Zelfzorg bij de huisarts (in opleiding): identificatie van emoties en coping strategieën bij burn-out

Manolito De Bruycker, Universiteit Gent

Promotor: dr. Peter Decat

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2018 – 2020

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

1. Voorwoord

Deze masterproef heeft als bedoeling de onderliggende emoties of belevingen die huisartsen en huisartsen in opleiding ervaren bij burn-out, te identificeren. Met als uiteindelijk doel suggesties te formuleren omtrent de aanpak van burn-out bij huisartsen. Het werd uiteindelijk een werk met de nodige struikelblokken. Na enig opzoekwerk en meerdere analyses van de gevonden resultaten werd volgend resultaat bekomen.

Alvorens dieper in te gaan op het onderwerp en de gevonden resultaten, wil ik graag enkele mensen bedanken voor hun bijdrage aan het tot stand brengen van dit werk.

In eerste instantie wil ik graag mijn promotor, dr. Peter Decat bedanken voor de begeleiding. Hij bracht me de nodige inzichten bij rond kwalitatief onderzoek en voorzag me van constructieve commentaar.

Daarnaast wil ik ook mijn collega-onderzoeker Tom Beyaert bedanken voor de samenwerking tijdens het uitvoeren van de focusgroepgesprekken en interviews.

Verder wil ik ook al onze deelnemers hartelijk danken voor hun medewerking en fantastische bijdrage tijdens de gesprekken.

Ook een woord van dank naar mijn partner en mijn familie voor hun ondersteuning tijdens het schrijven van dit werk.

Tot slot wens ik ook mijn opleider, dr Melissa Musschoot, te bedanken voor haar bijdrage en oprechte interesse in het onderwerp.

Ik wens u, de lezer, alvast veel leesplezier.

Manolito De Bruycker

2. Inhoudsopgave

1. Voorwoord ... 1
2. Inhoudsopgave ... 2
3. Abstract ... 4
4. Inleiding ... 5
5. Oriënterend literatuuronderzoek ... 7
   5.1. Inleiding ... 7
   5.2. Methodologie ... 7
      5.2.1. Zoekstrategie ... 7
         Bepaling van de zoekstrategie ... 7
         Onderzoeksvraag ... 7
         Doel ... 7
         Zoektermen en zoekstreng ... 7
         Inclusie en exclusiecriteria ... 7
         Gebruikte databases ... 8
      5.2.2. Selectie van artikels ... 8
      5.2.3. Kwaliteitsbeoordeling ... 8
   5.3. Resultaten ... 9
      5.3.1. Inleiding ... 9
      5.3.2. Arts-gebonden factoren ... 9
      5.3.3. Systeem-gebonden factoren ... 10
      5.3.4. Preventie en aanpak ... 12
   5.4. Besluit ... 13
6. Kwalitatief onderzoek: focusgroepgesprekken en interviews ... 13
   6.1. Inleiding ... 13
   6.2. Methodologie ... 13
      1.1.1. Deelnemers ... 13
      1.1.2. Procedure ... 13
      1.1.3. Analyse ... 14
   6.3. Resultaten ... 14
      6.3.1. Demografische gegevens ... 14
      6.3.2. Emoties en coping strategieën bij klachten van burn-out ... 15
         6.3.2.1. Angst ... 16
            6.3.2.1.1. Angst om verkeerd te doen ... 16
            6.3.2.1.2. Onzekerheid in het huisartsenberoep ... 17

6.3.2.1.3. Financiële angst 18
6.3.2.2. Continu drukgevoel 19
6.3.2.2.1. Druk vanuit de patiënten 19
6.3.2.2.2. Professionele druk 20
6.3.2.2.2.1. Druk die men zichzelf oplegt 20
6.3.2.2.2.2. Druk van collega's/praktijkwerking 21
6.3.2.2.2.3. Druk van andere zorgverleners en overheidsinstanties 22
6.3.2.2.3. Niet-professionele druk 23
6.3.2.2.4. Onvoorspelbaarheid 24
6.3.2.3. Machteloosheid 24
6.3.2.3.1. Werkgerelateerde machteloosheid 24
6.3.2.3.2. Het hulpverlenerssyndroom 25
6.3.2.4. Gevoel van falen 26
6.3.2.4.1. De *"aard van het beestje"* 26
6.3.2.4.2. Plichtsbesef 27
6.3.2.4.3. Trots 27
7. Discussie 28
7.1. Bevindingen in de literatuur en tijdens het kwalitatief onderzoek 28
7.2. Limitaties van deze studie 30
7.3. Verdere studies 30
8. Conclusie 31
9. Referentielijst 33
10. Verplichte bijlagen 36
10.1. Goedkeuring Ethisch Comité 36
10.2. Goedkeuring amendement 4/9/19 38
10.3. Goedgekeurd protocol 39
10.4. Goedgekeurd amendement 4/9/19 40
11. Andere bijlagen 40
11.1. Tabel 1: overzicht gebruikte artikels 40
11.2. Themalijst gebruikt bij het uitvoeren van de focusgroepgesprekken 47

3. Abstract

Zelfzorg bij de huisarts (in opleiding): identificatie van emoties en coping strategieën bij burn-out.

Huisarts-in-opleiding: Manolito De Bruycker, Universiteit Gent. Academiejaar: 2019-2020.
Promotor: dr. Peter Decat, Universiteit Gent
Praktijkopleider: dr. Melissa Musschoot.

Achtergrond: huisartsen en huisartsen in opleiding hebben regelmatig te maken met gevoelens van stress. Dit kan ook bij hen leiden tot burn-out. In 2018 publiceerde het Kenniscentrum Federale Gezondheidszorg reeds een rapport over de aanpak van burn-out. Verder werden er verschillende organisaties zoals 'Arts in Nood' en 'Doctors4Doctors' in het leven geroepen om artsen met burn-out klachten te helpen. In de literatuur is er reeds heel wat onderzoek verricht naar externe factoren van klachten van burn-out, zoals werkdruk en administratie. Verschillende strategieën werden hierbij uitgewerkt om de invloed van deze factoren te reduceren. Er is tot op heden weinig onderzoek verricht naar mogelijke factoren bij de artsen zelf. Ook de emoties of belevingen die zij voelen bij klachten van burn-out zijn weinig gedocumenteerd.

Onderzoeksvraag: het doel van deze studie is om emoties of belevingen die huisartsen (in opleiding) ervaren bij klachten van burn-out, in kaart te brengen. Ook de eventuele coping strategieën zullen worden gedocumenteerd in deze studie.

Methode: er werd een literatuurstudie en een kwalitatief onderzoek verricht. Het kwalitatief onderzoek bestond uit 4 focusgroepgesprekken en 4 interviews bij 43 artsen, al dan niet in opleiding. De analyse werd uitgevoerd aan de hand van een fenomenologische codeboom in *Nvivo*.

Resultaten: Angst, een gevoel van continue druk, machteloosheid en gevoel van falen zijn de meest frequent gerapporteerde onderliggende emoties. Deze gevoelens werden vaak teruggekoppeld aan frustraties in de dagelijkse praktijk. De artsen gaven hierbij aan dat het opstapelen van deze gevoelens uiteindelijk kan leiden tot burn-out. Het omgaan met deze emoties is echter niet altijd eenvoudig en vaak heeft de huisarts een verkeerde attitude ten aanzien van burn-out klachten. Er dient werk gemaakt te worden van het ontwikkelen van een positieve en gezonde attitude, waarbij de arts rekening houdt met het eigen welbevinden.

Conclusie: huisartsen (in opleiding) ervaren heel wat emoties wanneer zij klachten van burn-out ervaren. Hiermee omgaan is niet altijd eenvoudig. Er dient meer aandacht te gaan naar het ontwikkelen van een positieve en gezonde attitude als (huis)arts waarbij men het eigen welbevinden goed in het oog houdt.

Contact: manolito.debruycker@gmail.com

4. Inleiding

Stress, surmenage en burn-out, 3 problemen waar gezondheidswerkers steeds vaker mee te maken krijgen. Een toenemende vergrijzing, verhoging van de werkdruk en minder middelen worden vaak aangehaald als oorzaak hiervan. Ook in het huisartsenberoep is burn-out een belangrijk probleem. In 2010 publiceerde het Kenniscentrum Federale Gezondheidszorg (KCE) reeds een rapport betreffende de aanpak van burn-out. Buiten België werden reeds verschillende studies opgezet omtrent het probleem van surmenage en burn-out bij huisartsen. In België worden er de laatste tijd ook studies opgezet, maar tot op heden blijft het een onderschat probleem. Het is een onderwerp waar nog steeds een taboe rond heerst. Artsen durven vaak niet praten over hun psychosociale problemen. Om die reden werd 3 jaar geleden 'Arts in Nood' (AIN) in het leven geroepen. Zij proberen samen met Doctors4Doctors een draagvlak te bieden voor artsen die kampen met psychosociale problemen. Men merkt bij deze organisaties dat er inderdaad heel wat artsen klachten van burn-out ervaren. Vaak hebben ze reeds geprobeerd om de problemen zelf op te lossen, maar het lukt hen niet. Het betreft hier bovendien niet alleen artsen die al enige jaren werken. Het gaat ook om jonge, startende of zelfs in opleiding zijnde huisartsen. Dit benadrukt de ernst van burn-out in het beroep en de nood aan meer onderzoek. Immers gaat burn-out vaak gepaard met een tendens van verhoogde alcoholconsumptie, medische fouten, verhoogde suïcidaliteit en slechtere outcome bij patiënten. (1–3) Er is dan ook een zekere noodzaak om burn-out bij de huisarts, maar ook in het algemeen bespreekbaar te maken.

