artsen patiënten onverschillig behandelen, hen zich als object voorstellen in plaats van als persoon en een negatieve attitude ontwikkelen tegenover hun collega's en beroep. Inefficiëntie en het gebrek aan een gevoel van succesvol zijn, wordt gekenmerkt door zich distantiëren van verantwoordelijkheden en zich onttrekken van zijn werk (30,31).
Lage werkvoldoening, intentie hebben om van job te veranderen, alcoholmisbruik, roken, gebruik van psychotrope medicatie, arbeidsongeschikt zijn, jongere leeftijd, mannelijk geslacht en type van werk waren geassocieerd met meer uitgesproken burn-out (29). Burn-out kan ook reeds **vroeg in de carrière van artsen** teruggevonden worden, de studie van Dyrbye et al (2010) geeft namelijk aan dat de prevalentie van burn-out bij Amerikaanse studenten geneeskunde, verspreid over zeven scholen, 52.8% bedraagt, gemeten aan de hand van de Maslach Burnout Inventory (32). De prevalentie van burn-out bij Amerikaanse assistenten varieert van 40 tot 76% bij assistenten interne geneeskunde en pediatrie (33–35). In de studie van Elmore et al (2016) bij Amerikaanse assistenten chirurgie scoorde 57% erg hoog op vlak van emotionele uitputting, 50% had depersonalisatie en 16% ervaarde een erg lage persoonlijke voldoening (36). In hun onderzoek scoorde 69% van de assistenten chirurgie hoog genoeg op een van de drie vlakken om te kunnen spreken van burn-out, 10% haalde deze drempel op de drie dimensies tezamen (36).

Studies toonden aan dat het voorzien van **eerstelijnszorg alsmaar complexer** wordt (3). De nood aan frequent verscheidene klachten moeten aanpakken bij consultaties, een tekort aan huisartsen, de toenemende werkdruk, een hoog aantal gepresteerde uren per week, de toenemende kosten, inadequaat

vergoede verstrekkingen, toegenomen administratieve vereisten en suboptimale zelfzorg kunnen bijdragen aan professionele burn-out (3).

In de studie van Hu et al (2012) bleek uit vragenlijsten bij 108 Amerikaanse artsen uit de departementen urgentiegeneeskunde, chirurgie en anesthesie dat een grote meerderheid (79%) van de artsen een persoonlijk trauma of ernstig incident met een patiënt had meegemaakt (6). De bereidheid om naar steun te zoeken, situeerde zich op het vlak van wettelijke situaties (72%), betrokkenheid bij medische fouten (67%), slechte ervaringen met patiënten (63%), middelenmisbruik (67%), lichamelijke (62%) of psychische klachten (50%) en conflicten met collega's op het werk (50%). Drempels tot het zoeken van hulp waren gebrek aan tijd (89%), taboe (74%), gebrek aan vertrouwelijkheid (77%) en toegang tot hulp (69%). **Collega-artsen** werden beschouwd als de **meest populaire mogelijke bron van steun** (88%), tegenover het Employee Assistance Program (29%) van het ziekenhuis en psychotherapeuten (48%) (6).

Emotionele distress en minder goed functioneren bij Engelse artsen kan schadelijk zijn voor patiënten, de artsen zelf, hun collega's, medewerkers en families (37,38). Distress bij artsen kan zich manifesteren op verschillende vlakken zoals **stress, depressie, vermoeidheid en weinig jobvoldoening** (2). **Burn-out** blijkt een van de meest voorkomende uitingen van distress, wat bevestigd wordt door de hoge prevalentie ervan bij Amerikaanse artsen (20). Burn-out bij artsen is een niet te onderschatten probleem in de huidige gezondheidzorg en wordt gekarakteriseerd door een verlies een emotionele, mentale en fysieke energie door continue werk gerelateerde stress (15).

Distress bij artsen heeft een negatieve impact op een schaal groter dan het individuele niveau (6). Door de slechte invloed hiervan op iemands prestaties, ondervinden ook de patiënten hier nadelen van (6). Artsen met distress maken meer medische fouten (7,8,39,40), hebben risicovollere voorschrijfprofielen (9) en tonen minder empathie (10). Hun patiënten zijn minder tevreden (41), minder compliant (42) en zullen vaker artsen aanklagen (6). Deze artsen hebben de neiging om te veranderen van specialisatie en/of praktijk (43), hun werkuren te verminderen (43,44) en de patiëntenzorg volledig te verlaten (44,45) wat grote **gevolgen** heeft **voor** onze **gezondheidszorg**.

Terwijl al de hierboven beschreven vaststellingen zouden moeten leiden naar vroegtijdig hulp zoeken, lijken Noorse en Finse artsen in mindere mate naar hulp te zoeken en ook in een verder gevorderd stadium van psychisch verminderd welbevinden dan bij andere groepen (46,47). Noorse artsen nemen **niet gauw** een **patiëntenrol** aan en zijn geneigd om het zoeken naar hulp uit te stellen terwijl ze voor zichzelf en voor anderen proberen te verstoppen dat ze erg ziek zijn (11). Voornamelijk wat betreft psychische problemen blijken Engelse en Australische artsen geneigd te zijn tot terughoudendheid, schamen ze zich om hulp te zoeken en maken ze zich zorgen om het **gebrek aan vertrouwelijkheid** (38,48).

2.2.2 Interventies bij artsen met verminderd psychosociaal welbevinden

Er is reeds uitgebreid onderzoek uitgevoerd naar de prevalentie en oorzakelijke factoren van burn-out bij artsen. Er is echter ook nood aan het bestuderen van **interventies voor het voorkomen en verminderen van distress bij artsen** en hun langetermijngevolgen om het effect ervan op coping en werkstress na te gaan. Een gekend interventieprogramma is het Noorse **Villa Sana**. Villa Sana biedt twee types interventies voor artsen aan. Het ene is een enkele dag **begeleiding bij** een **raadgever** om de leefsituatie van de arts te bespreken en om suggesties te doen om om te gaan met deze situatie. Het andere betreft **groepsessies** met andere artsen gedurende een week met dagelijkse **lezingen** en gesprekken in groep, **fysieke activiteit** en 1 individuele begeleidingssessie (12). Er is geen doorverwijzing nodig, artsen kunnen op eigen initiatief en laagdrempelig deelnemen aan de interventie. Rø et al (2007) hebben geconcludeerd dat deze interventie heel waarschijnlijk succesvol artsen met verminderd psychisch welbevinden bereikt (12). Rø et al (2010) hebben een groep artsen die deelgenomen hebben aan deze interventie gedurende enkele jaren opgevolgd (13). Aan de hand van vragenlijsten voor de start van begeleiding, een jaar en drie jaar na begeleiding, concludeerden zij dat een jaar na begeleiding de **emotionele uitputting, werkstress en emotiegerichte coping** (bv. zelfverwijtend zijn) **significant afgenomen** waren. Deze afname werd behouden na drie jaar. Het aantal weken ziekteverlof per jaar en het aantal werkuren per week bleek afgenomen drie jaar na interventie. In deze studie werd ook aangetoond dat een vermindering van werkstress en emotiegerichte coping na een interventie, een daling van emotionele uitputting voorafgaan. Er werd na drie jaar ook een significante afname van emotionele instabiliteit vastgesteld (13). **Balint sessies** zijn groepssessies waarbij artsen regelmatig in een **groep** met een psychotherapeut samenkomen om te praten over ervaringen met patiënten die hen op persoonlijk vlak geraakt hebben (49). Zij worden hierbij ook getraind op het toepassen van een patiëntgerichte aanpak met extra focus op arts-patiëntrelaties. Deze sessies zouden **stress verminderend** zijn en kunnen bijdragen aan het voorkomen van burn-out en empathiemoeheid (49). Dit werd bevestigd in een kleine studie waarbij negen Zweedse huisartsen die drie tot 15 jaar Balint sessies gevolgd hadden, geïnterviewd werden (50).

Gardiner et al (2004) bestudeerden het effect van een **15 uur durende stress management training** bij 85 Australische huisartsen en vergeleek dit met een controlegroep van 25 artsen die geen interventie onderging (51). Deze programma's focusten zich op stressreacties, psycho-educatie, relaxatietechnieken en cognitieve interventies. De werk gerelateerde stress van de deelnemers in de interventiegroep nam significant af, terwijl hun algemene welzijn en quality of life toenamen gedurende een periode van minstens 12 weken na het begin van de cursus (51).

In de studie van Mache et al (2015) werden 82 jonge Duitse artsen onderverdeeld in een interventiegroep en een controlegroep (52). De interventie bestond uit een **drie maanden** durende **training** op het ontwikkelen van meer **veerkracht**, gecombineerd met **cognitieve gedragstherapie** en oefenen in **oplossingsgericht werken** in groepen van maximum 12 deelnemers. Men liet de controle- en interventiegroep een online vragenlijst invullen net voor de start van de trainingen, op tijdstip drie maanden en op zes maanden. Er werd tot zes maanden na afronden van de training een significante verbetering vastgesteld op vlak van veerkracht, zelfwerkzaamheid, optimisme en waargenomen stress in de interventiegroep (52).

Er werden meerdere interventies onderzocht die **mindfulness** geïmplementeerd hebben. Mindfulness wordt gedefinieerd als leven van moment naar moment met een niet-oordelend bewustzijn (3). Om goede patiëntgerichte zorg te voorzien, moeten artsen en hun medewerkers volledig aanwezig en flexibel zijn en hun eigen patronen en overtuigingen kennen. Dit kan verder ontwikkeld worden aan de hand van mindfulness (3). Mindfulness stimuleert ook helder denken, kalmte, medeleven en openhartigheid (53). Een studie toonde aan dat een mindfulness opleiding, die mindfulness meditatie en discussies bevatte, gedurende 12 maanden het gemoed en de emotionele stabiliteit van Amerikaanse eerstelijnsartsen verbetert met een positieve invloed op burn-out (14). Deze studie was echter geen gerandomiseerde trial en mogelijks namen enkel heel gemotiveerde artsen deel (14). Dit werd bevestigd in de studie van Fortney et al (2013) waarin werd nagegaan of een 18 uur durende mindfulness interventie bij een kleine groep van 30 Amerikaanse artsen en medewerkers uit de eerstelijnszorg een positief effect heeft op hun jobvoldoening, quality of life en empathie (15). Aan de hand van online vragenlijsten werd geconcludeerd dat er een vermindering was op vlak van burn-out, depressie, angst en stress. In deze studie werd aangetoond dat zelfs een korte, tijdsefficiënte en goedkope mindfulness training in groep een positief effect van tenminste negen maanden teweeg kan brengen op artsen (15). Shapiro et al (2005) bevestigden dat een acht weken durende mindfulness training mogelijks effectief is in het doen afnemen van stress en doen toenemen van de quality of life bij Amerikaanse professionals uit de gezondheidszorg (16). In de studie van Siedsma et al (2015) nam een groep Amerikaanse artsen gedurende negen maanden deel aan 19 tweewekelijkse bijeenkomsten in kleine discussiegroepen waarbij er aandacht was voor mindfulness, reflecteren over en delen van ervaringen (17). De groep die deelnam aan de interventie werd vergeleken met een groep die tweewekelijks een uur tijd voor zichzelf betaald kreeg. Bij de interventiegroep werd er een toename van werkenthousiasme en een vermindering in depersonalisatie vastgesteld tot 12 maanden na de interventie (17).

Ook **fysieke oefeningen** kunnen mogelijks een positief effect hebben op gevoelens van distress. In de studie van Weight et al (2013) namen 245 Amerikaanse assistenten en fellows deel aan een fysiek oefenprogramma gedurende 12 weken (19). De artsen werden hierbij gestimuleerd, aan de hand van beloningen, om wekelijks te gaan fitnessen. Aan de hand van vragenlijsten werd deze groep vergeleken met artsen die niet deelnamen aan het oefenprogramma. Men concludeerde dat de artsen uit de interventiegroep na de trainingen een significant hogere score behaalden op vlak van quality of life. De oefeningen bleken ook een niet-significante afname van burn-out teweeg te brengen (19).

Er zijn ook reeds studies uitgevoerd met **online interventies** zonder individueel contact. In de studie van Shanafelt et al (2014) namen 1150 Amerikaanse chirurgen deel aan een interactieve, geïndividualiseerde, online interventie (20). Deze elektronische interventie evalueerde eerst aan de hand van vragenlijsten hun subjectief welzijn en gevoel van stress in vergelijking met hun collega's. Daarna ontvingen zij objectieve feedback omtrent hun mate van distress in vergelijking met die van artsen nationaal. Uit de resultaten bleek dat de meerderheid van de chirurgen hun distress niet goed kan inschatten. De meesten schatten hun welzijn hoger in dan hun objectieve score op de test. Mogelijk ervaren artsen hun distress als een normaal onderdeel van hun beroep en het is mogelijk dat ze hun ervaringen voornamelijk delen

met de kleine omgeving van collega's waarmee ze nauw samenwerken en die frequent gelijkaardige stress ondergaat. Dit is mogelijk een belangrijke drempel voor artsen om hun eigen gezondheid en welzijn te bevorderen. Bijna de helft van de chirurgen heeft na feedback aangegeven dat hij of zij iets zal ondernemen op vlak van burn-out reductie, vermoeidheid verminderen, werk-privé balans beteren en meer voldoening halen uit het beroep. Deze studie toonde dus aan dat deze interventie met specifieke feedback artsen kan motiveren om van de precontemplatie- naar de contemplatiefase te gaan om veranderingen teweeg te brengen die persoonlijk welzijn bevorderen (20). In de studie van Holt et al (2006) werd via een vragenlijst via e-mail een groep van 233 Australische huisartsen geselecteerd die hierop een score hadden die indicatief was voor psychologische distress. (21). De huisartsen werden onderverdeeld in een interventiegroep en een controlegroep. De interventiegroep kreeg een nieuwe e-mail toegestuurd met daarin feedback op hun score op de eerder aangeboden vragenlijst, samen met een zelfhulpmateriaal. Aan de hand van dezelfde vragenlijst (General Health Questionnaire 12) werd na drie maanden geëvalueerd of er een vermindering was van psychische distress. Men concludeerde dat gemailde interventies een kosteneffectieve manier zijn om huisartsen met distress te bereiken en mogelijks bijdragen aan de afname van psychische morbiditeit (21).

Een review toonde aan dat individuele interventies gunstig zijn voor het doen afnemen van burn-out op korte termijn (zes maanden of minder), terwijl een **combinatie van persoonlijke en organisatorische interventies** een langer durend effect hebben (12 maanden en meer) (22). Het is zelfs gebleken dat, volgens de systematische review en meta-analyse van Panagioti et al (2017), organisatorische interventies mogelijks meer effect hebben op burn-out dan artsgerichte interventies (23). Linzer et al (2015) hebben zich voornamelijk toegespitst op de rol van werkomstandigheden bij artsen en medewerkers uit de eerstelijnszorg (24). Er werden tijdelijk extra praktijkmedewerkers aangenomen, de consultatietijd werd verlengd van 15 naar 20 minuten, er werd een telefoonlijn ingevoerd voor het aanvragen voor voorschriften en er werden groepsgesprekken georganiseerd betreffende zaken die mislopen in de samenwerking. Er werd hierbij aangetoond dat deze interventies een positief effect hadden op gevoelens van burn-out, de algemene voldoening die men put uit zijn professioneel werk en de intentie om ergens anders te gaan werken (24).

Een recente **Cochrane review**, gepubliceerd in 2016, evalueerde de bestaande literatuur met focus op het voorkomen van werkstress bij professionals uit de gezondheidszorg aan de hand van werk- en persoonsgerichte interventies in vergelijking met geen of alternatieve interventies (54). De auteurs concludeerden dat er laagkwalitatief bewijs is dat stressvermindering aan de hand van cognitieve gedragstherapie en mentale en fysieke relaxatie meer effect heeft dan geen interventie, maar niet meer dan alternatieve interventies. Op organisatorisch niveau werd er enkel laagkwalitatief bewijs gevonden voor het stress reducerende effect van het aanpassen van werkschema's (bv. van continu werken naar niet werken in de weekends). Andere organisatorische interventies bleken geen invloed te hebben op stressniveaus. Men concludeerde dat er meer **gerandomiseerde onderzoeken met controlegroep** nodig zijn met minstens **120 deelnemers** waarbij interventies met placebo-achtige interventies vergeleken moeten worden (54).