Reeds in 1981 werd een score opgesteld om burn-out te onderzoeken en de incidentie ervan in te schatten. Deze op vragenlijsten gebaseerde score, de Maslach Burn-out Inventory (MBI), zorgt in de praktijk echter voor heel wat heterogeniteit tussen studies. Deze wordt veroorzaakt door ruime marges in de cut-off waarden. (4) In 2019 ontwikkelden onderzoekers aan de KU Leuven de Burn-out assessment Tool (BAT). Deze tool omvat een beter gedefinieerde vragenlijst met duidelijk gevalideerde cut-off waarden. Hierdoor is een uniformere analyse mogelijk tussen verschillende studies. Een belangrijke aanvulling in deze tool is de introductie van cognitieve ontregeling als oorzaak van burn-out. (5)

Binnen de BAT worden 3 kernsymptomen besproken: uitputting, cognitieve ontregeling en emotionele ontregeling. Bij het onderzoeken van deze symptomen wordt in de meeste studies vooral aandacht besteed aan de externe factoren. Het gaat hier dan vooral om werk gerelateerde problemen. Er wordt echter weinig aandacht besteed aan de onderliggende redenen van burn-out. Wat maakt nu dat de ene arts net meer gevoelig is voor de verschillende stressoren die er zijn in het huisartsenberoep? En hoe kunnen we dit aanpakken?

Het doel van deze studie is om net deze emoties of belevingen in kaart te brengen. Alsook de mogelijke coping strategieën. Er werd in eerste instantie een literatuurstudie uitgevoerd om de reeds gekende problemen en mogelijk coping strategieën in kaart te brengen.
Op basis hiervan werd vervolgens een themalijst opgesteld om in een tweede fase een kwalitatief onderzoek te voeren aan de hand van focusgroepen en interviews bij Vlaamse huisartsen en HAIO's. Dit onderzoek werd samen met collega Tom Beyaert uitgevoerd en is specifiek gericht op het achterhalen van de beleving en emoties bij de huisartsen wanneer ze klachten van burn-out ervaren. Een kort overzicht van coping strategieën zal ook gegeven worden. Nadien wordt dit becommentarieerd in de discussie.

5. Oriënterend literatuuronderzoek

5.1. Inleiding

Om een duidelijk beeld te krijgen van burn-out bij huisartsen werd eerst een literatuuronderzoek verricht. Zodoende werd een theoretische basis gelegd om de verdere strategie van het kwalitatief onderzoek te bepalen. Er werd specifiek gezocht naar literatuur waarin risicofactoren en coping strategieën bij burn-out bij huisartsen (in opleiding) werden besproken.

5.2. Methodologie

5.2.1. Zoekstrategie

Bepaling van de zoekstrategie

- Populatie: huisartsen en huisartsen in opleiding
- Focus: risicofactoren van burn-out, coping strategieën bij burn-out.
- Context: eerstelijnszorg, beleidsniveau

Onderzoeksvraag

Wat is er reeds bekend rond risicofactoren en coping strategieën bij burn-out bij huisartsen?

Doel

Samenvatten van de gevonden literatuur ten einde een basis te vormen voor verder kwalitatief onderzoek.

Zoektermen en zoekstreng

“Burnout”, “Stress”, “general practitioner” / Burnout AND general practitioner

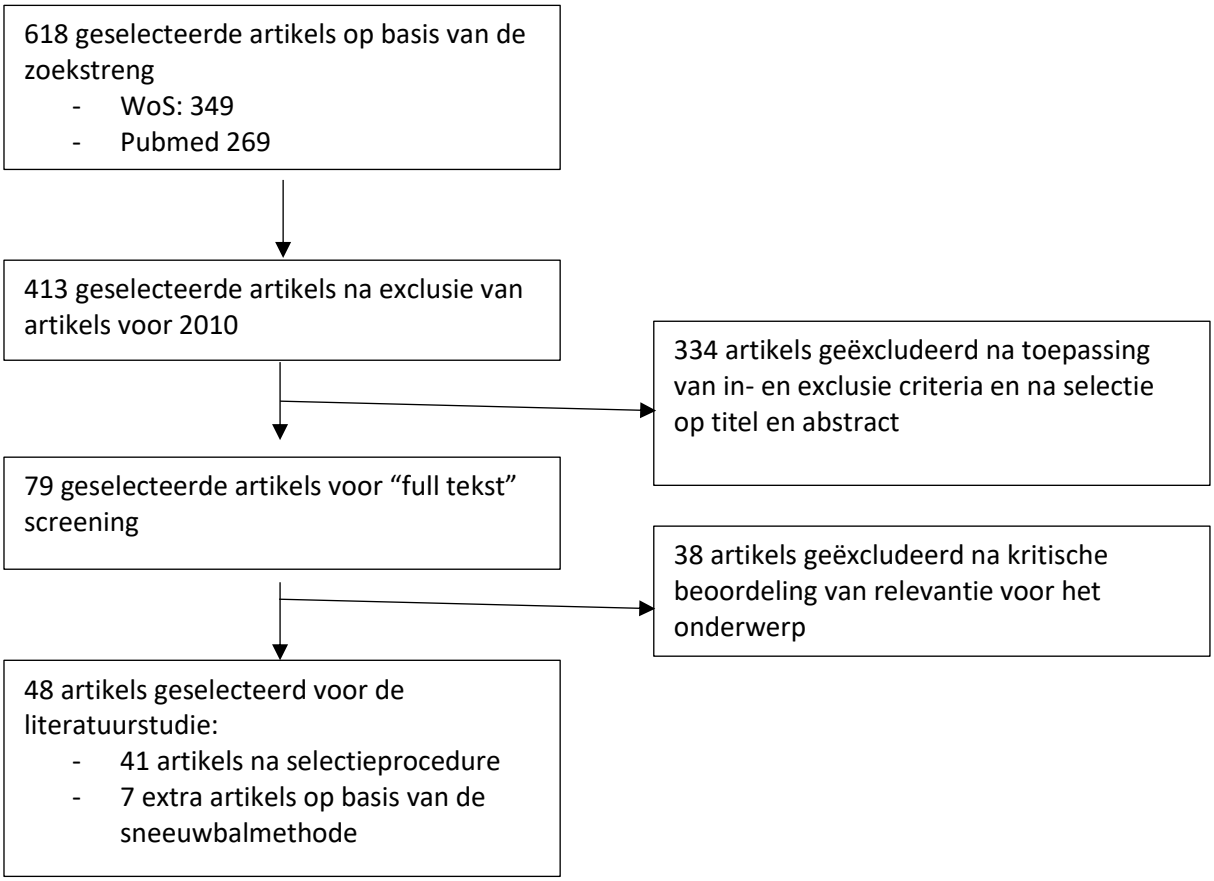
Inclusie en exclusiecriteria

- Inclusiecriteria
    - Engelstalige artikels
    - Publicatie tussen 2010 en 2019
    - Full tekst beschikbaar
    - Thema: “primary care”; “public health services”; “Health care sciences services”
- Exclusiecriteria
    - Artikels waarin ook andere artsen worden besproken
    - Commentaren
    - Casereports/ editorials
    - Opiniestukken

Gebruikte databases

Pubmed en Web of Science (WoS)

5.2.2. Selectie van artikels



5.2.3. Kwaliteitsbeoordeling

De kwaliteit van de gevonden 49 artikels werd beoordeeld aan de hand van een Nederlandstalige Cochrane checklist (6). In bijlage 11.1 kan een overzicht gevonden worden van de eigenschappen van de artikels. Er werden 7 extra artikels gevonden aan de hand van de sneeuwbalmethode. Deze werden omwille van hun relevantie behouden. Twee van deze artikels vielen buiten het initiële tijdsbestek. (2,7)