2.2.3 Interventies in België

Heden ten dage is er weinig wetenschappelijke literatuur terug te vinden over verminderd psychosociaal welbevinden bij **Belgische artsen** en interventies om dit aan te pakken. Dr. Atrtchine-Kachi Zahra (2016) toonde in haar masterproef aan de hand van vragenlijsten bij HAIO's aan dat van de 131 respondenten **29,8%** een **groot risico op burn-out** had (55). 8,1% van de HAIO's vertoonde klinische tekenen van burn-out, 13,7% van de HAIO's was depressief en 27,3% voelde zich zenuwachtig of angstig. 16% heeft er ooit aan gedacht om met geneeskunde te stoppen of van richting te veranderen (55). In het thesisonderzoek van dr. Helena Claes (2014) werd aangetoond aan de hand van vragenlijsten bij 57 huisartsen uit Vlaams-Brabant dat bij iets meer dan **10% depressieve gevoelens en interesseverlies** voorkomt (56). Er werd wel vastgesteld dat de respondenten, op hun alcoholgebruik na, een gezondere levensstijl hadden dan de gemiddelde populatie in België (56). Het voorgaande wordt tegengesproken door de eerdere masterproef van dr. Carole Bogaerts (2012) (57). Zij stelde vast aan de hand van een online vragenlijst bij 186 jonge Vlaamse huisartsen dat men subjectief een goed algemeen welbevinden ervaart (57). Ook in het onderzoek van dr. Saartje Jooris (2015) bleek aan de hand van een vragenlijst bij 200 huisartsen en specialisten dat drie vierde van de deelnemers zijn of haar fysiek en psychisch welzijn als 'goed' tot 'zeer goed' inschat (58).

Er werd ook onderzoek gedaan naar de **barrières tot gezondheidszorg** die artsen zelf ervaren. Uit het onderzoek van dr. Femke Delporte et al (2017) bleek dat slechts **42%** van de Vlaamse huisartsen een **eigen huisarts** heeft (59). Tevreden zijn met zelfbehandeling, tijdsgebrek en het minimaliseren van eigen ziekte bleken de belangrijkste barrières tot het consulteren van de eigen huisarts (59).

Dr. Kathleen Dewaele (2015) heeft in haar masterproef het effect van een verkorte **mindfulness interventie** (vier sessies op vijf weken) bij 13 Vlaamse huisartsen en huisartsen in opleiding onderzocht en evalueerde het effect hiervan aan de hand van vragenlijsten (18). Dezelfde vragenlijsten werden ingevuld door een andere groep bestaande uit 176 Vlaamse huisartsen en HAIO's. Er werd na de interventie een daling van de te vergaande toewijding aan het beroep vastgesteld in de interventiegroep. In mindere mate werd een verbetering in stress-scores gevonden (18). In het onderzoek van Bragard et al (2010) namen 96 Luikse assistenten deel aan een **training op communicatie- en stress management vaardigheden** in kleine groepen aan de hand van theoretische lessen, rollenspellen, aanleren van relaxatietechnieken en training in time management (60). Aan de hand van vragenlijsten werd aangetoond dat de deelnemers op vlak van communicatie meer in zichzelf geloofden en minder stress hadden bij moeilijke gesprekken. De interventie had geen invloed op symptomen van burn-out (60).

In 2014 werd door de Oost-Vlaamse tak van de Orde der Artsen het initiatief **'Arts in Nood'** gestart (61). Het doel van dit project is om de drempel te verlagen voor artsen bij het vragen naar concrete hulp als ze geconfronteerd worden met persoonlijke, psychische problemen. Via een gratis nummer kunnen artsen, artsen in opleiding, bezorgde collega's of een familielid van een arts dit hulpplatform contacteren in discretie en vertrouwen. De hulpzoekende arts komt zo terecht bij de projectcoördinator die na analyse van de hulpvraag de arts doorverwijst naar een vertrouwenspersoon. Deze vertrouwensarts bekommert

zich om de betrokken arts en probeert hem te begeleiden naar een structurele oplossing. Hij of zij kan hem indien nodig naar andere professionele hulpverleners doorverwijzen (61).

De Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie stelt dat er een toenemende malaise is bij huisartsen, dat het thema burn-out alsmaar grotere zorgen baart en dat dit een onrechtstreekse maar negatieve impact heeft op de gezondheid van patiënten (62). Bijgevolg stelde zij in 2007 een project voor aan het RIZIV: Het oprichten van 'The Institute of Professional Health in Belgium'. Dit concept biedt een platform voor een zorgaanbod voor artsen in nood, preventie van burn-out en heeft aandacht voor zelfzorg (62). In 2010 bleek dat het RIZIV hier niet op inging maar het gaf wel de opdracht aan het **Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg** om aanbevelingen voor de preventie en aanpak van burn-out bij huisartsen te formuleren (62,63). Deze kwamen tot stand aan de hand van een uitgebreid systematisch literatuuronderzoek en kwalitatief onderzoek door middel van interviews bij 40 Belgische huisartsen die een burn-out hadden of hebben doorgemaakt. **14 aanbevelingsfiches** werden op basis hiervan uitgewerkt. Deze situeren zich op het niveau van de huisarts zelf, op het stimuleren van intervisie en op aanpassingssuggesties op beleidsniveau voor de overheid (63). Er werd een Koepel opgericht waarin de verschillende actoren in de gezondheidszorg de uitwerking van deze 14 aanbevelingen actief mee vorm zullen geven (62).

Rond de periode dat het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg zijn aanbevelingen uitschreef, besloten in 2011 vier hulpverleners (een psychiater, huisarts, psycholoog en coach) om een denktank rond **Doctors4Doctors** (D4D) op te richten (62). Het initiatief ontstond vanuit de acute behoefte van artsen met verminderd psychosociaal welbevinden naar een laagdrempelig aanspreekpunt om tot hulp te komen. In oktober 2011 organiseerden ze een Worldcafé D4D met dertig experten uit het gebied. Enkele maanden later werd het symposium 'Artsen in Nood' door de Koninklijke Artsenvereniging van Antwerpen georganiseerd en werd diezelfde noodkreet naar hulp voor artsen die het nodig hebben opnieuw aangehaald. Vanuit deze nood ontstond de 'vzw Doctors4Doctors' (62).
Dit project werd voor het eerst bestudeerd door dokter Eline Van Tilburgh. Zij stelde vast dat de drie frequentste aanmeldingsklachten bij D4D burn-out, werkgerelateerde klachten anders dan burn-out en middelenmisbruik zijn (64). Er werd minstens twee maanden na start van begeleiding een verbetering gezien op vlak van gevoelens van depressie, angst en somatisatie. In mindere mate werd dit ook vastgesteld bij de algemene distress van de deelnemende artsen. Alle arts-patiënten waren tevreden over de doorverwijzing en begeleiding en er was een goed gevoel van vertrouwelijkheid en discretie (64).

3. Studiedesign en methode

Dit is een beschrijvende prospectieve studie op basis van vragenlijsten.

3.1 Studiegroep

In dit onderzoek worden de artsen bestudeerd die zich aanmelden bij Doctors4Doctors. Deze onderzochte populatie bestaat uit 'niet-doorstromers' en 'doorstromers'. De 'niet-doorstromers' zijn de mensen die Doctors4Doctors via e-mail, telefonisch of op andere wijze contacteren voor hulp of advies maar uiteindelijk zelf niet doorstromen naar begeleiding. De niet-doorstromers zijn vaak artsen, maar kunnen net zo goed familieleden, vrienden of collega's van artsen zijn. Voor de familieleden, vrienden en collega's is het niet mogelijk om door te stromen naar begeleiding via D4D.

De artsen die via D4D begeleiding bij een coach starten, zijn de 'doorstromers'. Bij start van deze begeleiding brengt de coach D4D hiervan op de hoogte. Indien D4D niets ontvangt, contacteert de intake-arts de aanmeldende arts om na te gaan of deze zal doorstromen of niet. Al de doorstomers die de vragenlijsten ingevuld hebben, werden in het onderzoek geïncludeerd. Het is wel zo dat de focus in dit onderzoek ligt op psychosociaal welbevinden. Bijgevolg werden artsen die D4D contacteerden omwille van juridische problematiek niet geïncludeerd. Indien zij doorstroomden naar begeleiding omwille van de psychische weerslag van juridische zaken op hen, werd enkel dit gedeelte wel betrokken in de studie.

Er was voor de onderzoeker geen enkele manier om zelfstandig te achterhalen wie er deelnam aan het onderzoek. Alle deelnemende artsen kregen via D4D een gecodeerd nummer waarbij enkel deze nummers weergegeven om de volledige anonimiteit van de artsen te garanderen.

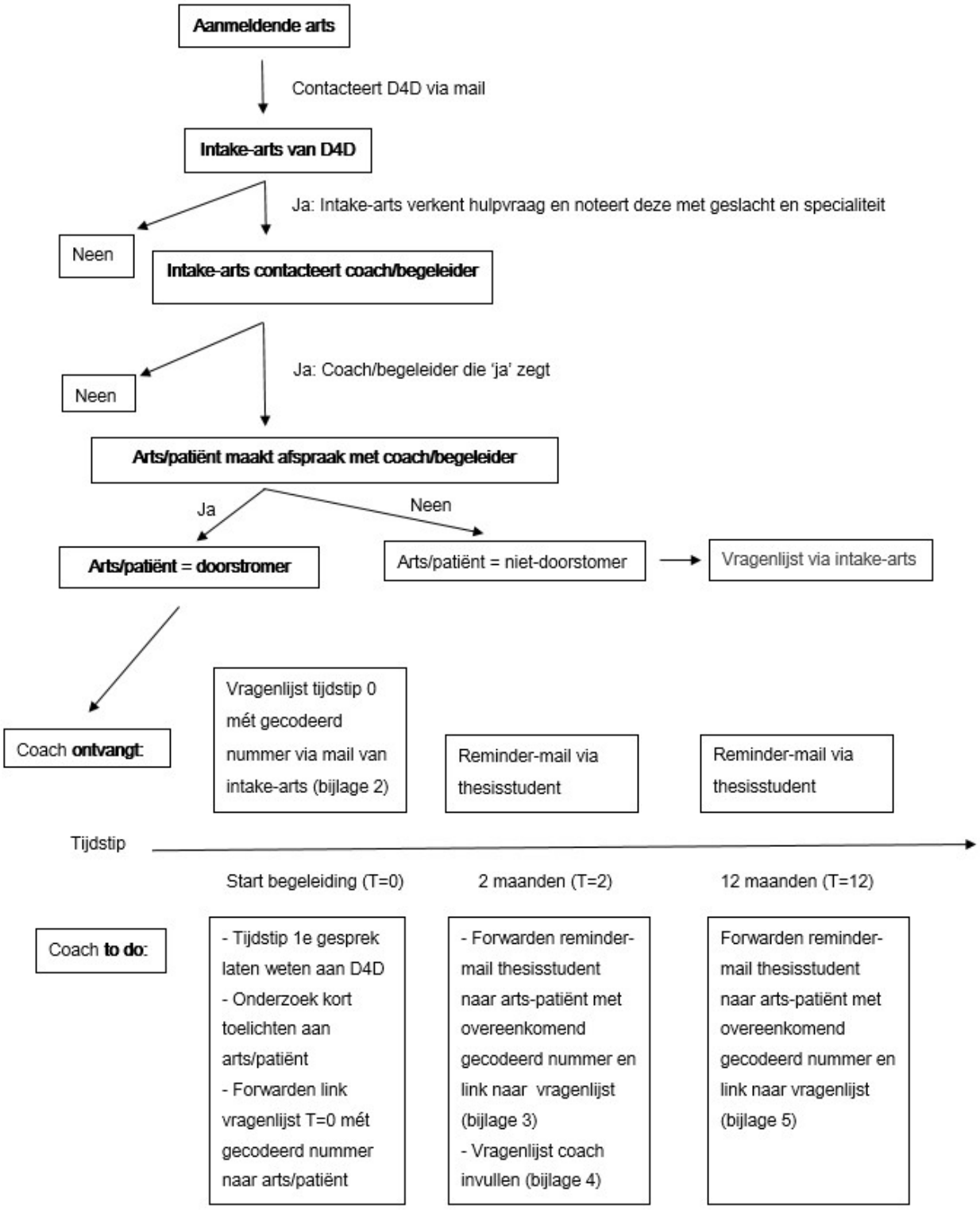
Bij aanvang van begeleiding werd door de coach na de eerste of tweede sessie gevraagd of de arts-patiënt wilt meewerken aan het onderzoek. Indien de arts hier positief op antwoordde, werd de link naar de eerste vragenlijst naar deze arts gemaild. Het informed consent (bijlage 1) werd online via deze link aan de artsen aangeboden. Pas wanneer zij hiermee akkoord gingen, verscheen de vragenlijst.

3.2 Dataverzameling (figuur 2)

Telkens wanneer een persoon D4D contacteert zal de intake-arts van D4D de hulpvraag verkennen. De reden van aanmelding wordt telkens samen met het geslacht en de specialisatie genoteerd. Eenmaal de arts-patiënt wordt doorverwezen naar begeleiding, dient de begeleider de datum van het eerste gesprek aan D4D te laten weten. Indien D4D geen informatie hierover ontvangt, wordt de arts-patiënt gecontacteerd. Zo weet men bij D4D of de arts-patiënt een niet-doorstromer of doorstromer is. Het is voorgekomen dat bepaalde gegevens niet werden geregistreerd en dat men op het moment van schrijven niet op de hoogte was van het al dan niet doorstromen van enkele artsen.

In de vorige studie gebeurde de dataverzameling aan de hand van drie schriftelijke vragenlijsten: Bij start van begeleiding (T = 0) (bijlage 2), twee maanden later (T = 2) (bijlage 3) en een vragenlijst voor de coach op tijdstip 2 maanden (bijlage 4) (64). In het huidige onderzoek werden er ook twee nieuwe vragenlijsten aangeboden: Een voor de doorstromers 12 maanden na start van begeleiding (T = 12) (bijlage 5), om het langetermijneffect van de begeleiding te evalueren, en een voor de niet-doorstromers. Deze laatste was om hun drempels na te gaan maar deze vragenlijst werd geen enkele keer ingevuld en bijgevolg geëxcludeerd uit dit onderzoek.

In dit onderzoek werd aan de oorspronkelijke vragenlijsten een beperkt aantal vragen toegevoegd en werden al de vragenlijsten online aangeboden. Het verloop van de doorstroming en het thesisonderzoek wordt weergegeven in figuur 2.



Figuur 2: Flowchart verloop doorstroming en thesisonderzoek

Aan de vragenlijsten T = 0 en T = 2 werd de vierdimensionale klachtenlijst (4DKL) toegevoegd (bijlage 6). Dit is een gevalideerde tool die psychisch gerelateerde klachten nagaat, ingedeeld in vier dimensies (65). De eerste dimensie 'distress' gaat de spanningstoestand van de patiënt na. Verder worden er ook klachten uit de dimensies 'depressie', 'angst' en 'somatisatie' bevraagd. Vervolgens worden de ingevulde waarden opgeteld. Bij de dimensies distress en somatisatie wordt de score >10 als matig verhoogd en >20 als sterk verhoogd beschouwd. Bij de dimensie depressie wordt een score van >2 als matig verhoogd en >5 als sterk verhoogd beschouwd. Voor de dimensie angst liggen de grenzen voor matig en sterk verhoogde klachten op respectievelijk >7 en >12. Aan de hand van deze vragenlijst wordt geen diagnose gesteld, er wordt gepeild naar veelvoorkomende psychische klachten (65). Op deze manier kan de evolutie van hun klachtenpatroon geobjectiveerd worden.

De vragenlijsten werden, samen met het informed consent, online aangeboden via het programma Qualtrics (https://www.qualtrics.com/). Hierbij werd telkens aan de arts gevraagd om zijn of haar gecodeerd nummer in te vullen zodat de vragenlijsten over de verschillende tijdstippen aan elkaar gelinkt konden worden. Het invullen van de vragenlijsten duurde telkens ongeveer 10 minuten.

Teneinde de coaches goed te informeren over hun mogelijke rol in de dataverzameling, werden zij zowel telefonisch als via e-mail gecontacteerd om alle stappen van het onderzoek uit te leggen en om hun medewerking te vragen. Er hebben bovendien verscheidene opvolggesprekken plaatsgevonden met de medewerkers van Doctors4Doctors en op 23/11/2016 heb ik deelgenomen aan een D4D-intervisie om het thesisonderzoek nogmaals toe te lichten aan de aanwezige coaches. Vanuit deze intervisie is het idee van de flowchart ontstaan.

Voor de dataverzameling werden zowel de door D4D geregistreerde gegevens bij elk nieuw contact (26/12/2013-31/03/2017) en de vragenlijstresultaten van Dr. Van Tilburgh (30/04/2014 tot 31/03/2015), van de periode tussen onze onderzoeken (01/04/2015-19/05/2016) en de resultaten van dit huidige onderzoek (20/05/2016-31/03/2017) gepoold. De vragenlijsten en het protocol (bijlage 7) werden goedgekeurd door de Ethische Commissie op 21/03/2016 (bijlage 8).

3.3 Verwerking verzamelde gegevens

De verzamelde gegevens werden in Microsoft Excel met een beschrijvende analyse verwerkt. De statistische significantie van de evolutie in welbevinden werd bepaald door het toepassen van de Wilcoxon Signed Rank Test en Wilcoxon Rank Sum Test op de resultaten van de 4DKL op tijdstip 0 tegenover tijdstip 2 maanden na start van begeleiding. Met deze test kan er in een studie met kleine steekproefgrootte nagegaan worden of de numerieke waarden van twee niet-normaal verdeelde, gepaarde groepen wel of niet verschillen en of dit verschil significant is.

4. Resultaten

4.1 Demografische gegevens aanmeldingen

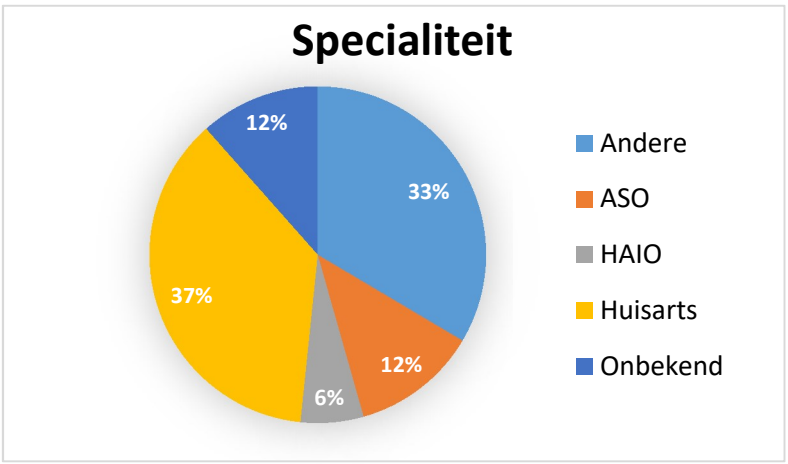
Gedurende de totale periode van de dataverzameling bij aanmelding, 26/12/2013 tot en met 31/03/2017, werd Doctors4Doctors door 189 personen gecontacteerd. Er werden 6 aanmeldingen niet geïncludeerd in het beschrijven van de demografische gegevens. Het ging hierbij om vragen voor voordrachten, een Franse huisarts die belde voor algemene informatie over het project en verscheidene instanties die vroegen of het mogelijk was om Doctors4Doctors uit te breiden naar andere beroepsgroepen. In tabel 1 wordt een onderverdeling gemaakt tussen de niet-doorstromers en doorstromers, rekening houdend met hun geslacht.

	Niet-doorstromers N=30		Doorstromers N=119		Doorstroom onbekend N=34		Totaal N=183	
Geslacht	**Aantal**	**%**	**Aantal**	**%**	**Aantal**	**%**	**Aantal**	**%**
Man	10	34	33	33	6	20	49	31
Vrouw	19	66	67	67	24	80	110	69
Onbekend	1		19		4		24	

Tabel 1: Verdeling niet-doorstromers en doorstromers volgens geslacht, uitgedrukt in absolute waarde en percentage. Voor het berekenen van de percentages werden de onbekende gegevens geëxcludeerd.

Van de 183 personen die geïncludeerd werden, stroomden er minstens 119 door naar begeleiding. Dit is met de gekende gegevens een doorstroompercentage van 65%. De meerderheid van de artsen die zich aanmelden bij D4D zijn vrouwen. Bij zowel de mannen als de vrouwen zijn er ongeveer driemaal zoveel doorstromers als niet-doorstromers.

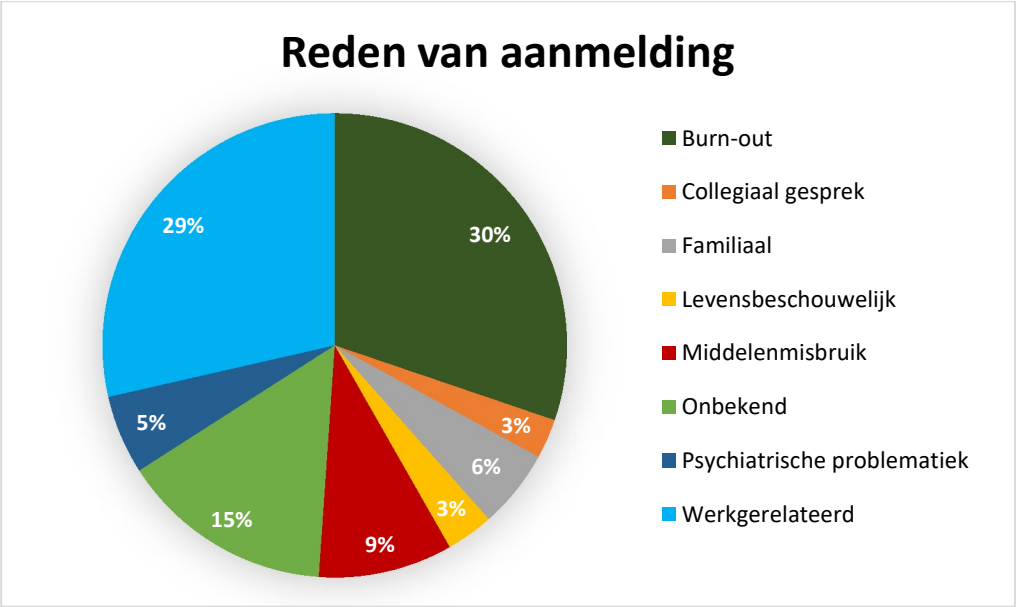
In figuur 3 wordt een verdeling gemaakt van de artsen die D4D gecontacteerd hebben per specialiteit. Deze werd onderverdeeld in vijf mogelijke groepen. De groep 'Andere' omvat alle andere subspecialisaties: Interne geneeskunde, chirurgie, oogheelkunde, dermatologie, pediatrie, psychiatrie, arbeidsgeneeskunde, spoedgeneeskunde, tropische geneeskunde en tandheelkunde. De groep 'Onbekend' duidt op de aanmelders waarvan de specialisatie niet genoteerd werd of niet gekend is.



Figuur 3: Verdeling per specialiteitsgroep

De grootste groep is die van de huisartsen, gevolgd door de andere subspecialisaties. Bij de artsen in opleiding meldden er zich meer ASO's dan HAIO's aan. In elke groep is het aantal vrouwen groter dan het aantal mannen, waarbij het verschil in geslacht het grootste is bij de ASO's (ongeveer 91% vrouwen) en HAIO's (ongeveer 89% vrouwen). Minstens de helft van elke gekende groep stroomde door naar begeleiding. Er bleken geen grote verschillen in de afzonderlijke doorstroompercentages.

Er werd eveneens een verdeling gemaakt van de verschillende redenen van aanmelding in acht categorieën (figuur 4). Onder burn-out vallen gevoelens van overspannenheid, distress of opgebrand zijn. Onder werkgerelateerde problemen verstaan we problemen anders dan burn-out: Pesten op het werk, klachten van patiënten, de Orde of het RIZIV en organisatorische problemen. Levensbeschouwelijke problemen worden vooral gezien als vragen rond de waarde van het leven, wat het leven betekent en hoe het geleefd moet worden. Bij enkelen is de hulpvraag niet gekend en wordt de niet-doorstromer ondergebracht in categorie onbekend.



Figuur 4: Reden van aanmelding

De meest voorkomende redenen voor aanmelding bij Doctors4Doctors bleken burn-out (30%) en werkgerelateerde problematiek (29%). Van elke categorie stroomt minstens de helft van de artsen door. Er bleken geen grote verschillen in de afzonderlijke doorstroompercentages.

4.2 Papieren en online vragenlijsten

De vragenlijsten bij dr. Van Tilburgh (30/04/2014 tot en met 31/03/2015) en van de periode tussen onze onderzoeken (01/04/2015-19/05/2016) werden op papier aangeboden en ingevuld. De vragenlijsten bij mijn onderzoek werden online aangeboden van 20/05/2016 tot en met 31/03/2017. In tabel 2 wordt weergegeven hoeveel vragenlijsten er telkens binnengekomen zijn in de desbetreffende periode. De vragenlijst voor de niet-doorstromers werd geëxcludeerd uit dit onderzoek en werd bijgevolg niet weergegeven in de tabel. De vragenlijst 12 maanden na start van begeleiding werd enkel in dit huidig thesisonderzoek aangeboden.

Periode dataverzameling	Looptijd (maanden)	Aanmeldingen bij D4D	Niet-doorstromers	Doorstromers	Onbekend	T0	T2	Tcoach	T12	Totaal vragenlijsten
Van Tilburgh E. (schriftelijk)	11,0	69	12	57	0	16	14	16	/	46
Tussenperiode (schriftelijk)	13,6	55	13	36	6	10	9	10	/	29
Janssens P. (online)	10,4	59	5	26	28	11	6	8	6	31
Totaal	35	183	30	119	34	37	29	34	6	106

Tabel 2: Aantal arts-patiënten en ingevulde vragenlijsten. Legende: T0 = Vragenlijst bij start van begeleiding. T2 = Vragenlijst 2 maanden na start van begeleiding. Tcoach = Vragenlijst voor coach 2 maanden na start van begeleiding. T12 = Vragenlijst 12 maanden na start van begeleiding.

Omwille van meerdere verschillen tussen de loopperiodes is het moeilijk om conclusies te trekken over welke manier van aanbieden het meest laagdrempelig is. Het is wel zo dat er in de periode van dr. Eline Van Tilburgh in totaal 46 schriftelijke vragenlijsten binnengekomen zijn, in de tussenperiode 29 vragenlijsten en in de periode van dit onderzoek 31 vragenlijsten. Ondanks een nieuwe bijkomende vragenlijst zijn er dus meer schriftelijke vragenlijsten binnengekomen bij dr. Eline Van Tilburgh dan online vragenlijsten tijdens dit onderzoek.

4.3 Ervaring en evolutie gedurende trajectbegeleiding

4.3.1 Beschrijving vragenlijst niet-doorstromers

Het doel van deze vragenlijst was voornamelijk om na te gaan wat de drempels zijn om door te stromen naar begeleiding bij arts-patiënten die contact opnemen met Doctors4Doctors maar vervolgens geen begeleiding starten bij de voorgestelde coach. Helaas werd deze vragenlijst geen enkele keer ingevuld gedurende zijn hele looptijd (20/05/2016-31/03/2017) waardoor er geen te beschrijven resultaten zijn.

4.3.2 Beschrijving vragenlijst bij start van begeleiding (T0)

Gedurende een periode van 35 maanden zijn er 37 vragenlijsten bij start van begeleiding binnengekomen. Deze werd ingevuld door 11 mannelijke en 26 vrouwelijke artsen. Van deze 37 artsen behoorden er 13 tot de groep ‘Andere’, waren er 14 huisartsen, 4 HAIO’s en 6 ASO’s. De gemiddelde leeftijd was 40 jaar (± 11 jaar). De mediaan was eveneens 40 jaar (25-65 jaar). 24 artsen komen uit de provincie Antwerpen en 32 artsen zijn samenwonend of getrouwd.

Het aantal jaren werkzaam als arts is heel variërend. Vijf artsen werken minder dan vijf jaar, drie artsen meer dan 30 jaar en de anderen situeren zich hiertussen. De grote meerderheid, namelijk 29 artsen, werkt in een groepspraktijk of ziekenhuis. De andere artsen werken solo of in duo of combineren solo en ziekenhuis of solo en groepspraktijk. Er zijn zeven artsen die hun job combineren met een extra job.

30 artsen werken minstens 40 uren per week waarvan er zeven minstens 60 uren per week werken. De meerderheid van de artsen heeft de perceptie dat hij of zij voor minder uren vergoed wordt dan hij of zij effectief werkt. Het aantal patiënten per dag is heel variërend tussen minder dan 10 tot 30 patiënten per dag. Drie artsen zien een erg hoog aantal van meer dan 30 patiënten per dag.

De manier waarop de arts-patiënten Doctors4Doctors hebben leren kennen wordt weergegeven in tabel 3. De aantallen komen niet overeen met het totaal aantal arts-patiënten omdat sommigen op meerdere manieren in contact gekomen zijn met D4D.

	Verwezen door			Website		
	Collega	Vriend	Familie	Zelf	Media	Symposium/LOK
Aantal	19	3	3	9	11	6

Tabel 3: Aantal arts-patiënten en hun kennisname van Doctors4Doctors. Legende: LOK = Lokale kwaliteitsgroep

De meerderheid, namelijk 19 arts-patiënten, heeft D4D leren kennen op aanraden van een collega. Ook de website blijkt vlot toegankelijk op eigen initiatief of men heeft er kennis van genomen via de media, symposia of een LOK-vergadering.

Van de 37 vragenlijsten werden de 11 recentste online ingevuld en hieraan werden enkele vragen toegevoegd. Van deze kleine groep artsen werkte er niemand van de specialisten in meerdere ziekenhuizen. Acht van deze 11 artsen bleken een bediendestatuut te hebben. Vijf van hen bleken arbeidsongeschikt te zijn op het moment van invullen en slechts vier van de 11 arts-patiënten hadden een eigen huisarts. Op twee artsen na bleken al deze artsen aan sport te doen tot maximaal drie uren per week. Negen artsen hadden een hobby waarvan er slechts vier meer dan een uur per week hieraan spendeerden. Er wordt dus weinig tijd vrijgemaakt voor hobby's uitgezonderd sporten. Op de vraag wat hen over de drempel getrokken heeft om begeleiding te zoeken, antwoordde men het volgende:

- 'Gemerkt dat ik tegen mijn eigen grenzen begon aan te lopen.'
- 'Door een collega aangemoedigd om in te gaan op het zorgaanbod van D4D.'
- 'Zo snel mogelijk "dealen" met mijn burn-out, het een plaats geven en zo snel mogelijk terug "genezen" en weer aan het werk willen.'
- 'Bij veel psychologen stuitte ik op een wachtrij.'
- 'Niet echt terecht te kunnen bij de collegae, geen huisarts hebbende.'
- 'Het mij niet goed voelen.'

4.3.3 Beschrijving vragenlijst twee maanden na start begeleiding (T2)

In de vragenlijst twee maanden na start van begeleiding wordt voornamelijk gepeild naar de mening van de arts-patiënt over de doorverwijzing en de aangeboden begeleiding. Deze vragenlijst werd ingevuld door 29 arts-patiënten. Sommige hiervan waren op het moment van invullen nog in begeleiding, anderen hadden reeds hun begeleiding afgerond. De gemiddelde tevredenheid van de aangeboden begeleiding heeft een hoge score van 8,6/10. Deze arts-patiënten waren dus erg tevreden over de keuze van coach door de intake-arts van D4D. Over de samenwerking met hun coach waren de arts-patiënten eveneens onverdeeld positief. De samenwerking scoorde namelijk gemiddeld 8,8/10. De verwachtingen naar de begeleiding toe van elk van de 29 arts-patiënten werden ingelost en al deze artsen zouden opnieuw begeleiding volgen via Doctors4Doctors en hadden vertrouwen in de gehanteerde discretie. Voorbeelden van hun verwachtingen waren: Luisterend oor, acceptatie en begrip zonder oordeel, steun krijgen, tips in

verwerking, samen kijken naar wat er misloopt tijdens het werk als arts en in de balans van privé en leven, hoe omgaan met problemen op vlak van contact met collega's en met patiënten.
Enkele voorbeelden van wat de arts-patiënten gewaardeerd hebben aan D4D en de aangeboden begeleiding, zijn:

- 'Discretie en iemand die me verstaat als arts en die onze moeilijkheden begrijpt en aanvoelt.'
- 'De snelle reactie op de mail door middel van persoonlijke telefonische benadering.'
- 'Goede ondersteuning, praktische aanpak van de werksituatie die zowel voor mij als voor mijn werk haalbaar was.'
- 'Het is een snelle, discrete zorgverlening en men begrijpt goed de positie waar u in zit.'
- 'De snelle reactie via mail op mijn aanmelding via de website. De laagdrempeligheid van aanmelden.'
- 'Vriendelijke en betrokken intake-arts, deed erg zijn best om geschikte coach te vinden in de omgeving.'
- 'Werkelijk fantastisch initiatief, zorgt voor veel lagere drempel om hulp te zoeken indien gevoel van "ik heb nood aan ademruimte".'