5.3. Resultaten

5.3.1. Inleiding

Zoals reeds in de inleiding besproken is de definitie van burn-out niet eenduidig. (4) Dit werd ook duidelijk bij het bestuderen van de geïncludeerde artikels voor het uitvoeren van het literatuuronderzoek. Om enigszins een uniforme analyse te doen gebruiken de meeste artikels 3 pijlers om burn-out bij huisartsen te beschrijven zoals beschreven in de MBI: depersonalisatie (DP), emotionele uitputting (EU) en persoonlijke verwezenlijking (PV). Wanneer er sprake is van burn-out scoort men hoog op DP en EU en laag op PV. Men ziet echter wel reeds een weerslag op de emotionele toestand van arts wanneer deze op één van deze 3 categorieën slecht scoort. Dit is vooral het geval wanneer men hoog scoort voor emotionele uitputting. (1, 2, 4, 8–23)

De meeste studies verzamelen hun data omtrent burn-out bij huisartsen aan de hand van (anonieme) vragenlijsten of interviews. Hierbij wordt specifiek gepeild naar oorzaken of factoren die de huisartsen zelf aangeven. Om deze factoren op te sommen kan de indeling volgens Nanda et al. nuttig zijn. Zij catalogiseren de factoren in 2 grote groepen: arts-gebonden en systeem-gebonden. De arts-gebonden factoren worden weergegeven als verantwoordelijkheidszin, excellentie, curatieve competentie en empathie. De systeem-gebonden factoren omvatten de werkdruk, inefficiëntie van de zorg en administratieve belasting. (24)

5.3.2. Arts-gebonden factoren

Alam et al. deden in 2017 een systematische review van de literatuur omtrent diagnostische onzekerheid. Hieruit werd duidelijk dat de onzekerheid in diagnose expliciet deel uitmaakt van het huisartsenberoep. Dit impliceert ook de mogelijkheid van een medische fout. Het omgaan met deze onzekerheid, alsook met de mogelijkheid van een medische fout is daarbij zeer arts-afhankelijk. Dit kan gezien worden als de **curatieve competentie** die artsen ervaren. Het genezen van mensen is voor de arts een belangrijk aspect van zijn beroep, maar door de ambiguïteit van sommige klachten en diagnoses kan het er ook voor zorgen dat het uitputtend wordt. Zeker wanneer diagnoses worden gemist of wanneer de patiënten hun ontevredenheid uiten. Op termijn kan dit dan ook leiden tot klachten van burn-out. (25) Dit fenomeen treedt reeds op in de opleiding. HAIO's hebben vaak nog meer te kampen met diagnostische onzekerheid. Ook bij deze populatie ziet men klachten van burn-out ontstaan. Zeker wanneer zij onvoldoende begeleid worden of wanneer ze hun bezorgdheden niet kunnen uiten. Indien burn-out zich reeds bij de arts in opleiding voordoet, ziet men ook dat de professionele evolutie vertraagd wordt. Door de negatieve emoties gekoppeld aan burn-out wordt er immers onvoldoende gewerkt aan het omgaan met de onzekerheid. Men stelt ook vast dat het aantal artsen die uiteindelijk stoppen met de uitoefening van het beroep hoger is bij artsen die reeds in hun opleiding te kampen hadden met burn-out. (23,26–28)

Het hebben van **verantwoordelijkheidszin** is eigen aan het beroep. Men zorgt voor anderen. Vanuit de opleiding wordt er geijverd naar het zo goed mogelijk uitoefenen van het beroep. Hierdoor is **perfectionisme** een veelvoorkomende karaktereigenschap bij de huisartsen. Dit staat haaks op de hedendaagse tendens dat men een goede *work-life balance* wil als huisarts. De meeste artsen die kampen met klachten van burn-out zien dat ze zich verliezen in hun werk en dat de huishoudelijke taken of het gezin volledig naar de achtergrond verdwijnen. (3,9,14,29,30) Het is een moeilijk te vinden evenwicht. Zeker in gebieden met minder middelen of gebieden waar er weinig huisartsen werken en de werkdruk hoog is. Men wil in die gebieden de patiënten blijven helpen, maar hierdoor wordt verantwoordelijkheidszin vaak **zelfopoffering**. Hierdoor ziet men ook duidelijk dat in gedepriveerde regio's de huisarts meer risico op burn-out heeft. (20,31)

In de opleiding van huisartsen wordt er heel wat aandacht besteedt aan het empathisch vermogen van de arts. **Empathie** is immers een belangrijke eigenschap in de communicatie met de patiënt. Er blijkt echter een zeer ambigue rol weggelegd voor deze factor. Het is belangrijk voldoende aandacht te besteden aan het ontwikkelen van empathie tijdens de opleiding, maar men ziet ook dat dit bij sommige artsen gepaard kan gaan met een **te sterke betrokkenheid** bij een patiënt. Wat dan op zich terug een aanleiding is om emotionele uitputting te ervaren en uiteindelijk te evolueren naar burn-out. (8,10,12,17,19,26,27,32) Het hebben van empathie kan zeker ook beschermend werken. Zo zien Hojat et al. in een studie bij geneeskundestudenten dat studenten met hoge scores op empathie zichzelf beter kunnen inschatten en een verhoogde score vertonen op persoonlijke verwezenlijking. (10) Een mogelijke belangrijke bevinding werd gerapporteerd door Lamothe et al. Zij stellen dat een verhoogde empathie vooral **protectief** is wanneer de arts beter in staat is om te relativeren. Bovendien is het relativeren op zich ook al positief gecorreleerd met een verminderde kans op burn-out. (17)

5.3.3. Systeem-gebonden factoren

De systeem-gebonden factoren in het probleem van burn-out bij huisartsen zijn reeds extensief beschreven. De belangrijkste redenen die worden aangegeven in de literatuur zijn vooral werkdruk, inefficiëntie van zorg en de administratieve belasting. (3, 8, 12–15, 22, 27-28, 30, 32–42)

De **werkdruk** blijkt sterk gecorreleerd met een beperkte intrinsieke motivatie van de arts. (8) Men ziet bovendien dat een hoge werkdruk gepaard gaat met hogere scores op depersonalisatie. Dit betekent dus ook een verhoogde kans op burn-out. (2,8,9,13,33,43) Een groot probleem stelt zich bijvoorbeeld in gebieden waar **weinig artsen beschikbaar** zijn. In het Verenigd koninkrijk is er momenteel sprake van een crisis in de eerste lijn. De onderzoeken hieromtrent tonen aan dat heel wat huisartsen klachten van burn-out ontwikkelen door de enorme belasting die zij ervaren door tijdsdruk tijdens het werk. Vooral omdat zij op een korte periode veel patiënten moeten zien.

Bovendien hebben ze vaak weinig middelen. Dat er hierdoor collega's uitvallen of gewoonweg stoppen met het uitoefenen van het beroep zorgt voor een nog grotere belasting. Daarenboven blijkt ook de patiënt uiteindelijk nadelig beïnvloed te worden door de heersende problematiek. Immers gaat een verhoogde werkdruk vaak gepaard met een verhoogde kans op **missen van diagnoses** en **verminderde perceptie van veiligheid**. (3,9,30,33,35,36,41)

Naast de werkdruk is er ook de **inefficiëntie van zorg** die wordt aangehaald als een mogelijke uitlokkende factor van burn-out. Hieronder wordt vooral verstaan dat artsen vaak het gevoel hebben onvoldoende ondersteund te zijn. Dit kan zowel gaan om intercollegiale steun als om overheidssteun. Zeker in gebieden met veel armoede speelt dit een belangrijke rol in de ontwikkeling van burn-out bij huisartsen. (20,31) Een belangrijke vaststelling is dat een zekere evenredige verdeling van middelen protectief kan werken bij burn-out. Zo ziet men dat huisartsen algemeen meer job tevredenheid hebben wanneer ze weten dat er een evenredige verdeling van middelen is. Ook wanneer zij op een efficiënte manier kunnen doorsturen naar het ziekenhuis is er meer tevredenheid. Deze tevredenheid uit zich in een beter **welbevinden** van de huisarts. Men ziet ook dat dit een positieve invloed heeft op scores van depersonalisatie. (11,16,30,33,41,44) Vedsted et al. rapporteren daarnaast ook een duidelijk verband tussen burn-out en de manier van praktijkvoering. In hun onderzoek stellen ze dat artsen met vrije raadpleging een verhoogde kans op burn-out hebben ten opzichte van de artsen met raadplegingen op afspraak. Net omdat men door vrije raadplegingen te doen meer patiënten ziet en zo de werkdruk toeneemt. (45)