Op een arts na zou elke arts-patiënt D4D aan collega's aanraden omwille van volgende door hen vernoemde redenen: De adequate hulp, aangepaste zorg, het geeft de mogelijkheid om uit je problemen te geraken, omdat te weinig artsen een eigen huisarts hebben, meer gevoel van begrip en empathie wanneer als arts begeleid worden door een arts, geen onnodig drempelgevoel.
De snelle werking, laagdrempeligheid, als arts begeleid worden door een andere arts, het grote gevoel van begrip en discretie blijken dus heel belangrijke zaken die D4D en zijn deskundig professioneel netwerk als meerwaarde biedt.

Van de 29 ontvangen vragenlijsten op tijdstip twee maanden werden de zes recentste online ingevuld en hieraan werden enkele vragen toegevoegd. Hieruit bleek dat zij allen vonden dat hun reden voor aanmelding voldoende werd behandeld. De vier artsen die thuisgeschreven waren met arbeidsongeschiktheid ervaarden dit allen als zinvol. Geen van de artsen gaf aan dat ze een vervangingspool van artsen nuttig zou vinden voor wanneer een arts tijdelijke werkonderbreking wenst. Bij vier van de artsen waren de collega's op de hoogte van de begeleiding die men volgt, op een arts na kon men rekenen op begrip hiervoor. Op de vraag of men gebaat zou zijn met een vertrouwenspersoon in de directe omgeving, antwoordde een arts dat dit nuttig zou zijn in een ziekenhuis en een andere arts in een huisartsenkring. Drie artsen beschouwen dit als niet nuttig en verkiezen rechtstreeks contact met D4D. De laatste arts had deze vraag niet ingevuld. Vijf van deze zes artsen kennen collega's waarvan zij denken dat zij begeleiding nodig hebben.

Wat er specifiek voldeed aan hun verwachtingen zijn: Het creëren van ruimte om tot zelfinzicht te komen, inzicht krijgen in huidige situatie, luisterbereidheid, voldoende deskundigheid op vlak van burn-outproblematiek, zorgverlening met in het achterhoofd het werk van de patiënt (als arts), snelle intakemogelijkheid en activering van een netwerk, laagdrempeligheid, discretie en het meekrijgen van

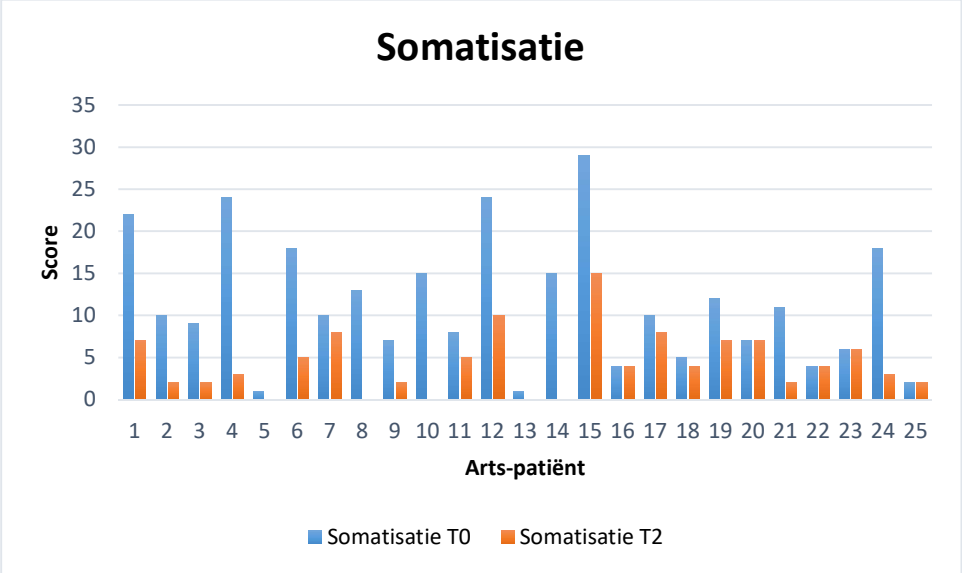
opdrachten. Op de vraag wat er veranderd is na begeleiding, werden onder andere volgende antwoorden verkregen:

- ‘Tot rust gekomen en ik heb geleerd onderscheid te maken tussen wat belangrijk is en wat niet. Ook heb ik geleerd hoe belangrijk de balans draaglast en draagkracht is.’
- ‘Meer aandachtig zijn voor eigen gevoel en innerlijke processen.’
- ‘Leren omgaan met werkdruk en het belang van ontspanning in de vrije tijd.’

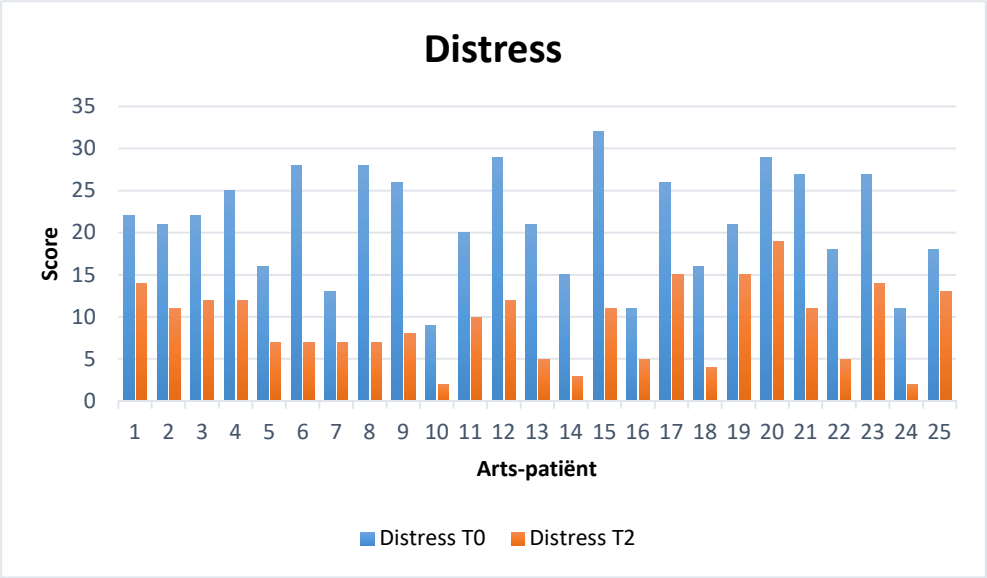
4.3.4 Beschrijving vierdimensionale klachtenlijst

De vierdimensionale klachtenlijst (4DKL) bestaat uit vragen die elk bij een van vier dimensies behoren: Somatisatie, distress, depressie of angst. Door het invullen van de vragenlijst wordt er een score bepaald voor elke dimensie. De doorstromers kregen de 4DKL vragenlijst aangeboden bij de vragenlijst bij start van begeleiding (T0) en de vragenlijst twee maanden later (T2). Sinds de start van de dataverzameling bij dr. Eline Van Tilburgh (30/04/2014) werd T0 37 maal ingevuld, vragenlijst T2 29 maal. Er zijn 25 arts-patiënten die de beide vragenlijsten ingevuld hebben, de overige vragenlijsten werden geëxcludeerd omdat er hierbij geen evolutie gemeten kon worden.

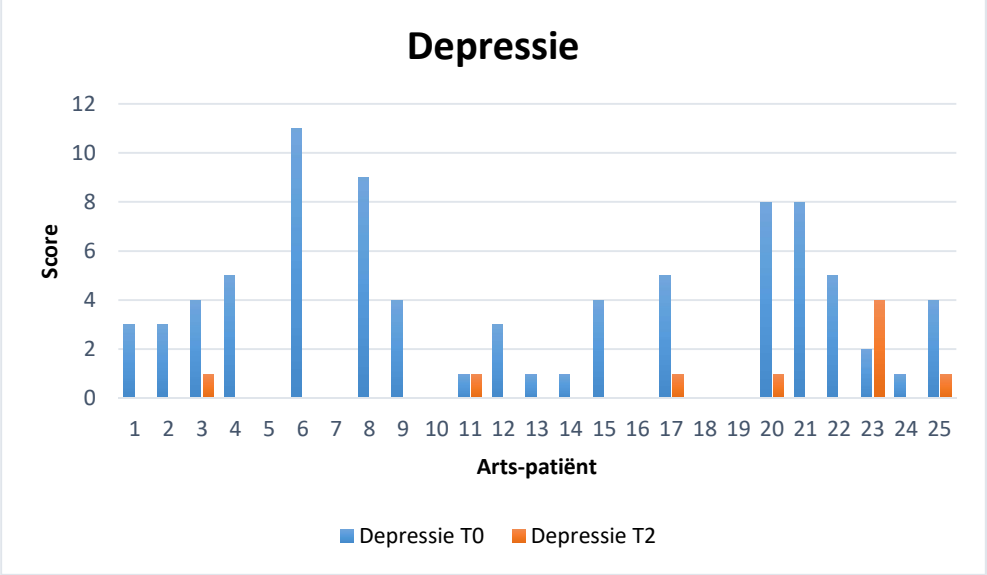
In de onderstaande figuren wordt de afname in score per dimensie en per arts weergegeven. Wanneer er geen score wordt weergegeven bij een bepaalde individuele arts op een bepaald tijdstip, had deze hierbij score 0.



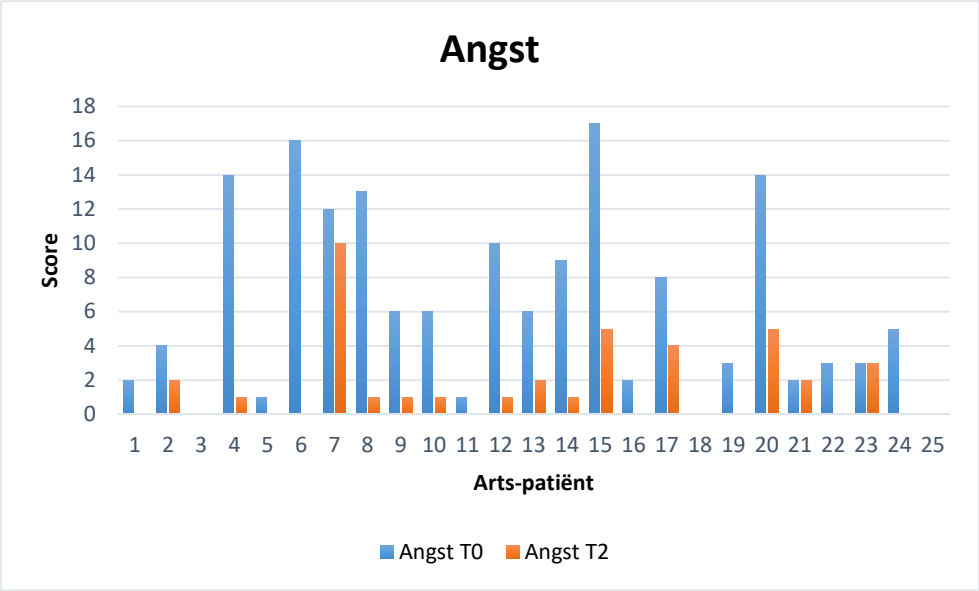
Figuur 5: Afname score per arts bij dimensie somatisatie. Legende: T0 = Vragenlijst bij start van begeleiding. T2 = Vragenlijst 2 maanden na start van begeleiding.



Figuur 6: Afname score per arts bij dimensie distress. Legende: T0 = Vragenlijst bij start van begeleiding. T2 = Vragenlijst 2 maanden na start van begeleiding.



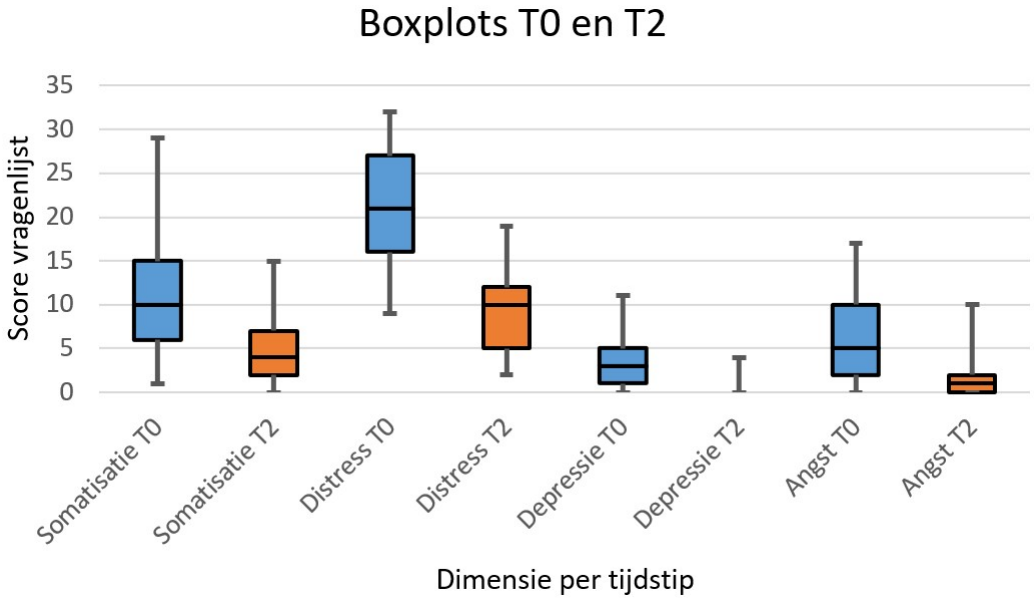
Figuur 7: Afname score per arts bij dimensie depressie. Legende: T0 = Vragenlijst bij start van begeleiding. T2 = Vragenlijst 2 maanden na start van begeleiding.



Figuur 8: Afname score per arts bij dimensie angst. Legende: T0 = Vragenlijst bij start van begeleiding. T2 = Vragenlijst 2 maanden na start van begeleiding.

Op enkele artsen bij de dimensies depressie en angst na, is er telkens sprake van een mogelijke afname van de score voor de desbetreffende dimensie.

Figuur 9 toont de spreiding van de scores van de vragenlijsten met hun mediaan. Dit werd weergegeven per dimensie en per tijdstip.



Figuur 9: Legende: T0 = Vragenlijst bij start van begeleiding. T2 = Vragenlijst 2 maanden na start van begeleiding.

Deze figuur toont een afname van de mediaan en spreiding van de scores op de vier dimensies.

Om na te gaan of de individuele daling in scores significant zijn, werden de Wilcoxon Signed Rank test en Wilcoxon Rank Sum test toegepast op de verzamelde gegevens. De kritische waarde voor een steekproefgrootte van 25 arts-patiënten is 89 (66). De resultaten van deze test worden getoond in tabel 4. De nulhypothese beschrijft dat er geen verschil is tussen de scores bij vragenlijst T0 en vragenlijst T2.

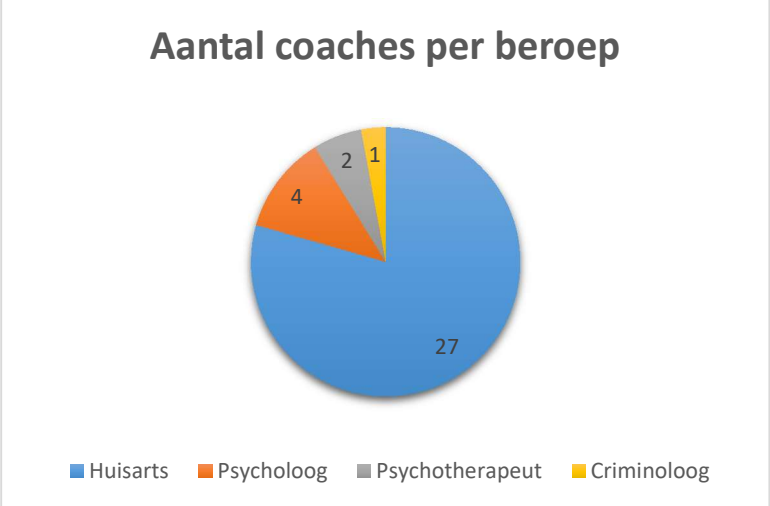
Dimensie	Test statistic	p-waarde
Somatisatie	0	<0,001
Distress	0	<0,001
Depressie	11	<0,001
Angst	0	<0,001

Tabel 4: Test statistic en p-waarde voor de 4 dimensies berekent aan de hand van de Wilcoxon Signed Rank test en Wilcoxon Rank Sum test.

De nulhypothese wordt verworpen indien de test statistic lager is dan de kritische waarde wat bij elke dimensie het geval is. Dit wordt bevestigd door de p-waarde die kleiner is dan 0,05. Bijgevolg is de daling van de scores in elke dimensie op het tijdstip twee maanden na begin van begeleiding significant. Er is dus een significante verbetering van de scores op de vragenlijsten waar te nemen.

4.3.5 Beschrijving vragenlijst coach

De vragenlijst voor de begeleiders werd 34 maal ingevuld op tijdstip twee maanden na start van begeleiding. Het aantal coaches per beroep wordt weergegeven in figuur 10.



Figuur 10: Aantal coaches per beroep.

Het is mogelijk dat meermaals dezelfde coach deze vragenlijst ingevuld heeft aangezien meerdere coaches meerdere arts-patiënten begeleidden. De meerderheid van de begeleiders is dus huisarts en/of de huisartsen behandelen de meeste arts-patiënten per persoon. De door de coach vastgestelde hulpvraag betrof meestal (preventie van) burn-out. Ook samenwerkingsproblemen, middelenmisbruik, relatieproblemen, zingevingsproblematiek, stress, de zoektocht naar een eigen huisarts, praktijkreorganisatie en omgaan met verlies zijn hulpvragen waarmee deze coaches geconfronteerd

werden. Bij het merendeel van de arts-patiënten, namelijk 19 artsen, werd sporadisch alcoholgebruik of gebruik binnen normale grenzen vastgesteld. Bij vier artsen bleek er problematisch gebruik tot afhankelijkheid.
Twee maanden na start van begeleiding bleek het gemiddeld aantal sessies bij de coach zes te zijn met een minimum van twee en een maximum van 12 sessies. Bij deze berekening werd één coach geëxcludeerd vanwege het niet invullen van de vraag. Bij iedereen duurden de sessies 60 tot 90 minuten. 15 Arts-patiënten werden doorverwezen. Deze doorverwijzingen gebeurden naar psychiaters, mindfulness- en relaxatiecursussen, psychologen en naar de arbeidsgeneesheer. Er werd bij vijf arts-patiënten medicatie voorgeschreven, namelijk herhaalvoorschriften van reeds bestaande medicatie. Bij 17 arts-patiënt werd er arbeidsongeschiktheid voorgesteld waarbij er 13 dit aanvaardden. De gemiddelde verwachtte tevredenheid is 7,5/10 wat lager is dan de door de arts-patiënten aangegeven 8,6/10. De coaches onderschatten dus in lichte mate wat ze betekend hebben voor de arts-patiënten die ze begeleid hebben.
Enkele voorbeelden van wat de coaches als positief ervaarden in hun begeleiding is de goede medewerking en het serieus nemen van de meegeleverde huiswerkopdrachten, het snel bereiken van inzicht in problemen en valkuilen, vlot en open contact en de goede vertrouwensband. Wat minder goed ervaren werd, is de stap naar langdurige arbeidsongeschiktheid en de hoge verwachting naar een snelle en pasklare oplossing voor de gestelde problematiek. Moeilijkheden die de coaches tegenkwamen, in het behandelen van een arts, zijn de dwingende cultuur van te veel werken, de hoge drempel om zich kwetsbaar op te stellen, het gebrek aan vertrouwen in discretie, hen overtuigen om tijdelijk het werk neer te leggen, voldoende tijd voor zelfzorg te nemen en het moeten aanpakken van meerdere problematieken tegelijkertijd.

Van de 34 vragenlijsten werden er acht online ingevoerd waarbij er enkele bijkomende vragen waren. Hieruit bleek dat in vijf gevallen door de coach een huisarts werd aangeraden en dat er, buiten twee arts-patiënten waarvan het niet geweten is, volgens de coach geen druggebruik was door de arts-patiënt.

4.3.6 Beschrijving vragenlijst 12 maanden na start van begeleiding (T12)

De vragenlijst 12 maanden na start van begeleiding is nieuw en werd pas voor het eerst aangeboden in dit thesisonderzoek (20/05/2016-31/03/2017). Het doel van deze vragenlijst is het onderzoeken van het lange termijneffect van de via Doctors4Doctors aangeboden begeleiding. Deze vragenlijst werd online aangeboden en werd ingevuld door slechts zes arts-patiënten.

De totale duur van begeleiding was heel verschillend en varieerde van een tot langer dan zes maanden. Drie arts-patiënten bleken begeleid geweest door meerdere hulpverleners terwijl er bij niemand sprake was van herval in de oorspronkelijke aanmeldreden bij D4D. Vermoedelijk gaat het hier om multimorbiditeit. Bijna alle arts-patiënten gaven een positieve invloed aan van de begeleiding op hun professioneel functioneren, waarbij ze meer voldoening halen uit hun praktijkvoering, en op hun persoonlijke levenssfeer. De begeleiding blijkt dus subjectief een langdurig effect te hebben op meerdere vlakken bij deze groep. Bij 1 arts bleek de begeleiding geen effect te hebben. Men gaf aan dat men het

meeste effect ondervonden heeft van de gesprekken zelf en dus niet of in mindere mate van relaxatieoefeningen, boeken of een doorverwijzing. Zaken die veranderd zijn bij de arts-patiënten zijn het afbouwen van hun professionele activiteiten, een extra collega aannemen, een betere relatie met het gezin, beter zicht op de problemen in de praktijk en meer levenslust.

Al deze arts-patiënten zouden D4D aanraden aan hun collega's omwille van de volgende redenen:

- 'Discrete en snelle aanpak met goede begeleiding.'
- 'Veel begrip voor je situatie.'
- 'Zicht krijgen op het probleem en zoeken naar aanpak hiervan.'
- 'Omdat het echt zijn nut heeft en noodzakelijk is!'

5. Discussie

In dit thesisonderzoek werden bestaande interventies voor artsen met verminderd psychosociaal welbevinden onderzocht aan de hand van een literatuurstudie en werd het initiatief Doctors4Doctors geherevalueerd aan de hand van meerdere vragenlijsten. In de vorige studie werden er drie vragenlijsten schriftelijk aangeboden aan de doorgestroomde arts-patiënten en hun coach (64). In het huidige onderzoek werden enkele vragen aan de bestaande vragenlijsten en twee nieuwe vragenlijsten toegevoegd. Een om de drempels na te gaan bij artsen die D4D contacteren maar niet starten met de aangeboden begeleiding en een om het langetermijneffect 12 maanden na start van begeleiding na te gaan. Bovendien werden alle vragenlijsten online in plaats van op papier aangeboden. De verwachtingen waren dat er conclusies getrokken zouden kunnen worden over een grotere populatie dan in het voorgaande onderzoek, dat de arts-patiënten tevreden zijn over de werking van D4D, dat de aangeboden begeleiding een positief effect gehad heeft en dat het online aanbieden van de vragenlijsten drempelverlagend zou zijn.

5.1 Literatuurstudie

Aan de hand van de vooropgestelde PICO werden er 128 teksten gevonden. Hierbij was het aanvinken van 'Free full text' op Pubmed een sterk limiterende factor wat nodig was omwille van de omvang van de resultaten. Aan de hand van het sneeuwbaleffect werd er uiteindelijk geselecteerd uit een veel groter aantal artikels aangezien hierbij geen rekening werd gehouden met de vrije beschikbaarheid van de teksten. In het literatuuronderzoek lag de focus voornamelijk op de onderzochte interventies waarbij er verscheidene waren die een positief effect hadden op psychische morbiditeit. Het groeiende besef van de belasting die het beroep van arts met zich kan meebrengen heeft duidelijk een aantal zaken in gang gezet wat heel hoopgevend is. Een Cochrane review (2016) evalueerde de bestaande literatuur op deze interventies (54). De auteurs besloten dat het bestaande bewijs eerder laagkwalitatief is en dat er meer gerandomiseerde onderzoeken met controlegroep nodig zijn met minstens 120 deelnemers waarbij interventies met placebo-achtige interventies vergeleken moeten worden (54). Dit onderzoek komt hier niet aan tegemoet omdat er niet voldoende vragenlijsten door de verschillende arts-patiënten ingevuld werden. Bijgevolg is vervolgonderzoek met dezelfde vragenlijsten nodig zodat de gegevens van dit onderzoek en dat van dr. E. Van Tilburgh geïncludeerd kunnen worden. Bovendien was er geen sprake van een controlegroep die geen of een placebo-achtige interventie onderging.

5.2 Niet-doorstromers en doorstromers

Het beschrijven van de demografische gegevens is niet evident. Bij elke aanmelding werden geslacht, specialisatie en reden van aanmelding bevraagd door de intake-artsen van Doctors4Doctors. Dit werd echter niet telkens genoteerd, mogelijks door de hoge werkbelasting bij de intake-artsen die werken voor D4D en daarnaast ook in hun huisartsenpraktijk. Een andere optie is dat men dit soms vergeten te noteren is. Het is ook niet altijd geweten of een arts die zich heeft aangemeld bij D4D ook effectief doorgestroomd is naar begeleiding. Dit werd telkens nagegaan door de buddy's maar soms kregen zij geen antwoord van de arts-patiënten of werd het niet genoteerd.

Gedurende de gehele periode van de dataverzameling van de demografie, 26/12/2013 tot en met 31/03/2017, werd Doctors4Doctors door 183 artsen gecontacteerd voor begeleiding. Hiervan stroomde ongeveer 65% door naar begeleiding. Dit is vermoedelijk een onderschatting aangezien een deel van de gegevens niet gekend is. In het vorige onderzoek was het doorstroompercentage 82,3% (64) en vermoedelijk wordt dit percentage nog steeds benaderd. Minstens 110 van de 183 artsen die D4D gecontacteerd hebben, zijn van het vrouwelijke geslacht. Mogelijks ervaren vrouwelijke artsen een lagere drempel in het zoeken naar hulp of zijn er meer vrouwelijke dan mannelijke artsen met verminderd psychosociaal welbevinden. Volgens Oliver et al (2005) zoeken vrouwen met verminderd psychisch welbevinden inderdaad sneller hulp dan mannen (67).
De grootste groep aanmeldingen waren de huisartsen, gevolgd door de specialisten. Volgens een artikel van Domus Medica telde België op dat moment nochtans 15970 huisartsen tegenover een ongeveer dubbel zo groot aantal van 29661 specialisten (68). Het lagere aantal HAIO's en ASO's die D4D contacteren komt overeen met hun lagere absolute aantal in België, namelijk 738 HAIO's en 4317 ASO's (68). Bovendien zouden jongere mensen minder snel hulp zoeken via hun huisarts dan oudere personen volgens Oliver et al (2005) (67). Ondanks het veel groter aantal ASO's dan HAIO's, is hun aandeel in de aanmeldingen ongeveer even groot. Hieruit kan men concluderen dat er relatief meer huisartsen en huisartsen in opleiding zich aanmelden bij D4D dan respectievelijk specialisten en specialisten in opleiding. Mogelijk wordt dit verklaard doordat een hogere werkbelasting als normaal wordt beschouwd in ziekenhuizen of worden gevoelens van psychische morbiditeit minder geuit door de groepsdruk en prestatiedrang in deze werkomgeving. Het is ook mogelijk dat D4D meer vermeld wordt in LOK's of symposia waar voornamelijk huisartsen en HAIO's aanwezig zijn.
De belangrijkste redenen van aanmelding waren gevoelens van overspannenheid/burn-out en werkgerelateerde problemen. Dit is niet verwonderlijk gezien de uitdagingen waarmee de huidige artsen geconfronteerd worden en de toenemende complexiteit van de gezondheidszorg. De nood aan frequent verscheidene klachten moeten aanpakken bij consultaties, een tekort aan huisartsen, de toenemende werkdruk, een hoog aantal gepresteerde uren per week, de toenemende kosten, inadequaat vergoede verstrekkingen, toegenomen administratieve vereisten en suboptimale zelfzorg kunnen hiertoe bijdragen (3).

5.3 Papieren versus online vragenlijsten

Algemeen was er een lage respons op de vragenlijsten. Van de 183 artsen die contact opgenomen hebben met D4D vulden slechts 37 artsen de eerste vragenlijst in. Hiervan vulden er 29 de tweede vragenlijst in. Hun derde vragenlijst, 12 maanden na start van begeleiding, werd slechts zes maal ingevuld. Het is aannemelijk dat, na het overwinnen van de drempel om naar hulp te zoeken, informatie over zichzelf vrijgeven in vragenlijsten in studieverband heel gevoelig ligt bij artsen, ook al gebeurt het anoniem. Artsen krijgen bovendien heel veel vragenlijsten doorgestuurd waardoor men hier afkerig tegenover kan worden. Het is ook zo dat D4D nog maar enkele jaren bestaat in België en mogelijks is het nog onvoldoende gekend bij een groot deel van de artsen.
Door het online aanbieden van de vragenlijsten werd gehoopt op een drempelverlagend effect zodat de respons hoger zou zijn. Veel artsen zijn namelijk gewend aan de huidige digitalisering van formulieren en

men zou niet meer naar een postbus moeten gaan om de vragenlijsten te posten. De voordelen van online vragenlijsten zijn dat ze beter zijn voor het milieu, ze zijn goedkoper en het is minder intensief voor de onderzoeker om deze in te voeren. Bovendien werden de schriftelijke vragenlijsten door het secretariaat van een van de intake-artsen verstuurd dus dit zou niet meer ingeschakeld moeten worden.
De schriftelijke vragenlijsten werden gedurende een periode van 24,6 maanden aangeboden. In die tijd werden er 75 vragenlijsten ingevuld. In de daaropvolgende 10,4 maanden werden er 31 vragenlijsten online ingevuld. Op basis van de cijfers is het moeilijk een uitspraak te doen over al dan niet drempelverlagend effect van het online aanbieden van de vragenlijsten. Het is niet mogelijk om een responspercentage te berekenen voor de twee soorten vragenlijsten omdat er te veel bepalende factoren zijn voor de uiteindelijke aantallen. Deze factoren zijn de verschillende looptijden bij de onderzoekers, het feit dat sommige arts-patiënten in hun traject de eerste vragenlijst(en) schriftelijk ingevuld hebben en de daaropvolgende vragenlijst(en) online aangeboden kregen, een verschillend aantal vragenlijsten per onderzoeker, een verschillend aantal aanmeldingen en doorstromers en het grote aantal onbekende gegevens. Het is bovendien zo dat de schriftelijke vragenlijsten via het secretariaat van een van de intake-artsen meer nauwgezet opgevolgd werden. De algemene respons op de online vragenlijsten in dit onderzoek was wel lager dan bij de schriftelijke in het vorige onderzoek (64).

Het lagere aantal binnenkomende online vragenlijsten bleek ook uit het onderzoek van Leece et al (2004) waarbij een vragenlijst naar 442 Canadese en Amerikaanse orthopedisten werd verstuurd (69). De helft van deze groep kreeg de vragenlijst via e-mail, de andere helft op papier. Het onderzoek resulteerde in een significant lagere respons op de online vragenlijst dan op de papieren vragenlijst waarbij de antwoordratio bij de online vragenlijst 13% lager lag (69). Ook Seguin et al (2004) kwamen tot dezelfde conclusie (70). Zij verstuurden naar 2397 Canadese artsen een vragenlijst waarbij de ene groep deze ontving via post en de andere via e-mail. De vragenlijst werd ingevuld door 44,7% van de artsen. Er was een snellere maar lagere respons via e-mail. De vragenlijsten waren bij beide goed ingevuld, maar de antwoorden op open vragen bleken bij de online vragenlijsten wel uitgebreider (70).

Er zijn verschillende oorzakelijke mogelijkheden voor de lagere respons op vragenlijsten online dan op papier. Mogelijks verwijderen sommigen e-mails die ze ontvangen van iemand die ze niet of niet goed kennen. Vermoedelijk komen er ook e-mails met vragenlijsten bij de ongewenste e-mails terecht waardoor ze niet gelezen worden. Mogelijks is het ook gemakkelijker om een e-mail te wissen dan een met de post ontvangen vragenlijst te negeren. Het is ook mogelijk dat een papieren vragenlijst gestuurd naar het verkeerde adres, uiteindelijk toch bij de juiste persoon terechtkomt terwijl verkeerd verzonden e-mails meestal niet naar de juiste persoon doorgestuurd worden. Het moeten invullen van een gecodeerd nummer bij online vragenlijsten kan mogelijks ook deelnemers afschrikken. Het geeft namelijk niet het gevoel van volledige anonimiteit. Nochtans waren de artsen die de vragenlijsten ingevuld hebben wel heel tevreden over de anonimiteit.