De **administratieve belasting** is een laatste heel belangrijk punt dat meermaals aan bod komt in de literatuur. Het is misschien dé reden die het vaakst naar boven komt als men artsen bevraagt naar de redenen om symptomen van burn-out te ontwikkelen. Artsen geven aan de ze **teveel uren** moeten besteden aan het verwerken van administratie. Men hekelt vaak de administratie die opgelegd wordt vanuit de overheidsinstanties, zonder dat men er veel voor terugkrijgt. (35) **Technologie** heeft hierin een heel dubbele rol. Waar het initieel bedoelt is om de huisarts te ontlasten, zien onderzoekers toch dat dit voor sommige artsen net een extra belasting toevoegt. (18,33,46) Administratie is dus een belangrijke factor in het ontwikkelen van symptomen van burn-out, daar een te hoge belasting ook weer leidt tot verhoogde emotionele uitputting en depersonalisatie. (7, 11, 12, 14, 17-23, 33–37,43)

5.3.4. Preventie en aanpak

Het aanpakken van burn-out bij huisartsen is ook al onderzocht en meerdere strategieën werden reeds ontwikkeld in de preventie van burn-out. Naast structurele wijzigingen op niveau van de arts en op organisatieniveau, zijn er ook een aantal factoren die niet verbonden zijn aan het beroep. Zo merkt men dat het hebben van een **stabiele relatie en een goede lichamelijke gezondheid** preventief zijn in het ontwikkelen van burn-out. Daarnaast rapporteren Halliday et al. dat het hebben van de nodige ***grinta*** als huisarts ook een protectieve rol kan hebben in de ontwikkeling van burn-out. Zij zien hierbij een belangrijke rol in het ontwikkelen van **weerbaarheidstrainingen** in de opleiding tot huisarts. (2,15,16,45,47)

Voor wat betreft de aanpak van burn-out bij huisartsen op het **individuele niveau** rapporteren onder andere Verweij et al. het gebruik van mindfulness-gebaseerde technieken om stress te reduceren. Deze weliswaar beperkte studies tonen een belangrijke reductie in de stresservaring bij huisartsen. Bovendien zijn deelnemers heel positief over deze manier van interventie. Er worden ook positieve effecten gezien van educatietrainingen. Deze zijn specifiek bedoelt om beter zelfinzicht te krijgen. Zodat men sneller kan ingrijpen als men ziet dat het fout loopt. (13,29,37,48)

De aanpak op **organisatieniveau** is complexer. Zo stellen meerdere auteurs dat een toename in het aantal huisartsen alleen, onvoldoende is. Meer en evenredige distributie van middelen is nodig, zeker in arme gebieden. (20,31) Daarnaast dient men ook meer tijd in te plannen per patiënt om zo de werkdruk te doen dalen. (2–4,23,26,41,43) Deroost et al. rapporteren dat huisartsen zich ook veel beter voelen wanneer er een intra disciplinaire bespreking mogelijk is. Dit uit zich dan in de vorming van groepspraktijken of samenwerkingsverbanden tussen praktijken. (49)

Het effect van de individuele interventies is echter vaak beperkt. Dit omdat het **weerbaar maken** van de arts alleen niet voldoende is. Een combinatie met een goed gestructureerde aanpak op organisatieniveau is nodig om een adequate aanpak van burn-out te garanderen, waarbij **preventie de prioriteit** is. (2,3,13,14,23,26,37,43,48,49)

5.4. Besluit

Aan de hand van de belangrijkste bevindingen in de literatuur is het duidelijk dat een belangrijk percentage van huisartsen klachten van burn-out ervaren. Wat hierbij opvalt is dat er tot op heden vooral aandacht wordt besteed aan de **externe factoren** die burn-out in de hand kunnen werken. De intrinsieke factoren werden in sommige artikels weliswaar meer in detail besproken, maar vaak gekoppeld aan de externe factoren. Het lijkt vooral interessant om na te gaan wat de onderliggende, diepere redenen zijn achter deze factoren. Waarom is werkdruk net voor die bepaalde arts een reden van burn-out? Welke gevoelens hebben sommige artsen tijdens hun beroepsuitoefening? En zouden die volgens hen kunnen leiden tot burn-out? Hoe gaan ze hier mee om?

Het doel van deze studie is om net deze belevingen of emoties uit te zoeken, alsook de redenen waarom men net deze gevoelens toont en associeert met sommige zaken. Deze zullen uitvoerig besproken worden. Daarnaast is het ook een doel om coping strategieën te documenteren, om op die manier richtinggevende adviezen te kunnen formuleren voor verder onderzoek en beleid.

6. Kwalitatief onderzoek: focusgroepgesprekken en interviews

6.1. Inleiding

Na de literatuurstudie werd beslist om samen met collega-onderzoeker Tom Beyaert focusgroepgesprekken te voeren met huisartsen in Vlaanderen. Er werd hierbij gebruik gemaakt van de bevindingen in de voorafgaande literatuurstudie. Vooral werkdruk, onvoldoende ondersteuning en te weinig middelen werden beschouwd als de belangrijkste factoren om een burn-out te ontwikkelen. (1-3, 7–23, 25–49) Deze factoren werden gebruikt om een themalijst op te stellen om de discussie tijdens de focusgroepgesprekken op gang te brengen. (Bijlage 11.2)

6.2. Methodologie

1.1.1.Deelnemers

In totaal namen 43 Vlaamse huisartsen en HAIO's deel aan deze studie. Eén focusgroep bestond gemiddeld uit 10 deelnemers. Deze focusgroepen werden georganiseerd in lokale kwaliteitsgroepen (LOK's) voor de huisartsen of in seminarie-verband bij HAIO's. Daarnaast werden ook 4 diepte-interviews afgenomen.

1.1.2. Procedure

De kwalitatieve gegevensverzameling gebeurde in de periode oktober 2019-februari 2020 door twee onderzoekers. In deze periode werden lokale kringen geïnformeerd over deze studie en het verloop van een dergelijk focusgroep. Ook het onderwerp werd reeds meegedeeld aan de potentiële deelnemers. De focusgroepen gingen door in lokale faciliteiten. Er werden hierbij respectievelijk twee focusgroepgesprekken gehouden in LOK-verband en twee in seminarieverband. De diepte-

interviews werden afgenomen in praktijkverband of in huiselijke setting. Na het bekomen van een informed consent van iedere deelnemer werden de topics uit de overzichtslijst aangebracht en in groep besproken. De diepte-interviews werden nadien uitgevoerd om resultaten uit de analyse van de focusgroepgesprekken dieper uit te spitten. Ieder focusgroepgesprek en interview werd opgenomen en daarna uitgeschreven.

1.1.3. Analyse

De transcripten werden door beide onderzoekers afzonderlijk gecodeerd door middel van *Nvivo 12 pro-software*. Waarna een thematische analyse werd uitgevoerd van de topics die aan bod gekomen waren tijdens de te gesprekken. De bekomen coderingen werden vervolgens samengelegd en in een uniforme codeboom gegoten. Deze werd met de promotor besproken. Tijdens dit gesprek werd een nieuwe codeboomstructuur opgesteld met meer fenomenologische inslag. Daarbij kwam de focus te liggen op een diepgaandere analyse van de beleving van artsen bij burn-out. Beide onderzoekers voerden nadien een eigen analyse aan de hand van deze codeboom.

6.3. Resultaten

6.3.1. Demografische gegevens

In totaal werden er 43 huisartsen en HAIO's gerekruteerd in deze studie. Het betreft 19 HAIO's en 24 huisartsen. Er deden 21 mannen en 22 vrouwen mee aan de studie. Het grootste aantal artsen werd gerekruteerd uit de leeftijdscategorie jonger dan 40 jaar. (n=24) Slechts een klein gedeelte van de gerekruteerde artsen was ouder dan 60 jaar. (n=8) De meerderheid van de deelnemers was verder werkzaam in een duo- of groepspraktijk (n=27). Eén arts was werkzaam als vervangingsarts. (tabel 6.3.1.1.)

Leeftijdscategorie	**Aantal**
<40	24
40-59	11
60 en ouder	8
Totaal	43

Type praktijk werkzaam (artsen en HAIO's)	**Aantal**
Solo	15
Duo/Groep	27
Vervanging	1
Totaal	43

Tabel 6.3.1.1. Aantal artsen per leeftijdscategorie en type praktijk

6.3.2. Emoties en coping strategieën bij klachten van burn-out

Op basis van de analyse van de focusgroepgesprekken en interviews konden een aantal grote emoties weerhouden worden bij klachten van burn-out: angst, een continu drukgevoel, machteloosheid en een gevoel van falen. Deze 4 emoties blijken meerdere artsen te voelen op verschillende momenten in hun beroepsleven. Aansluitend voor elk van deze emoties zijn er ook coping strategieën besproken. In tabel 6.3.2.1. Kan een onderverdeling gevonden worden.

Gevoel	Onderliggende factoren	Coping strategieën
ANGST	- Angst om verkeerd te doen - Onzekerheid in het beroep o Diagnostisch o Praktijk opstarten - Financiële angst	- Relativeren - Collegialiteit - Goede praktijkorganisatie - Job diversiteit behouden - Financiële buffer
CONTINUE DRUKGEVOEL	- Druk vanuit patiënten - Professionele druk o Vanuit zichzelf o Vanuit collega's & praktijk o Vanuit andere zorgverleners en overheidsinstanties - Niet-professionele druk - Onvoorspelbaarheid	- Grenzen afbakenen - Ontspanning inbouwen - De *lat* lager leggen - Goede praktijkorganisatie - Open communicatie - Open communicatie - Relativeren - Communicatie/ tijd maken - Trainen van weerbaarheid
MACHTELOOSHEID	- Werkgerelateerd - Het hulpverlenerssyndroom	- Praktijkorganisatie - Collegialiteit en communicatie - Job diversiteit behouden
EEN GEVOEL VAN FALEN	- Door de "*aard van het beestje"* - Plichtsbesef	- Relativeren - Eigen grenzen erkennen - Eigen grenzen erkennen

	- Trots	- Eigen standaard lager leggen - Gemist kunnen/durven worden - Denkpatroon wijzigen

Tabel 6.3.2.1. Belangrijkste emoties en de onderliggende factoren met mogelijke coping strategieën

6.3.2.1. Angst

Een eerste belangrijke emotie die frequent werd opgeroepen is **angst**, in de breedste zin van zijn betekenis. Vele artsen krijgen op een bepaald punt in hun leven te maken met angst en voor sommigen is dit uiteindelijk een reden om een burn-out te krijgen.

6.3.2.1.1. Angst om verkeerd te doen

De meest frequent genoemde vorm van angst is de angst om **verkeerd te doen.** Elke arts erkende deze angst. Er is de angst om verkeerd te doen in de ogen van collega's, maar ook in de ogen van de patiënt. Een groot deel van de onderzochte artsen geeft aan dat dit iets is wat hen bezig heeft. Zeker omdat men het idee heeft steeds meer verantwoordelijkheid te dragen. Er wordt ook steeds meer verwacht van de patiënt uit, hierdoor wordt de angst voor een eventuele vervolging bij fouten groter. Bovendien is er vooral bij de oudere collega-huisartsen een zekere angst om beoordeeld te worden op de eigen werkwijze door andere collega's. Het betreft hier collega's zowel in de eigen praktijk als op de wachtpost.

> *"Je beleeft een paar bange nachten. Je kan is ventileren, maar het is wel persoonlijk, want jij hebt die fout gemaakt" [FG1, vrouw, solo]*
>
> *"Ik kom hier (wachtpost cfr.) met schrik want ik voel me zo bekeken door de andere collega's" [FG1, man, solo]*
>
> *"Er zitten daar nu jongere artsen die anders werken" [DI1, vrouw, groep]*

Een belangrijke manier om te kunnen omgaan met deze angst is het kunnen **relativeren** van problemen. De meeste artsen geven aan dat dit hen toch helpt wanneer ze het moeilijk hebben als er is iets fout loopt. Daarnaast is het ook belangrijk dat men zichzelf niet als alwetend beschouwd.

> *"Ik wil niet voor iedereen spreken, maar ik denk dat we allemaal wel is een fout hebben." [FG1, man, solo]*

6.3.2.1.2. Onzekerheid in het huisartsenberoep

Er is ook de angst die ontstaat uit de onzekerheid die soms samenhangt met het huisartsenberoep. De grote meerderheid van de artsen geeft aan toch regelmatig last te hebben van **diagnostische onzekerheid**. Als de deelnemers hierover verder werden bevraagd geven zij ook aan dat ze dit zien als een belastende factor, die wanneer de onzekerheid te groot wordt, kan leiden tot disfunctionaliteit en uiteindelijk burn-out als huisarts. Er wordt ook aangegeven dat de toenemende kennis en mondigheid van de patiënten hier ook deel van uitmaakt. Men heeft schrik iets te missen. In het kader van de wacht wordt die onzekerheid nog groter. Dit is vooral een gevolg van het feit dat men de patiënten op een wachtpost niet kent en men de voorgeschiedenis niet kan gaan uitpluizen. Een vaststelling tijdens de gesprekken is wel dat dit vooral door oudere artsen als een stressfactor wordt gezien. Terwijl de jongere artsen hier minder problemen mee ervaren. Er wordt ook **aan zichzelf of aan de job getwijfeld**, zeker in periodes waarin meerdere probleemcasussen zich voordoen. Dit zien sommige echt als een doorslaggevende factor om uiteindelijk in een situatie van surmenage of burn-out te geraken.

> *"Je kan gewoon niet stilvallen, je ligt in uw bed, je begint aan iets te denken…en waarom heeft die dat gedaan, en waarom dat. En je krijgt een angst, het is niet dat je ligt te schudden van schrik, maar je zegt: 'ik zou willen vergeten en je kan dat niet meer." [FG1, man, solo]*
>
> *"Ik voelde dan ook een onzekerheid omdat ik iets minder goed gezien had" [FG4, vrouw, groep]*
>
> *"Dat moment dat je begint te denken aan uw eigen kwaliteiten en of je wel voldoet" [FG1, man, solo]*

Een opvallende bevinding betreffende de angst die voortvloeit uit de onzekerheid die huisartsen in het beroep ervaren is dat huisartsen in opleiding vooral psychische **stress ervaren omtrent de opstart van een praktijk**. Het gaat hier dan vooral over de organisatie van een praktijk en het vinden van het juiste evenwicht tussen werk en privé.

> *"Het is misschien ook persoonlijkheid, maar soms verlang ik naar een zekerheid. Naar je werk vertrekken en een hele dag dossiers lezen: dat gaan wij nooit hebben. Soms vind ik dat wel lastig."[FG2, vrouw, HAIO]*
>
> *"onzeker gevoel naar de toekomst, beetje onveilig gevoel. Dat is wel belangrijk dat het allemaal in orde is." [DI3, vrouw, HAIO]*

De artsen stellen hierbij dat **collegialiteit** en een **goede praktijkorganisatie** een belangrijke rol spelen in de preventie van klachten van burn-out. Het krijgen van steun van collega's en de mogelijkheid tot ventileren bij problemen ervaren zij als een positief iets. Ook voor de HAIO's is dit cruciaal. Een opleider die hen ondersteund in de praktijk of een stagecoördinator waar men terecht kan bij problemen is belangrijk.

> *"Het feit dat je gesteund wordt door u collega's ook wel. dat vooral." [FG2, vrouw, HAIO]*
>
> *"Op dat ogenblik heb ik voor mezelf gezegd: ofwel is het verder verzuipen, ofwel is het toch naar de STACO gaan." [FG3, man, HAIO]*

Wat de artsen ook aangeven als een belangrijke protectieve factor bij twijfel aan zichzelf en de job, is het behouden van **diversiteit in de job als huisarts**. Ze geven aan dat de nodige voldoening verkregen wordt als men nog is een kleine ingreep kan doen, een hechting kan plaatsen of een ECG kan afnemen. Het stimuleert en motiveert hen om weer verder te gaan. Dit in tegenstelling tot het exclusief uitvoeren van routineconsultaties.

6.3.2.1.3. Financiële angst

Er werd tijdens de gesprekken ook opvallend veel aandacht besteed aan het **financiële aspect** van het huisartsenberoep. Een aantal artsen vindt dat dit ook een uitlokkende factor is voor surmenage en burn-outklachten. De belangrijkste reden die hierbij wordt aangereikt is het feit dat men een redelijk aantal uren moet werken om een degelijk loon te hebben. Daarnaast worden ook financiële afspraken binnen een praktijk gezien als stressoren bij het ontstaan van psychische klachten. Men wil een financiële zekerheid, waarbij het inkomen en de uitgaven in balans zijn, naargelang het aantal uren dat men werkt. Echter betekent dit voor vele artsen dat zij lange uren moeten werken. Een bijkomende vaststelling is dat artsen omwille van een angst uit financiële onzekerheid vaak niet de nodige tijd of aandacht zullen besteden aan de eerste tekenen van burn-out, waardoor ze uiteindelijk doorgaan tot het niet meer gaat. Er werd ook gesteld dat er weinig alternatieven of vangnetten zijn voor artsen met burn-out op financieel vlak. Men is dus ook bang voor het verlies van inkomen wanneer men tijdelijk zou stoppen. Een groep van artsen die reeds klachten van surmenage en burn-out hebben doorgemaakt bekennen inderdaad dat dit een reden is om verder te werken ondanks klachten. Desondanks stellen ze wel dat het eigenlijk beter is om sneller te stoppen en te werken aan herstel.

> *"Ik vind de verloning goed, maar je moet inderdaad wel hard werken voor een deftig inkomen" [DI1, vrouw, groep]*
>
> *"de kern van burn-out, maak de verloning ernstig." [FG4, man, solo]*

"Het financiële is ook een soort zelfvoldoening, het financiële is deels een reden van de job die je doet. Je wil een zeker inkomen of status." [DI4, vrouw, groep]

"Je bent als arts zelfstandige, dus iedere dag niet werken is een dag verloren inkomsten" [FG2, man, HAIO]

Het financiële aspect vindt men duidelijk belangrijk in de onderzochte populatie. Om de angst hieromtrent weg te nemen of te verminderen stellen de deelnemende artsen dat het inplannen van een **financiële buffer** een coping mechanisme kan zijn. Zodat men indien nodig het werk kan verminderen. Maar men is het er wel unaniem over eens dat steun vanuit de overheidsinstanties iets is dat bekeken mag worden.

"Ik denk dat je als arts er vooral voor moet zorgen dat je voldoende zekerheid, voldoende buffer hebt." [DI2, man, HAIO]

6.3.2.2. Continu drukgevoel

Een belangrijke vaststelling tijdens deze kwalitatieve studie was dat de artsen bijna allemaal in zekere zin een gevoel van **continue druk** aangaven. Op allerlei vlakken heeft men dit weliswaar moeilijk te omschrijven gevoel. Indien hier niet op ingegrepen wordt, ziet men dat er uiteindelijk toch psychische klachten ontstaan.

6.3.2.2.1. Druk vanuit de patiënten

Artsen ervaren steeds vaker een **druk van de patiënt** uit. De oudere artsen zijn het er over eens dat de patiënten anders zijn dan een aantal jaar geleden en dat ze steeds meer verwachten van de huisarts. Het is bovendien ook zo dat heel wat artsen het moeilijk vinden om patiënten te weigeren, ook al is er reeds een volle agenda. Dit leidt dan weer tot een hogere workload en de bijhorende stressgevoelens. Met vaak ook een bijhorend gevoel van **controleverlies**.

"De mensen hebben geen respect meer voor wat je doet. Er zijn er veel die beter denken te weten dan u" [DI3, vrouw, HAIO]

"Zoals daarnet ook gezegd werd, als je nog telefonisch iets doorkrijgt: het is ook een deel van onze job om zorg te verlenen. Op dat moment is het dan ook heel moeilijk om te zeggen: nee, je mag niet meer komen, want het is te laat." [FG2, vrouw, HAIO]

De deelnemende artsen zijn het er unaniem over eens dat dit een moeilijk te reduceren druk is. Men wil er zijn voor de patiënten, maar niet ten koste van de eigen gezondheid. Hoewel dit toch vaak een probleem wordt. De belangrijkste coping strategie die hierbij aangegeven wordt is het **afbakenen van de eigen grenzen**. Weliswaar dient men zich hier wel aan te houden.

"Voor mij persoonlijk laat ik dat ook maar 1 maal toe, als een soort van bescherming. En dan antwoord ik ze ofwel blokkeer ik ze en moeten ze niet meer komen. Dat is niet plezant, maar dan beschermt u wel." [DI1, vrouw, solo]

6.3.2.2.2. Professionele druk

Ook in het werk zelf ervaren artsen een continu drukgevoel. Dit manifesteert zich op meerdere vlakken. Zo ervaart men druk uit zichzelf omdat men blijft werken en **onvoldoende rust** neemt. Maar ook vanuit collega's in dezelfde praktijk of vanuit de ziekenhuizen wordt er op sommige momenten een druk ervaren die kan bijdragen tot de ontwikkeling van burn-out.

6.3.2.2.2.1. Druk die men zichzelf oplegt

De ondervraagde artsen zijn het er unaniem over eens dat ook rust een belangrijk punt is in het ontwikkelen van burn-out klachten. Men merkt hierbij op dat er in belangrijke mate toch verder wordt gewerkt, ook al is er **nood aan rust**, vanuit een continue druk. Vele artsen geven dan ook toe dat zij te vaak te veel patiënten zien. Of dat ze blijven doorwerken ook al voelen ze dat het niet meer gaat. Op die manier raakt men vermoeid en gaat het werk minder vlot. Grijpt men dan niet in, dan ziet men toch een escalatie van psychische problemen. Er heerst echter een gevoel dat een arts nooit volledig vrij is van zijn werk. Men probeert dit wel op te vangen, maar men slaagt er niet altijd in. Ook onder de HAIO's leeft er een **vermoeidheidsgevoel**. Het gaat hier dan vooral om de uren die men werkt, waarbij de balans tussen werk en opleiding beperkt terug te vinden is. Er werd ook aangebracht dat HAIO's tijdens hun opleiding weinig informatie krijgen over het managen van een praktijk. Vaak draaien ze gewoon mee in een praktijk en is er weinig aandacht voor het management dat bij een huisartsenpraktijk komt kijken.

"ik vind nu dat het zwaarst belastend voor mij de lange uren zijn." [FG3, vrouw, HAIO]

"Ik merk binnen mijn praktijk dat ze het leuk vinden om een HAIO te hebben, omdat je er een extra kracht bij hebt. Maar het aspect opleiding is niet het grootste doel bij het nemen van een HAIO." [DI2, man, HAIO]

"Je moet je erover zetten dat klaar zijn, dat dat geen optie meer is. Zo voelt dat voor mij toch aan." [FG3, man, HAIO]

"Eigenlijk is er nog altijd onvoldoende aandacht voor het managen van een praktijk." [FG4, vrouw, groep]

Om met de “eigen druk” om te gaan zien de artsen (in opleiding) een oplossing in het specifiek **inplannen van een rust- of ontspanningsmoment**. Hierbij valt op dat het vooral de jongere artsen zijn die dit actief inplannen. In sommige praktijken wordt dit ook in groep aangepakt en wordt er een specifiek rustmoment voorzien voor elke arts. Solo-artsen nemen dan bijvoorbeeld een verlengd weekend dat ze vooraf aankondigen aan hun patiënten. Dit rustmoment kan zowel bestaan uit activiteiten in het gezin als sportactiviteiten. Verder is het ook belangrijk om de **spreekwoordelijke *‘lat’* lager te durven leggen**.

> *“Voor mij is mijn sport dan wel een goede uitlaatklep. Ik bewaak dat ook dat ik dat voldoende doe. Ik verplicht mezelf- niet dat ik tegen mijn zin ga- maar soms merk je wel op een avond dat je wat minder zin hebt, maar dan probeer je toch jezelf te verplichten om toch iets te doen van beweging. Dat helpt mij enorm. Ik krijg daar energie van.” [FG2, man, HAIO]*
>
> *“Af en toe is een verlengd weekend nemen.” [FG4, man, solo]*
>
> *“Maar op een bepaald moment moet je jezelf er ook bij neerleggen dat niet iedere taak die je moet doen, 100% perfect gaat zijn. We zitten in een werksituatie en het ICHO moet daar rekening mee houden.” [DI2, man, HAIO]*

6.3.2.2.2.2. Druk van collega’s/praktijkwerking

Daarnaast is ook de **praktijkwerking** een belangrijk punt. Zo geeft men aan dat de sfeer in een groepspraktijk ook cruciaal is in het verhaal van burn-out. Voel je jezelf niet goed in een praktijk dan leidt dit op termijn toch tot burn-out als je de problemen niet aanpakt. Zeker wanneer er een gevoel van **ongelijkheid** ontstaat is er sprake van frustraties. Helaas kunnen deze frustraties moeilijk geuit worden onderling. Dit is meestal een gevolg van een **schuldgevoel** of een zekere trots. Hier wordt later nog op teruggekomen.

> *“Soms kunnen een beperkt aantal patiënten ook al te veel zijn, in een slechte omgeving.” [FG2, man, HAIO]*
>
> *“De communicatie tussen de 2 collega's verloopt soms zeer stroef. Er wordt soms iets voorgesteld door de ene, dan zegt de andere nee en is die discussie ten einde.” [DI3, vrouw, HAIO]*

Voor wat betreft de druk die men ervaart in de praktijk en van collega’s is het duidelijk dat men vooral nut ziet in het hebben van **duidelijke afspraken** en **goede communicatie**. Als men op een goede manier kan communiceren zullen frustraties sneller geuit kunnen worden.

Dit kan dus preventief werken in het ontstaan van klachten van burn-out. Bovendien is het ook cruciaal dat er goede afspraken zijn, zodat het gevoel van ongelijkheid geen bron van frustraties wordt. Sommige artsen vinden het ook belangrijk dat er ruimte is voor een niet-professionele band met collega's. zodat er tot op een bepaald niveau een amicale band ontwikkelt wordt. Dit zorgt ervoor dat psychische problemen ook makkelijker bespreekbaar worden wanneer ze zich voordoen.

> *"Open communicatie, als er iets gewoon zeggen en dat dat niet blijft duren tot de bom ontploft. Als er iets is met iemand, dat er is naar gevraagd wordt." [DI3, vrouw, HAIO]*
>
> *"Hetzelfde geldt voor afspraken maken in een praktijk, die moeten ook heel duidelijk zijn." [FG4, man, groep]*
>
> *"Samen eten 's middags maakt echt een groot verschil. Je krijgt een andere band met elkaar, er kan eens gelachen en gezeverd worden. Het gaat dan ook niet altijd over het werk." [DI2, man, HAIO]*

6.3.2.2.2.3. Druk van andere zorgverleners en overheidsinstanties

Een andere mogelijkheid van stress en klachten van burn-out ten gevolge een continu drukgevoel is de druk die men ervaart van de overheid en andere zorgverleners. Zo kwam onder andere naar boven dat men steeds meer het gevoel heeft dat men als arts in een bepaald **keurslijf** gegoten wordt, waardoor men minder een eigen karakter of visie kan inbrengen in de praktijkwerking. Hierdoor ontstaat er een gevoel te moeten werken volgens een bepaald stramien dat na verloop van tijd aanleiding geeft tot psychologische problemen.

Er word ook gekeken naar andere zorgverleners. Heel wat artsen hebben het moeilijk met commentaar van patiënten na een specialistisch bezoek of commentaar van de specialist zelf. Zeker als het gaat om het missen van een diagnose of om een ingestelde therapie. Men heeft **het gevoel dan aan verwachtingen te moeten voldoen**, terwijl deze niet haalbaar zijn in realiteit.

> "*Er zijn soms verwachtingen waar ik niet aan zou kunnen voldoen." [FG4, man, solo]*
>
> *"De familie belde uiteindelijk ook op dat de specialist had gezegd dat het een duidelijk hartinfarct was. Goed, de patiënt als laatst zien maakt het ook altijd makkelijker." [DI4, vrouw, groep]*
>
> *"Ze geven commentaar zonder dat ze het volledige pakketje kennen! (cfr. specialisten)"[FG1, vrouw, solo]*

Om deze frustraties aan te pakken stellen de deelnemende artsen opnieuw dat kunnen **relativeren** belangrijk is. Vanuit het perspectief dat iedere arts toch altijd een bepaald idee heeft bij een bepaalde situatie. Een consensus bereiken is hierbij belangrijk. Zodoende stelt men ook dat een **goede communicatie** met de andere zorgverleners ook onontbeerlijk is om frustraties en klachten van burn-out tegen te gaan.

> *"Ik trek mij dan ook niets aan van wat die andere spelers erover zeggen. Ik vind ook dat die man beter zou gaan werken, maar ik relativeer dit." [FG1, man, solo]*

6.3.2.2.3. Niet-professionele druk

De artsen hechten veel belang aan de eigen omgeving zowel **privé** als in de praktijk. Voor sommigen is dit ook een reden om emotionele stress te ervaren en zo het gevoel van een continue druk te ervaren. Men wil naast arts immers een goede huisvader of -moeder zijn en vaak loopt daar één en ander fout met als gevolg uiteindelijk symptomen van burn-out. Bij sommige heerst zelf het gevoel dat men zich op een bepaald moment volledig zal gaan **verliezen in het werk** om te compenseren in het verlies van work-life balance. De nieuwe generatie huisartsen hecht ook meer belang aan de **thuissituatie**. Men wil die tijd inbouwen voor vrouw en kinderen, om aan sport te doen, om hobby's te doen.

Maatschappelijk is er ook de evolutie van 2 werkende partners, daar waar het vroeger ging over de arts en zijn vrouw. Dit is mogelijk toch een verklaring waarom net de nieuwe generatie hier meer belang aan hecht.

> *"in mijn thuissituatie was ik niet te genieten, continu kwaad tegen iedereen." [FG4, man, groep]*

> *"Het ging hem vooral over de oneerlijkheid dat ik als jongere arts een groter aantal patiëntencontacten moest doen dan een ervaren arts" [DI2, man, HAIO]*

> *"Als je met twee, zoals bij … zware uren klopt. Dan is gewoon al het huishouden gaande houden, zorgen dat er eten is, al een uitdaging."[FG3, vrouw, HAIO]*

> *"Terwijl nu als jonge arts, heb je een gezin, probeer je het te combineren, dat is een dualiteit die soms moeilijk is, waardoor je jezelf soms schuldig voelt omdat je tekort komt in 1 van die beide zaken." [FG4, vrouw, groep]*

Ook de manier waarop deze vorm van drukgevoel aangepakt kan worden werd vooral besproken door de jongere generatie artsen. Zij geven aan dat men zichzelf gewoon **verplicht om tijd te nemen** voor gezinszaken. Dit kan zich uiten in het nemen van één vrije dag in de week. Maar dit kan bijvoorbeeld ook gaan om de agenda dicht zetten wanneer er familiale zaken geregeld moeten worden. Zodat men een goede ***work-life balance*** krijgt.

"Sedert een aantal jaren heb ik ook 1 dag vrij, mijn woensdag. Die dag zit bomvol voor gezinszaken. Ik kan daar energie uit halen om de dag erna weer paraat te zijn. Dat is heel moeilijk te regelen als je solo-arts bent." [FG4, vrouw, groep]

"Als mijn kinderen oudercontact hebben dan zeg ik sorry maar het gaat niet." [FG2, vrouw, duo]

6.3.2.2.4. Onvoorspelbaarheid

Ook de onvoorspelbaarheid van het beroep wordt aangehaald als een belangrijk probleem. Men weet nooit wat de dag zal brengen en wanneer er tijd zal zijn voor ontspanning. Vooral omdat men het soms moeilijk heeft met het verplicht vrije tijd inplannen. Zeker bij de solo-artsen is er een idee van meer druk op deze manier, omdat zij door hun solo-werk het gevoel hebben continu bereikbaar te moeten zijn. Dit gevoel is er ook vanuit een zekere verantwoordelijkheid die de huisarts jegens zijn patiënt voelt.

"Je kan perfect relativeren, maar het probleem is dat perfectionistisch zijn en dan accumuleren. Dan kom je op een zeker moment tijd tekort... Ik zei vanavond nog tegen mijn vrouw: ik heb een tweede persoon nodig van mezelf." [FG1, man, solo]

"Bij een full-time werkende arts is er quasi nooit tijd voor me-time" [DI4, vrouw, groep]

"Als je nog telefonisch iets doorkrijgt: het is ook een deel van onze job om zorg te verlenen. Op dat moment is het dan ook heel moeilijk om te zeggen: nee, je mag niet meer komen, want het is te laat." [FG2, vrouw, HAIO]

Voor wat betreft het onvoorspelbaar zijn van het beroep werden er geen specifieke coping strategieën vermeld door onze onderzoekspopulatie. Men stelt vooral dat dit vooral eigen is aan het beroep en dat men hier **mee om moet kunnen gaan**. Sommige artsen opperden hierbij het idee van het **trainen van de weerbaarheid**. Al kon men geen concrete aanpak formuleren.

6.3.2.3. Machteloosheid

6.3.2.3.1. Werkgerelateerde machteloosheid

Alle artsen zijn het er over eens dat er in een belangrijke mate dagelijks frustraties zijn omtrent het **administratieve werk** dat bij het beroep als huisarts komt kijken. Of dit al dan niet leidt tot burn-out is een andere vraag, maar het is zeker een bijdragende factor. De ondervraagde artsen hebben soms toch een gevoel dat ze nooit echt vat hebben op de administratie of in het verlengde daarvan de telefoons die ze dagelijks moeten doen. Ze hebben het idee dat ze soms overgeleverd zijn aan deze telefoontjes. Men is er van overtuigd dat dit gevoel van machteloosheid minder zou zijn wanneer dit compleet zou wegvallen.

Daarnaast wordt er soms ook gesproken van een **zeker onbegrepen gevoel** in relaties met andere artsen. Het is zo dat sommige artsen net meer of minder empathie vertonen wanneer een collega het psychisch moeilijk heeft. Dit kan net de spreekwoordelijke druppel zijn om volledig te decompenseren in het werk, wanneer men het gevoel heeft er volledig alleen voor te staan.

> *"Soms ben je teleurgesteld, soms krijg je hulp vanuit onverwachte hoek." [DI4, vrouw, groep]*

> *"Dat zorgt bij mij voor frustraties: er wordt niet naar oplossingen toe gewerkt, er wordt enkel doelloos geventileerd." [DI2, man, HAIO]*

Om dit gevoel te verminderen ziet men vooral veel mogelijkheden in het **aanpassen van de manier van werken**. Zo kan een gestructureerde agenda, elektronisch betalen, het hebben van een secretaresse en het **direct afhandelen** van administratie volgens sommige artsen bijdragen tot stressreductie. Weliswaar is dit sterk afhankelijk van de werkcontext waarin een arts zich bevindt. Verder wordt ook hier **collegialiteit** terug aangehaald. Men hecht veel waarde aan steun van andere collega's wanneer men het moeilijker heeft. Ook het idee dat men niet alleen is in dit gevoel van machteloosheid kan beschermend werken.

> *"Misschien is het een idee om het allemaal wat concreter te maken. Bij ons staat het allemaal zo strikt gepland in onze agenda en dat vind ik wel handig en praktisch." [FG3, man, HAIO]*

> *"Die agenda en dan nog een secretaresse is toch een enorme ontlasting." [FG2, vrouw, HAIO]*

> *"Je moet meer dan collega's zijn." [DI2, man, HAIO]*

6.3.2.3.2. Het hulpverlenerssyndroom

De patiënt wordt ook gezien als een reden om een gevoel van continu druk te ervaren. Het betreft hier echter wel een opeenstapeling van verschillende zaken alvorens er echt problemen zijn. De patiënt waar niks wordt bereikt in de therapie is een typische bron van machteloosheid bij artsen. Het betreft hier dan patiënten waar tijd en energie wordt ingestoken, maar waar men uiteindelijk weinig vooruitgang boekt. Voor sommige artsen is dit een reden om uiteindelijk uitgeblust te raken. Zeker als men het mentaal al moeilijker heeft. Daarnaast is de mondigheid van de patiënt toch ook een belangrijke reden die wordt aangegeven. Men heeft het gevoel dat patiënten beter geïnformeerd zijn en hierdoor net steeds meer gaan eisen.

Bovendien wordt er ook vaker met enige dwang iets gevraagd. Gezien de relatie met patiënten uiteraard belangrijk is, vervagen op die manier vaak de grenzen van de eigen waarden. Men wil alles doen om goed te doen voor de patiënt. Zo ontstaat het gevoel dat men de patiënt als het ware moet gaan 'opvoeden' om net de eigen grenzen te bewaren.

> *"Als je er veel energie insteekt en je haalt er weinig uit dan leidt dat tot frustratie." [FG2, man, HAIO]*
>
> *"Je bent voor hen een bondgenoot, waardoor je soms je grenzen verlegt om aan hun verwachtingen tegemoet te komen, om de patiënten te 'pleasen'." [DI4, vrouw, groep]*

Dit gevoel van machteloosheid is een moeilijk gegeven. Het is vaak **eigen aan het "arts-zijn".** Desondanks ziet men hier ook mogelijkheden om dit gevoel aan te pakken. Men geeft ook hier vooral het behouden van **diversiteit in de job** aan als mogelijk beschermend in de ontwikkeling van klachten van burn-out.

> *"Ik denk dat het zeer belangrijk is hoe de inhoud van uw werk is. Wat brengt voor mij het plezier in mijn job: heel veel variatie." [FG4, man, groep]*
>
> *"Het is een diploma waar je zó veel mee kan doen, waar ik de afgelopen maanden dan ook van heb mogen proeven." [FG4, vrouw, vervangarts]*

6.3.2.4. Gevoel van falen

6.3.2.4.1. De "aard van het beestje"

Iedere arts beaamt een zeker **perfectionisme** te hebben. Sommige van hen zien daarin een zeer belangrijke reden om te evolueren naar burn-out als men onvoldoende maatregelen neemt om zich hiertegen te beschermen. Men stelt dan dat het vooral de bedoeling is om je eigen verwachtingen bij te stellen. Je moet met andere woorden tevreden zijn met minder, zonder aan kwaliteit in te boeten. De oudere artsen zien dit als een mogelijke reden, omdat zij merken dat de jongere generatie huisartsen misschien teveel wil. Het gevoel van perfectionisme uit zich in twee zaken: artsen hebben een zeker plichtsbesef jegens de job en hun patiënten. Maar daarnaast is er ook een zekere trots.

> *"Zou het kunnen dat men bij afstuderen of in de jongere jaren, dat het verwachtingspatroon veel te hoog ligt in vergelijking met wat er daadwerkelijk kan worden verwezenlijkt? Alles moet kunnen in de huidige tijd. Vroeger voelde men dat je niet alles kon hebben, en dat er prioriteiten moesten gesteld worden. Nu wordt er verwacht dat alles tegelijk kan: succesvol zijn op je werk, in je gezin, veel op reis gaan, wat luxe hebben... Dat verwachtingspatroon is nu eenmaal voor sommigen te hoog gegrepen, ten opzichte van wat misschien geleidelijk aan wel kan worden ingesteld, maar niet van in het begin mogelijk is." [FG4, man, solo]*

Menig arts geeft dan ook aan dat dit perfectionisme soms moet bijgesteld worden. Ook hier wordt **relativering** aangehaald als een belangrijk eigenschap in de preventie van klachten van burn-out bij huisartsen. Men moet de **eigen grenzen erkennen** en binnen deze grenzen zo goed mogelijke zorg verlenen.

> *"We mogen niet van onszelf geen goddelijk statuut maken waarbij wij alle zorgen van de gemeenschap moeten dragen. Ik denk dat wij ook onze limieten hebben, maar dat is moeilijk. We moeten stop kunnen zeggen, als het niet meer gaat." [FG2, vrouw, HAIO]*

6.3.2.4.2. Plichtsbesef

Net omwille van de verantwoordelijkheid die men heeft als arts, heerst een belangrijk **plichtsbesef** bij de meeste artsen. Enerzijds naar de patiënt, anderzijds naar collega's en familie. Men wil in iedere situatie het beste voor de patiënt. Tegelijkertijd willen ze zichzelf een zekere standaard van zorg opleggen. Echter merken een aantal artsen op dat die **standaard soms te hoog** gegrepen is. Hierdoor ontstaat een gevoel van schuld naar de patiënt of een gevoel van falen in de job. Om die reden doet men dan ook vaak- te lang- gewoon verder, ondanks een psychisch onwel bevinden.

> *"Dan voel je jezelf ook wat moreel verplicht om te blijven gaan tot het niet meer gaat." [FG2, man, HAIO]*

> *"we willen er zijn voor onze patiënten, ook op momenten dat het moeilijker gaat. We hebben de neiging om altijd door te doen." [FG4, man, groep]*

Het plichtsbesef kan volgens sommige artsen heel eenvoudig aangepakt worden door de **eigen standaard lager te leggen** en de **eigen grenzen te erkennen**. Tijdens de gesprekken werd dit meermaals aangehaald. Echter konden de deelnemers niet direct een mogelijke strategie om dit aan te pakken opnoemen. Men stelde eerder dat dit iets is dat de arts zelf moet doen.

> *"Afstappen van het idee dat wij dus alles kunnen." [FG1, man, solo]*

6.3.2.4.3. Trots

Wat meerdere artsen ook aangeven is de drempel die ze ervaren om te praten bij psychische klachten. Het wordt gezien als een **teken van zwakte** of men vindt dat het vreemd is om als hulpverlener zelf hulp te zoeken. Deze trots gaat ook gepaard met een zekere eigen verwachting waar men zelf aan wil voldoen. Om die reden blijft men verder werken aan dezelfde (over)belasting totdat men op een punt komt dat men volledig opbrandt.

> *"Achteraf denk je daar ook over na: had ik het vroeger duidelijk gemaakt, had ik misschien niet die paar keer volledig moeten blokkeren." [DI4, vrouw, groep]*

"Ik denk dat wij daar allemaal slecht mee omgaan want wij zitten ons persoonlijk zelf 'op te fretten', en we gaan dat meestal niet gaan zeggen tegen een collega." [FG1, man, solo]

"Je hebt Arts in Nood en zo, maar dat zijn allemaal ferme stappen. je geeft uzelf bloot." [FG1, man, solo]

"dan moet je ook uw eigen problemen kunnen oplossen." [FG4, man, solo]

Wat de studiepopulatie hier belangrijk vond, is dat **hulp altijd mogelijk** is en dat ze niet het idee mogen krijgen dat men als arts (in opleiding) **niet gemist kunnen worden**. Het lijkt voor hen belangrijk dat je jezelf aanleert om een halt toe te roepen aan het werk. Het grootste probleem hierbij is opnieuw dat men er niet direct een idee van heeft hoe men dit concreet kan aanpakken. Men gaat eerder uit van de nood aan een **verandering van het denkpatroon**.

"Ik denk dat niemand onmisbaar is." [FG2, man, HAIO]

"Durven 'foert' zeggen." [FG1, man, solo]

7. Discussie

7.1. Bevindingen in de literatuur en tijdens het kwalitatief onderzoek

Vanuit de literatuur is het duidelijk dat er heel wat **externe factoren** mee