Het wisselen naar online vragenlijsten had bovendien een heel drempelverhogend effect voor de coaches. Zij werden door mij telefonisch en meermaals via e-mail gecontacteerd om het verloop van het onderzoek

en hun mogelijke en vrijwillige rol hierin toe te lichten. De eerste maanden kwamen de online vragenlijsten echter in heel beperkte mate binnen. Met die reden heb ik deelgenomen aan een intervisie van D4D waar meerdere coaches aanwezig waren. Hieruit bleek dat meerdere coaches geen vragenlijsten verzonden naar de arts-patiënten. Ze hadden het verloop van het onderzoek niet goed begrepen en het leek hen heel arbeidsintensief. Sommigen waren van mening dat het invullen van de 4DKL bij de begeleiding en ook in de vragenlijsten te veel werk is voor een arts-patiënt die reeds overwerkt is. Iemand merkte ook op dat zijn subjectief gevoel van privacy hoger was bij de schriftelijke dan bij de online vragenlijsten en suggereerde dat dit bij de arts-patiënten mogelijk ook het geval is. Een van de coaches merkte bovendien op dat zij ervaart dat artsen in het algemeen veel minder bereid zijn tot het invullen van vragenlijsten in vergelijking met andere particulieren. Dit wordt bevestigd in het artikel van Cook et al (2016) (71). Na het opnieuw toelichten van het onderzoek bleek voor hen dat het deelnemen hieraan veel minder arbeidsintensief is voor zowel de coach als de arts-patiënt dan verwacht. Uit deze intervisie is het idee van de flowchart voortgevloeid om de mogelijke rol van de coach in het thesisonderzoek overzichtelijker te maken. Deze flowchart werd met toelichting naar alle coaches uit het professioneel netwerk van D4D verzonden. Als gevolg was er een toename van de binnenkomende online vragenlijsten. Naar de toekomst toe kan het wel nuttig zijn om het resultaat van de 4DKL uit de vragenlijsten door te sturen naar de bijhorende coach zodat de arts-patiënt deze vragenlijst niet tweemaal moet invullen voor hetzelfde tijdstip. Bij navragen bij de intake-artsen van D4D bleek wel dat zij een uitgesproken voorkeur hebben voor de online vragenlijsten. Mogelijks moet men hier nog meer aan gewoon worden gezien de trage en moeizame start bij de coaches.

5.4 Resultaten vragenlijsten

De vragenlijst voor de niet-doorstromers, die verzonden wordt door de intake-artsen, werd tijdens de periode van dataverzameling geen enkele keer ingevuld. Hier zijn verschillende mogelijke verklaringen voor. Tijdens een intervisie met de intake-artsen van D4D bleek dat een van de nieuwe intake-artsen onvoldoende op de hoogte was van deze vragenlijst. De intake-artsen ervaarden wel een hoge drempel om deze vragenlijst te verzenden omdat het bedoeld is voor artsen die uiteindelijk niet ingegaan zijn op de aangeboden begeleiding. Dit nadat ze reeds enkele e-mails van hun buddy hadden gehad om na te gaan of ze reeds begeleiding gestart waren. In andere gevallen werd de vragenlijst niet verzonden omdat de aanmeldende artsen vertelden dat ze nog zouden doorstromen naar begeleiding. Tenslotte zijn sommige doorstromers gemotiveerd om de vragenlijsten in te vullen als een soort bedanking voor de succesvolle begeleiding die ze gehad hebben via D4D terwijl de niet-doorstromers deze motivatie niet kunnen hebben.

De vragenlijst voor de doorstromers bij start van begeleiding werd in totaal door 37 artsen ingevuld. Hierbij was het opvallend dat de grote meerderheid meer uren werkt dan het aantal uren waarvoor zij vergoed wordt en zijn er zeven artsen die minstens 60 uren per week werken. Deze belastende factoren werden reeds eerder aangehaald als mogelijke oorzaken van verminderd psychosociaal welbevinden (3). De meerderheid, namelijk 19 arts-patiënten, heeft D4D leren kennen op aanraden van een collega. Het is reeds eerder gebleken dat collega-artsen beschouwd worden als de meest populaire mogelijke bron van

steun (6). Het is positief dat artsen hun gevoelens uiten tegenover collega's, dat in sommige gevallen D4D aangeraden wordt en dat men via D4D eveneens vaak terechtkomt bij een collega-arts in de vorm van een coach. Ook de website blijkt vlot toegankelijk op eigen initiatief of men heeft er kennis van genomen via de media, symposia of een LOK-vergadering. Mogelijks heeft het meermaals in contact komen met het D4D initiatief een drempelverlagend effect. Verder kwamen het gebrek aan een eigen huisarts en de weinige tijd die besteed wordt aan hobby's naar voren. Nochtans is voldoende zelfzorg heel belangrijk in de preventie van burn-out (3,63).

Uit de vragenlijst twee maanden na start van begeleiding, ingevuld door 29 arts-patiënten, bleek vooral de enorme tevredenheid over Doctors4Doctors en de door hen aangeboden begeleiding. De tevredenheid scoorde 8,6/10. De verwachtingen naar de begeleiding toe werden bij alle artsen ingelost, al deze artsen zouden opnieuw begeleiding volgen via D4D en er was een sterk vertrouwen in de discretie. Ook de snelle respons van de intake-artsen en de weloverwogen doorverwijzing naar een passende coach werden sterk geapprecieerd. Een van de artsen verwoordde zijn positieve mening heel treffend: 'Werkelijk fantastisch initiatief, zorgt voor veel lagere drempel om hulp te zoeken indien gevoel van "Ik heb nood aan ademruimte".'

De vierdimensionale klachtenlijst werd slechts door 25 artsen op zowel tijdstip 0 als tijdstip twee maanden ingevuld. Dit lage aantal wordt deels verklaard doordat de arts-patiënten soms hun gecodeerd nummer niet hadden ingevuld. Hierdoor konden de vragenlijsten op de verschillende tijdstippen niet aan elkaar gelinkt worden, wat wel nodig was om de evolutie in scores op de 4DKL te onderzoeken. Bovendien was het hierbij onmogelijk om te achterhalen welke arts-patiënten reeds een vragenlijst hadden ingevuld en welke niet. Hierdoor konden de coaches arts-patiënten, die een vragenlijst nog niet ingevuld hadden, hen vaak niet hiertoe motiveren. Mogelijks hadden de arts-patiënten niet altijd hun gecodeerde nummer ontvangen van hun coach of had het invullen hiervan een negatieve invloed op hun gevoel van anonimiteit. Ten tijde van de schriftelijke vragenlijsten was er een secretariaat dat het gecodeerde nummer reeds op de vragenlijstformulieren noteerde vooraleer ze verzonden werden naar de arts-patiënt waardoor dit voorheen veel beter gebeurde. Het is dus heel belangrijk te benadrukken bij de coaches dat ze het gecodeerd nummer telkens duidelijk moeten noteren in de e-mail met de link naar de online vragenlijst. Dit wordt deels opgelost doordat de onderzoeker deze e-mail reeds volledig typte zodat de coach deze enkel moest forwarden naar de arts-patiënt met het overeenkomende gecodeerd nummer.
Uit de analyse van de 4DKL-scores bleek dat er na begeleiding op vlak van de vier dimensies, somatisatie, distress, depressie en angst, een positieve evolutie werd waargenomen met een significante daling van de testscores. Hieruit kan men afleiden dat de gevolgde begeleiding, aangeboden via D4D, een gunstig effect heeft op de psychische morbiditeit van artsen met verminderd psychosociaal welbevinden. Dit werd door bijna alle deelnemende artsen bevestigd.

De vragenlijst voor de coach op tijdstip twee maanden werd 34 maal ingevuld. De meerderheid hiervan bleek ingevuld door huisartsen die ook als coach werken. Zoals reeds eerder beschreven wordt er hierbij tegemoetgekomen aan het feit dat artsen bij voorkeur op gesprek komen bij een collega-arts (6). Het viel

de coaches op dat de arts-patiënten vaak snel tot inzichten kwamen en goed meewerkten tijdens de begeleiding. Het behandelen van een collega-arts is echter vaak geen evidentie en artsen nemen niet snel een patiëntenrol aan (11). Het is een kleine wereld dus er wordt heel veel belang gehecht aan discretie. Dit bleek in dit onderzoek maar werd ook bevestigd door Davidson et al (48). Bovendien werden de coaches geconfronteerd met de dwingende cultuur van te veel werken, de hoogdrempeligheid van arbeidsongeschiktheid en het moeizame implementeren van voldoende zelfzorg.

De laatste vragenlijst, welke ingevuld werd 12 maanden na start van begeleiding, werd door slechts zes arts-patiënten ingevuld. Dit kleine aantal wordt verklaard doordat D4D geen e-mailadressen meer had van de arts-patiënten die begeleiding gestart waren voor 2016. Dit betekent dat deze vragenlijst enkel verzonden kon worden naar de arts-patiënten die gestart zijn in 01/2016 tot en met 03/2016 aangezien de dataverzameling van het huidige onderzoek eindigde op 31/03/2017. Bijna al de arts-patiënten die deze vragenlijst ingevuld hebben, ervaarden een positieve invloed op hun professioneel functioneren en op hun persoonlijke levenssfeer op lange termijn. Bij deze artsen kan geconstateerd worden dat de begeleiding langdurig een subjectieve verbetering van de voorafgaande situatie teweeggebracht heeft. Het zou een meerwaarde zijn om deze artsen de vierdimensionale klachtenlijst nogmaals te laten invullen.

6. Conclusie

Het is onmiskenbaar dat er een belangrijke mate van distress is bij veel werkende artsen en dat er vraag is naar laagdrempelige begeleiding. Deze distress komt voor bij huisartsen en specialisten, maar ook reeds vroeg in de carrière van jonge artsen in opleiding. Dit toont de hoge nood aan preventieve en curatieve acties want wie kan voor anderen zorgen wanneer hij of zij zelf zorg nodig heeft?
In dit onderzoek werd aangetoond dat de gevolgde begeleiding, na doorverwijzing via D4D, een significante daling van de score op alle dimensies van de vierdimensionale klachtenlijst teweegbrengt. De deelnemende artsen zijn bovendien bijzonder positief over hun ervaringen bij D4D en de gevolgde begeleiding. Enkele artsen bevestigden dit ook op lange termijn.
Er is vervolgonderzoek nodig teneinde resultaten te observeren in een grotere groep, zo mogelijk in vergelijking met een controlegroep. Ook meer informatie over langdurige opvolging en de niet-doorstromers zou interessant zijn. Mogelijk hebben schriftelijke vragenlijsten een lagere drempel om in te vullen dan online vragenlijsten. Toch verkiezen de intake-artsen van D4D om verder te werken met de online vragenlijsten. Het toevoegen van de vierdimensionale klachtenlijst aan de laatste vragenlijst kan een meerwaarde zijn voor het opvolgen van de evolutie van de arts-patiënten op langere termijn. Het kan ook boeiend zijn om na te gaan wat nog drempelverlagend kan werken naar het invullen van de vragenlijsten toe. Tenslotte zou het toevoegen van enkele interviews met arts-patiënten en coaches een grote toegevoegde waarde zijn voor dit onderzoek.

7. Dankwoord

Graag wil ik mijn promotor, prof. dr. Hilde Bastiaens, de artsen van Doctors4Doctors, dr. Eric Boydens, dr. Myriam Cramm en dr. Tine Van Haegenborgh, en de coaches uit het professioneel netwerk van D4D bedanken voor de heel fijne samenwerking en hulp die ik gekregen heb.

8. Bronnenlijst

1. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, e.a. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. Arch Intern Med. 8 oktober 2012;172(18):1377–85.
2. Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM. The well-being of physicians. Am J Med. 15 april 2003;114(6):513–9.
3. Luchterhand C, Rakel D, Haq C, Grant L, Byars-Winston A, Tyska S, e.a. Creating a Culture of Mindfulness in Medicine. WMJ Off Publ State Med Soc Wis. juni 2015;114(3):105–9.
4. Lindeman S, Laara E, Hakko H, Lonnqvist J. A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. Br J Psychiatry J Ment Sci. maart 1996;168(3):274–9.
5. Hem E, Haldorsen T, Aasland OG, Tyssen R, Vaglum P, Ekeberg O. Suicide rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960-2000. Psychol Med. juni 2005;35(6):873–80.
6. Hu Y-Y, Fix ML, Hevelone ND, Lipsitz SR, Greenberg CC, Weissman JS, e.a. Physicians' needs in coping with emotional stressors: the case for peer support. Arch Surg Chic Ill 1960. maart 2012;147(3):212–7.
7. Dean B, Schachter M, Vincent C, Barber N. Causes of prescribing errors in hospital inpatients: a prospective study. Lancet Lond Engl. 20 april 2002;359(9315):1373–8.
8. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D, e.a. Burnout and medical errors among American surgeons. Ann Surg. juni 2010;251(6):995–1000.
9. Melville A. Job satisfaction in general practice: implications for prescribing. Soc Sci Med [Med Psychol Med Sociol]. december 1980;14A(6):495–9.
10. Bellini LM, Baime M, Shea JA. Variation of mood and empathy during internship. JAMA. 19 juni 2002;287(23):3143–6.
11. Christie VM, Ingstad B. [When physicians become ill. Difficult choices]. Tidsskr Den Nor Laegeforening Tidsskr Prakt Med Ny Raekke. 10 april 1997;117(9):1286–9.
12. Ro KEI, Gude T, Aasland OG. Does a self-referral counselling program reach doctors in need of help? A comparison with the general Norwegian doctor workforce. BMC Public Health. 16 maart 2007;7:36.
13. Isaksson Ro KE, Tyssen R, Hoffart A, Sexton H, Aasland OG, Gude T. A three-year cohort study of the relationships between coping, job stress and burnout after a counselling intervention for help-seeking physicians. BMC Public Health. 27 april 2010;10:213.
14. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, e.a. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. JAMA. 23 september 2009;302(12):1284–93.
15. Fortney L, Luchterhand C, Zakletskaia L, Zgierska A, Rakel D. Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: a pilot study. Ann Fam Med. oktober 2013;11(5):412–20.
16. Shapiro S, Astin J, Bishop S, Cordova M. Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial. Int J Stress Manag. 2005;12(2):164–76.
17. Siedsma M, Emlet L. Physician burnout: can we make a difference together? Crit Care Lond Engl. 2 juli 2015;19:273.
18. Dewaele K, Roex A, Warmenhoven F. Een verkorte mindfulness interventie ter preventie van burn-out bij huisartsen: Een pilootstudie. Masterproef Huisartsgeneeskunde, K.U. Leuven; 2015.
19. Weight CJ, Sellon JL, Lessard-Anderson CR, Shanafelt TD, Olsen KD, Laskowski ER. Physical activity, quality of life, and burnout among physician trainees: the effect of a team-based, incentivized exercise program. Mayo Clin Proc. december 2013;88(12):1435–42.

20. Shanafelt TD, Kaups KL, Nelson H, Satele DV, Sloan JA, Oreskovich MR, e.a. An interactive individualized intervention to promote behavioral change to increase personal well-being in US surgeons. Ann Surg. januari 2014;259(1):82–8.
21. Holt J, Del Mar C. Reducing occupational psychological distress: a randomized controlled trial of a mailed intervention. Health Educ Res. augustus 2006;21(4):501–7.
22. Awa WL, Plaumann M, Walter U. Burnout prevention: a review of intervention programs. Patient Educ Couns. februari 2010;78(2):184–90.
23. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, et al. Controlled interventions to reduce burnout in physicians: A systematic review and meta-analysis. JAMA Intern Med. 1 februari 2017;177(2):195–205.
24. Linzer M, Poplau S, Grossman E, Varkey A, Yale S, Williams E, e.a. A Cluster Randomized Trial of Interventions to Improve Work Conditions and Clinician Burnout in Primary Care: Results from the Healthy Work Place (HWP) Study. J Gen Intern Med. augustus 2015;30(8):1105–11.
25. Gomez-Gascon T, Martin-Fernandez J, Galvez-Herrer M, Tapias-Merino E, Beamud-Lagos M, Mingote-Adan JC. Effectiveness of an intervention for prevention and treatment of burnout in primary health care professionals. BMC Fam Pract. 17 november 2013;14:173.
26. Wall TD, Bolden RI, Borrill CS, Carter AJ, Golya DA, Hardy GE, e.a. Minor psychiatric disorder in NHS trust staff: occupational and gender differences. Br J Psychiatry J Ment Sci. december 1997;171:519–23.
27. Tyssen R, Vaglum P. Mental health problems among young doctors: an updated review of prospective studies. Harv Rev Psychiatry. juni 2002;10(3):154–65.
28. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, e.a. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 8 december 2015;314(22):2373–83.
29. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, e.a. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. Fam Pract. augustus 2008;25(4):245–65.
30. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Organ Behav. 1981;2(2):99–113.
31. Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. Libyan J Med. 2014;9:23556.
32. Dyrbye LN, Massie FSJ, Eacker A, Harper W, Power D, Durning SJ, e.a. Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. JAMA. 15 september 2010;304(11):1173–80.
33. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Ann Intern Med. 5 maart 2002;136(5):358–67.
34. Goitein L, Shanafelt TD, Wipf JE, Slatore CG, Back AL. The effects of work-hour limitations on resident well-being, patient care, and education in an internal medicine residency program. Arch Intern Med. 12 december 2005;165(22):2601–6.
35. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, e.a. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. BMJ. 1 maart 2008;336(7642):488–91.
36. Elmore LC, Jeffe DB, Jin L, Awad MM, Turnbull IR. National Survey of Burnout among US General Surgery Residents. J Am Coll Surg. september 2016;223(3):440–51.
37. Firth-Cozens J, Greenhalgh J. Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. Soc Sci Med 1982. april 1997;44(7):1017–22.
38. King MB, Cockcroft A, Gooch C. Emotional distress in doctors: sources, effects and help sought. J R Soc Med. oktober 1992;85(10):605–8.
39. West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. JAMA. 23 september 2009;302(12):1294–300.

40. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, e.a. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. JAMA. 6 september 2006;296(9):1071–8.
41. Haas JS, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA. Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? J Gen Intern Med. februari 2000;15(2):122–8.
42. Martin LR, Williams SL, Haskard KB, DiMatteo MR. The challenge of patient adherence. Ther Clin Risk Manag. september 2005;1(3):189–99.
43. Shanafelt TD, West CP, Sloan JA, Novotny PJ, Poland GA, Menaker R, e.a. Career fit and burnout among academic faculty. Arch Intern Med. 25 mei 2009;169(10):990–5.
44. Landon BE, Reschovsky JD, Pham HH, Blumenthal D. Leaving medicine: the consequences of physician dissatisfaction. Med Care. maart 2006;44(3):234–42.
45. Degen C, Li J, Angerer P. Physicians' intention to leave direct patient care: an integrative review. Hum Resour Health. 2015;13(1):74.
46. Rosvold EO, Bjertness E. Illness behaviour among Norwegian physicians. Scand J Public Health. 2002;30(2):125–32.
47. Kivimaki M, Sutinen R, Elovainio M, Vahtera J, Rasanen K, Toyry S, e.a. Sickness absence in hospital physicians: 2 year follow up study on determinants. Occup Environ Med. juni 2001;58(6):361–6.
48. Davidson SK, Schattner PL. Doctors' health-seeking behaviour: a questionnaire survey. Med J Aust. 15 september 2003;179(6):302–5.
49. Benson J, Magraith K. Compassion fatigue and burnout: the role of Balint groups. Aust Fam Physician. juni 2005;34(6):497–8.
50. Kjeldmand D, Holmstrom I. Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. Ann Fam Med. april 2008;6(2):138–45.
51. Gardiner M, Lovell G, Williamson P. Physician you can heal yourself! Cognitive behavioural training reduces stress in GPs. Fam Pract. oktober 2004;21(5):545–51.
52. Mache S, Vitzthum K, Klapp BF, Groneberg DA. Evaluation of a Multicomponent Psychosocial Skill Training Program for Junior Physicians in Their First Year at Work: A Pilot Study. Fam Med. oktober 2015;47(9):693–8.
53. Ludwig DS, Kabat-Zinn J. Mindfulness in medicine. JAMA. 17 september 2008;300(11):1350–2.
54. Silva-Junior JS. Preventing occupational stress in healthcare workers. Sao Paulo Med J Rev Paul Med. februari 2016;134(1):92.
55. Atrtchine-Kachi Z, Goedhuys J, Pas L. Burn-out bij huisartsen in opleiding. Masterproef Huisartsgeneeskunde, K.U. Leuven; 2016.
56. Claes H, Schoenmakers B, Wuyts A, Roelofs A. De huisarts als rolmodel: Hoe is het gesteld met onze eigen gezondheid? Masterproef Huisartsgeneeskunde, K.U. Leuven; 2014.
57. Bogaerts C, Vandevoorde J, Gielis G. Onderzoek naar het welbevinden van de jonge Vlaamse huisarts. Masterproef Huisartsgeneeskunde, K.U. Leuven; 2012.
58. Jooris S, Avonts D, Boydens E. Zelfzorg bij artsen - Stand van zaken in Oost-Vlaanderen. Masterproef Huisartsgeneeskunde, Universiteit Gent; 2015.
59. Delporte F, Bombeke K, Bastiaens H. De huisarts als patiënt. Barrières tot de gezondheidszorg. Huisarts Nu. 2017;46:19–25.
60. Bragard I, Etienne A-M, Merckaert I, Libert Y, Razavi D. Efficacy of a communication and stress management training on medical residents' self-efficacy, stress to communicate and burnout: a randomized controlled study. J Health Psychol. oktober 2010;15(7):1075–81.
61. Arts in nood. Https://www.artsinnood.be/ (Laatst geraadpleegd op 15/03/2017).
62. Doctors4Doctors. Http://doctors4doctors.be/ (Laatst geraadpleegd op 15/03/2017).
63. Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, Roland M, De Schampheleire J, De Troyer M, e.a. Burnout bij huisartsen: Preventie en aanpak. KCE Rep 165A. 2011;

64. Van Tilburgh E, Bastiaens H, Boydens E, Van Linden A. De arts als patiënt: evaluatie van een bestaand initiatief voor begeleiding en ondersteuning van artsen naar meer psychosociaal welbevinden. Masterproef Huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen; 2015.
65. Terluin B, Terluin M, Prince K, van Marwijk H. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) spoort psychische problemen op. Huisarts Wet. 2008;(51):251–5.
66. Petrie A, Sabine C. Medical Statistics at a Glance. Blackwell Publishing Company; 2000.
67. Oliver MI, Pearson N, Coe N, Gunnell D. Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. Br J Psychiatry J Ment Sci. april 2005;186:297–301.
68. Ceulemans F. België telt bijna 16.000 huisartsen. 26 juni 2014; Beschikbaar op: http://www.domusmedica.be/documentatie/nieuwskijker/5447-belgie-telt-bijna-16-000-huisartsen.html (Laatst geraadpleegd op 17/04/2017)
69. Leece P, Bhandari M, Sprague S, Swiontkowski MF, Schemitsch EH, Tornetta P, e.a. Internet Versus Mailed Questionnaires: A Controlled Comparison (2). J Med Internet Res. 2004;6(4):e39.
70. Seguin R, Godwin M, MacDonald S, McCall M. E-mail or snail mail? Randomized controlled trial on which works better for surveys. Can Fam Physician. maart 2004;50:414–9.
71. Cook DA, Wittich CM, Daniels WL, West CP, Harris AM, Beebe TJ. Incentive and Reminder Strategies to Improve Response Rate for Internet-Based Physician Surveys: A Randomized Experiment. Eysenbach G, redacteur. J Med Internet Res. september 2016;18(9):e244.

9. Bijlagen

Bijlage 1: Informed consent

Enquête Doctors4Doctors

Onderstaande tekst betreft het informed consent met algemene informatie over deze studie. Door onderaan 'Ik ben akkoord en neem deel aan deze studie' aan te klikken, bevestigt u dat u akkoord gaat met het informed consent en deelneemt aan deze studie. Vervolgens verschijnt de vragenlijst. Deze neemt ongeveer 15 minuten van uw tijd in beslag.

Inleiding: Hierbij kan u deelnemen aan een onderzoek kaderend in een eindwerk nodig voor het behalen van een masterdiploma in de huisartsgeneeskunde. Dit onderzoek is getiteld: De arts als patiënt: Herevaluatie van een organisatie die zich toelegt op het psychosociaal welbevinden van de arts. Het betreft een kwantitatief onderzoek met behulp van vragenlijsten.

Achtergrondinformatie: Doctors4Doctors wilt een laagdrempelig project zijn dat hulp biedt aan artsen. Het wil een hulpmiddel zijn voor medische en psychologische begeleiding, maar evenzeer voor het leren van vaardigheden rond afbakening, organisatie en teamwerking in de praktijk.

Procedure: Het onderzoek verloopt aan de hand van vragenlijsten op vooraf bepaalde tijdstippen, namelijk bij de start van de trajectbegeleiding, een vragenlijst na twee maanden begeleiding en een vragenlijst 12 maanden na de start van de begeleiding. De vragenlijsten worden strikt anoniem verwerkt.

Verzekering van confidentialiteit: We verzekeren de bescherming van uw privacy in deze studie. Indien de resultaten van deze studie gepubliceerd worden in een wetenschappelijk tijdschrift zal de privacy beschermd worden door het gebruik van codenummers in plaats van namen.

Recht op informatie: U hebt het recht om informatie te vragen over de procedures en het onderzoeksproject die in dit document beschreven worden. De resultaten van het onderzoek worden gebundeld in een onderzoeksrapport. U kan dit rapport steeds opvragen.

Recht om uw deelname stop te zetten: U kan steeds besluiten de deelname te stoppen/weigeren. Het al of niet deelnemen aan de studie heeft geen invloed op de verdere zorgverlening door Doctors4Doctors in de toekomst.

Bijlage 2: Vragenlijst bij start van begeleiding (T=0)

Gecodeerd nummer:

U gaat starten met een begeleiding via Doctors4Doctors. Door de antwoorden op onderstaande vragen kunnen wij dit project evalueren. De verwerking van de gegevens gebeurt anoniem, daarom werken we met een gecodeerd nummer. Wij hopen op deze manier het aanbod en de begeleiding van Doctors4Doctors te optimaliseren. Bovendien zal dit een wetenschappelijke basis vormen om het psychosociaal welbevinden van artsen in kaart te brengen.

Gelieve op onderstaande vragen het antwoord aan te kruisen dat op u van toepassing is:

Geslacht:

O Man O Vrouw

Leeftijd

Ik ben … jaar

Ik ben

O Huisarts

O Specialist:

O Internist O Chirurg O Psychiater O Anesthesist O Andere, namelijk:…

O Assistent

O Interne geneeskunde O Chirurgie O Psychiatrie O Anesthesie O Andere, namelijk:…

O Student geneeskunde

O Andere (legerarts, CLB,…)

O Andere (partner, familielid,...)

Aantal jaren werkzaam als arts

O Specialisatie nog niet afgerond

O Ik bevind mij in de eerste helft van mijn specialisatie

O Ik bevind mij in de tweede helft van mijn specialisatie

O <5 jaar O 5-10 jaar O 10 – 20 jaar O 20 – 30 jaar O > 30 jaar

Ik werk in een

O Solopraktijk O Duo praktijk O Groepspraktijk O Ziekenhuis O Ziekenhuis en privé O Meerdere ziekenhuizen

Ik ben

O Bediende O Zelfstandige

Ik combineer dit ook met een andere job (vb; kind en gezin, onderzoek, verzekeringsgeneeskunde,…)

O Ja O Neen

Ik werk gemiddeld

O < 40 uur/week O 40-50 uur/week O 50-60 uur/week O > 60 uur/week

Ik word betaald voor

O < 40 uur/week O 40-50 uur/week O 50-60 uur/week O > 60 uur/week O niet van toepassing

Ik zie gemiddeld

O <10 patiënten/dag O 10-20 patiënten/dag O 20-30 patiënten/dag O >30 patiënten/dag

Ik werk op dit moment niet omwille van ziekte

O Dit klopt O Dit klopt niet

Heb je een eigen huisarts waarbij je soms op consultatie gaat?

O Ja O Neen

Ik ben

O Alleenwonend O Samenwonend/getrouwd

Ik heb kinderen onder 16 jaar in huis

O Ja O Neen

In welke provincie woont U?

O Antwerpen O Oost-Vlaanderen O West-Vlaanderen O Vlaams Brabant (met inbegrip van Brussel) O Limburg

Heb je een vrijetijdsbesteding?

O Ja

O Sport

O <1uur per week O 1-3 uren per week O > 3 uren per week

O Hobby

O <1uur per week O 1-3 uren per week O > 3 uren per week

O Neen

Hoe ben je in contact gekomen met Doctors4Doctors?

O Ik werd verwezen door:

O Collega O Familielid O Vriend

O Via de website:

O Door zelf de website te vinden O Via de media (artsenkrant, andere)

O Via een symposium/LOK/bijscholing

Wat heeft je over de drempel getrokken om contact op te nemen met Doctors4Doctors?

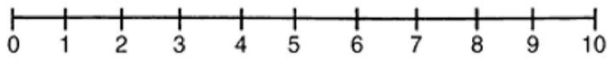
<u>Bijlage 3: Vragenlijst 2 maanden na start van begeleiding (T=2)</u>

Gecodeerd nummer:

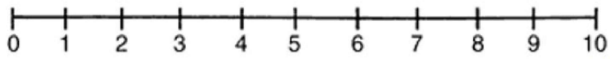
U wordt ondertussen twee maanden ondersteund door Doctors4Doctors. Door het antwoorden op onderstaande vragen kunnen wij dit project evalueren. De verwerking van de gegevens gebeurt anoniem, daarom werken we met een gecodeerd nummer. Wij hopen op deze manier het aanbod en de begeleiding van Doctors4Doctors te optimaliseren. Bovendien zal dit een wetenschappelijke basis vormen om het psychosociaal welbevinden van artsen in kaart te brengen.

Duidt aan op een schaal van 0-10 (waarbij 0 helemaal niet akkoord en 10 helemaal akkoord is) wat op u van toepassing is:

Ik vond de begeleiding nuttig:



Ik ben tevreden over de therapeutische samenwerking (persoonlijk contact):



Heeft de begeleiding uw verwachtingen ingelost?

O Ja O Neen

Wat waren uw verwachtingen ten opzichte van de begeleiding?

Wat voldeed aan uw verwachtingen?

Werd de reden waarvoor u Doctors4Doctors contacteerde voldoende behandeld?

O Ja O Neen

Wat is er voor u veranderd na de begeleiding?

Zou u opnieuw begeleiding volgen via Doctors4Doctors?

O Zo ja, waarom?

O Zo neen, waarom niet?

Heeft u uw werk in de praktijk tijdelijk onderbroken?

O Ja O Neen

Zo ja, ervaart u dit als zinvol?

O Ja O Neen

Had het u geholpen indien u beroep had kunnen doen op een vervangingspool van artsen?

O Ja O Neen

Zijn er collega's op de hoogte van de begeleiding die u volgt?

O Ja O Neen

Kan u rekenen op begrip van uw collega's wat betreft hetgeen u nu doormaakt?

O Ja O Neen O Niemand is op de hoogte

Kan u rekenen op begrip van uw collega's wat betreft uw tijdelijke werkonderbreking?

O Ja O Neen O Ik ben blijven werken

Zou u graag een vertrouwenspersoon hebben in uw ziekenhuis, LOK (Lokale KwaliteitsKring Huisartsen) of huisartsenkring die u, na een verkennend gesprek, doorverwijst naar een hulpverlener?

O Ja

O Ziekenhuis O LOK O Huisartsenkring

O Neen, ik verkies een doorverwijzing door contact op te nemen met Doctors4Doctors via mail

Wat vindt u van de werking van Doctors4Doctors (eerst contactname met een 'gatekeeper' die je heeft doorverwezen naar een 'coach')

Wat hebt u erg gewaardeerd?

Wat kan er volgens u beter?

Vindt u dat er mensen in uw omgeving zijn die gebaat zouden zijn met begeleiding via Doctors4Doctors?

O Ja O Neen

Was er voldoende vertrouwen in de aangeboden discretie?

O Ja O Zo neen, waarom niet?

Hebt u zelf nog iets toe te voegen of op te merken?

Bijlage 4: Vragenlijst Coach 2 maanden na start van begeleiding

Gecodeerd nummer:

U hebt ondertussen een tweetal maanden begeleiding gegeven voor Doctors4Doctors. Met het anoniem verwerken van uw antwoorden op onderstaande vragen kunnen wij dit project evalueren. Gelieve het gecodeerd nummer van de patiënt waarop dit antwoordenblad van toepassing is te noteren.

Gelieve op onderstaande vragen het antwoord aan te kruisen dat op deze sessies van toepassing was, bij enkele vragen kan u vrij antwoorden:

Ik ben O Huisarts O Psychiater O Psycholoog O Andere:…

Ik stelde bij deze patiënt volgende hulpvraag vast:

Aantal sessies:

Gemiddelde duur sessie O <30min O 30-60 min O 60-90 min O > 90 min

Ik deed een verdere doorverwijzing

O Ja O Neen

Zo ja, naar wie/waar?

Heeft u de patiënt doorverwezen naar een huisarts indien deze nog geen huisarts had?

O Ja O Neen

Ik schreef medicatie voor:

O Ja O Neen

Ik schreef een afwezigheidsattest:

O Ja O Neen

Aanvaardde de arts-patiënt dit afwezigheidsattest?

O Ja O Neen

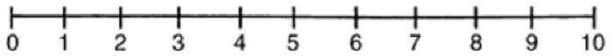
Wat kan u zeggen over het alcoholgebruik van deze patiënt

O De patiënt gebruikte geen alcohol O Sporadisch gebruik O Gebruik binnen normale grenzen O Problematisch gebruik O Afhankelijkheid

Wat kan u zeggen over het druggebruik (softdrugs tot harddrugs) van deze patiënt

O De patiënt gebruikte geen drugs O Maandelijks druggebruik O Wekelijks druggebruik O Dagelijks druggebruik

Wat verwacht je van de tevredenheid bij de patiënt (waarbij 0 niet tevreden en 10 zeer tevreden)?



Wat is voor u goed gegaan in de sessies?

Wat liep minder goed?

Wat zijn voor u moeilijkheden die u tegenkwam om een arts te behandelen?

Bijlage 5: Vragenlijst 12 maanden na start van begeleiding (T=12)

Gecodeerd nummer:

Uw begeleiding via Doctors4Doctors werd een jaar geleden gestart. Door de antwoorden op onderstaande vragen kunnen wij dit project evalueren. De verwerking van de gegevens gebeurt anoniem, daarom werken we met een gecodeerd nummer. Wij hopen op deze manier het aanbod en de begeleiding van Doctors4Doctors te optimaliseren. Bovendien zal dit een wetenschappelijke basis vormen om het psychosociaal welbevinden van artsen in kaart te brengen.

Hoe lang bent u begeleid geweest door/bent u in begeleiding bij uw coach?

O 1-2 maanden O 3-6 maanden O > 6 maanden

Heeft u meer dan 1 coach gehad?

O Ja O Neen

Heeft de begeleiding een positieve invloed gehad op uw professioneel functioneren?

O Ja O Neen

Heeft de begeleiding een positieve invloed gehad op uw persoonlijke levenssfeer?

O Ja O Neen

Welk aspect van de begeleiding heeft u het meeste geholpen?

O Gesprekken O Aangeleerde relaxatieoefeningen O Aangeraden boeken O Doorverwijzing naar… O Andere, namelijk…

Wat is er voor u veranderd tegenover de periode voor de begeleiding bij Doctors4Doctors (Zowel professioneel als persoonlijk)?

Haalt u meer voldoening uit uw dagelijkse praktijkvoering in vergelijking met voorheen?

O Ja O Neen

Heeft u aanpassingen doorgevoerd in uw professionele werkomgeving (praktijkruimte, afspraken met collega's, tijdsindeling...) naar aanleiding van de begeleiding via Doctors4Doctors?

Zijn er ondersteunende maatregelen die u nog wil invoeren in uw dagelijkse praktijkvoering?

Is er iets veranderd in uw persoonlijke levenssfeer (meer praten met partner/vrienden, hobby of sportactiviteit begonnen,...)?

Zijn er zaken waar u nu meer bewust of anders mee omgaat?

O Ja, namelijk… O Neen

Is er in de periode na de begeleiding sprake geweest van herval in de oorspronkelijke reden waarvoor u Doctors4Doctors gecontacteerd had?

O Ja O Neen

Ik zou Doctors4Doctors in de toekomst aanraden aan collega's

O Zo ja, waarom? O Zo neen, waarom niet?

Bijlage 6: Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL)

VierDimensionale KlachtenLijst (4DKL)

De volgende vragenlijst betreft verschillende klachten en verschijnselen die u mogelijk hebt. Het gaat steeds om klachten en verschijnselen die u **de afgelopen week (de afgelopen 7 dagen met vandaag erbij)** hebt ervaren. Klachten die u daarvoor wel had, maar de afgelopen week niet meer, tellen niet mee.
Wilt u per klacht aangeven hoe vaak u dit in de afgelopen week bij uzelf hebt opgemerkt, door het hokje aan te kruisen dat staat voor het meest passende antwoord.

	nee	soms	regelmatig	vaak	heel vaak of voortdurend
Hebt u de afgelopen week last van:					
1. duizeligheid of een licht gevoel in het hoofd?	☐	☐	☐	☐	☐
2. pijnlijke spieren?	☐	☐	☐	☐	☐
3. flauw vallen?	☐	☐	☐	☐	☐
4. pijn in de nek?	☐	☐	☐	☐	☐
5. pijn in de rug?	☐	☐	☐	☐	☐
6. overmatige transpiratie?	☐	☐	☐	☐	☐
7. hartkloppingen?	☐	☐	☐	☐	☐
8. hoofdpijn?	☐	☐	☐	☐	☐
9. een opgeblazen gevoel in de buik?	☐	☐	☐	☐	☐
10. wazig zien of vlekken voor de ogen zien?	☐	☐	☐	☐	☐
11. benauwdheid?	☐	☐	☐	☐	☐
12. misselijkheid of een maag die 'van streek' is?	☐	☐	☐	☐	☐
Hebt u de afgelopen week last van:					
13. pijn in de buik of maagstreek?	☐	☐	☐	☐	☐
14. tintelingen in de vingers?	☐	☐	☐	☐	☐
15. een drukkend of beklemmend gevoel op de borst?	☐	☐	☐	☐	☐
16. pijn in de borst?	☐	☐	☐	☐	☐
17. neerslachtigheid?	☐	☐	☐	☐	☐
18. zomaar plotseling schrikken?	☐	☐	☐	☐	☐
19. piekeren?	☐	☐	☐	☐	☐
20. onrustig slapen?	☐	☐	☐	☐	☐
21. onbestemde angst-gevoelens?	☐	☐	☐	☐	☐
22. lusteloosheid?	☐	☐	☐	☐	☐
23. beven in gezelschap van andere mensen?	☐	☐	☐	☐	☐
24. angst- of paniek-aanvallen?	☐	☐	☐	☐	☐
Voelt u zich de afgelopen week:					
25. gespannen?	☐	☐	☐	☐	☐
26. snel geïrriteerd?	☐	☐	☐	☐	☐
27. angstig?	☐	☐	☐	☐	☐

© Copyright 1996 by Dr. B. Terluin, Almere, the Netherlands

		nee	soms	regelmatig	vaak	heel vaak of voortdurend
Hebt u <u>de afgelopen week</u> het gevoel:						
28.	dat alles zinloos is? -	☐	☐	☐	☐	☐
29.	dat u tot niets meer kunt komen? - - - - - - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
30.	dat het leven niet de moeite waard is? - - - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
31.	dat u geen belangstelling meer kunt opbrengen voor de mensen en dingen om u heen? - - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
32.	dat u 't niet meer aankunt? - - - - - - - - - - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
33.	dat het beter zou zijn als u maar dood was? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
34.	dat u nergens meer plezier in kunt hebben? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
35.	dat er geen uitweg is uit uw situatie? - - - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
36.	dat u er niet meer tegenop kunt? - - - - - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
37.	dat u nergens meer zin in hebt? - - - - - - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
Hebt u <u>de afgelopen week</u>:						
38.	moeite met helder denken? - - - - - - - - - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
39.	moeite om in slaap te komen? - - - - - - - - - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
40.	angst om alleen het huis uit te gaan? - - - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
Bent u <u>de afgelopen week</u>:						
41.	snel emotioneel? -	☐	☐	☐	☐	☐
42.	angstig voor iets waarvoor u helemaal niet bang zou hoeven te zijn? - *(bijvoorbeeld dieren, hoogten, kleine ruimten)*	☐	☐	☐	☐	☐
43.	bang om te reizen in bussen, treinen of trams? - - -	☐	☐	☐	☐	☐
44.	bang om in verlegenheid te raken in gezelschap van andere mensen? - - - - - - - - - - - - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
45.	Hebt u de afgelopen week weleens een gevoel of u door een onbekend gevaar bedreigd wordt? - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
46.	Denkt u de afgelopen week weleens "was ik maar dood"? -	☐	☐	☐	☐	☐
47.	Schieten u de afgelopen week weleens beelden in gedachten over (een) aangrijpende gebeurtenis(sen) die u hebt meegemaakt? - - - - - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
48.	Moet u de afgelopen week weleens uw best doen om gedachten of herinneringen aan (een) aangrijpende gebeurtenis(sen) van u af te zetten? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
49.	Moet u de afgelopen week bepaalde plaatsen vermijden omdat u er angstig van wordt? - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
50.	Moet u de afgelopen week sommige handelingen een aantal keren herhalen voordat u iets anders kunt gaan doen? - - - - - - - - - - - - - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐

© Copyright 1996 by Dr. B. Terluin, Almere, the Netherlands

Scoringsformulier voor de 4DKL

'nee' = score 0
'soms' = score 1
'regelmatig' of vaker = score 2

Distress	Depressie	Angst	Somatisatie
17	28	18	1
19	30	21	2
20	33	23	3
22	34	24	4
25	35	27	5
26	46	40	6
29		42	7
31		43	8
32		44	9
36		45	10
37		49	11
38		50	12
39			13
41			14
47			15
48			16
Interpretatie:			
matig verhoogd:	> 10	> 2	> 7	> 10
sterk verhoogd:	> 20	> 5	> 12	> 20

De 4DKL is auteursrechtelijk beschermd. Het copyright berust bij Dr. B. Terluin. De 4DKL is gratis voor niet-commercieel gebruik zoals in de zorg en bij wetenschappelijk onderzoek. Voor commercieel gebruik is een licentieovereenkomst nodig. Meer informatie, vertalingen en literatuurreferenties zijn te vinden op www.emgo.nl/researchtools/4dsq.asp.

Bijlage 7: Protocol

Inleiding

Naar aanleiding van de confrontatie met medestudenten die sinds het stagejaar klachten hebben van oververmoeidheid, overspannenheid en stress, leek het mij interessant om onderzoek te doen naar burn-out bij artsen. Doctors4Doctors is een geweldig initiatief dat zich focust op (preventie van) verminderd psychosociaal welbevinden van de arts (in opleiding). Aan de hand van mijn onderzoek wil ik een antwoord verkrijgen op volgende vragen: Welke artsen doen een beroep op Doctors4Doctors, wat zijn hun karakteristieken, waarom stromen sommigen niet voort naar de aangeboden begeleiding, wat is de evolutie in psychosociaal welbevinden bij degenen die begeleid zijn, zijn zij tevreden van Doctors4Doctors en wat is het langetermijneffect van de begeleiding?

Methode

In de eerste plaats wordt er een literatuurstudie uitgevoerd omtrent projecten die artsen met verminderd psychosociaal welbevinden begeleid hebben en die hebben nagegaan wat het langetermijneffect van deze begeleiding is. In dit kwantitatief en retrospectief onderzoek worden de resultaten van Dr. Eline Van Tilburgh omtrent het bereik en het effect van het project Doctors4Doctors geherevalueerd door haar enquêtes, mits aanpassingen, terug uit te voeren. Deze analyse wordt tevens uitgebreid naar de artsen die zich aanmelden voor het project maar niet doorstromen naar begeleiding, en er wordt nagegaan hoe het gesteld is met de artsen een jaar na de begeleiding. Bijkomend is het de bedoeling de respons voor het invullen van de enquêtes te verhogen en het invullen ervan te vergemakkelijken door de enquêtes online aan te bieden.

De gegevensverzameling loopt van 20/05/2016 tot 31/03/2017. Het aantal proefpersonen is minstens 7 à 13: Als je een verschil van distress (zie 4-dimensionale klachtenlijst) van 10 voor en na het onderzoek als relevant beschouwt (power van 80% en alfa 5%) dan heb je 7 tot 13 personen nodig. De leeftijd van de deelnemers is 25 tot ongeveer 67 jaar, het betreft alle artsen actief in het beroep die Doctors4Doctors contacteren en wensen deel te nemen aan dit onderzoek.

Artsen kunnen zich bij Doctors4Doctors aanmelden via hun website http://doctors4doctors.be/. Via mail komen zij vervolgens in contact met een arts van Doctors4Doctors (‘gatekeeper’) die hen doorverwijst naar een bijpassende hulpverlener (psychiater, arts met specifieke deskundigheid, psycholoog of coach) na een verkennend gesprek via telefoon of mail. De studiepopulatie wordt hierbij onderverdeeld in doorstromers en aanmelders. De doorstromers zijn de artsen die een begeleiding starten bij de hulpverlener naar wie ze werden doorverwezen. De aanmelders zijn degenen die uiteindelijk niet doorstromen naar verdere begeleiding. Zowel de doorstromers als de aanmelders krijgen een informatiebrief (zie bijlage) en, indien men wenst mee te werken aan het onderzoek, een informed consent (zie bijlage).

Elke arts die de gatekeeper contacteert, krijgt hiervan een gecodeerd nummer. Aan de hand van dit nummer, kunnen de artsen anoniem de enquêtes invullen die hen worden aangeboden door de gatekeeper (in het geval van de aanmelders) of door hun hulpverlener (in het geval van de doorstromers). De doorstromers krijgen de informatiebrief en krijgen de keuze om de vragenlijsten ofwel schriftelijk in te vullen na ondertekenen van het informed consent, zij krijgen dan ook een envelop en postzegels, ofwel kunnen zij de vragenlijsten invullen via een online survey welke wordt ontworpen via qualtrics (http://www.qualtrics.com/). Hierbij wordt eerst het informed consent aangeboden en verschijnt de vragenlijst pas wanneer men hiermee akkoord gaat. De aanmelders krijgen de informatiebrief en link naar de online enquête met informed consent via mail van de gatekeeper. Er is voor de onderzoeker

geen enkele manier om de vragenlijsten terug te koppelen aan een specifiek persoon aangezien enkel de gatekeeper (trusted third party) weet welke arts welk gecodeerd nummer heeft. Het gaat dus om anonieme gegevens.

De doorstromers krijgen in totaal 4 vragenlijsten (zie bijlage): Bij aanvang van de begeleiding samen met de vier-dimensionale klachtenlijst, na 2 maanden begeleiding en een jaar na start van de begeleiding. Deze laatste groep omvat zowel de artsen die nog in begeleiding zijn als de artsen die hun begeleiding afgerond hebben. De aanmelders krijgen 1 vragenlijst (zie bijlage). Ook de hulpverleners krijgen een vragenlijst (zie bijlage) na ten minste 2 maanden begeleiding van elke arts.

De gegevens van de vragenlijsten worden verzameld in Microsoft Excel en aan de hand van de Wilcoxon Signed Rank en Rank Sum test zal worden nagegaan of de verandering in welbevinden statistisch significant is op tijdstip t=2 (2 maanden) en t=12 (12 maanden).

Bijlage 8: Ethische Commissie

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

COMITE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Prof. dr. H. Bastiaens
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

De arts als patiënt: herevaluatie van een organisatie die zich toelegt op het psychosociaal welbevinden van de arts. (manama huisartsgeneeskunde Pieter Janssens)

datum	ons kenmerk	contact
21/03/2016	16/10/111	Annelies Van Looy Anniek Leeraert ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 21/03/2016 .

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  Janssens Pieter
- Informatie- en toestemmingsformulier NL dd. 1/03/2016
  versie 1
- Protocol dd. 1/03/2016
  versie 1
- Vragenlijst(en)
  - vragenlijst aanmelders, versie 1 dd. 01/03/2016
  - vragenlijst bij start van begeleiding, versie 1 dd. 01/03/2016
  - vierdimensionele klachtenlijst (4DKL)
  - vragenlijst na twee maanden begeleiding, versie 1 dd. 01/03/2016
  - vragenlijst coach na twee maanden begeleiding, versie 1 dd. 01/03/2016
  - vragenlijst 12 maanden begeleiding, versie 1 dd. 01/03/2016

De volgende opmerkingen werden nog gemaakt:

1) Gelieve de titel van het onderzoek te vermelden op het ICF.

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 16/10/111

datum: 21/03/2016

ons kenmerk: 16/10/111

contact:
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
ethisch.comite@uza.be

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:
-Startdatum inclusie patiënten
-Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
- o Nooit opgestart
- o Vroegtijdig stopgezet
- o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk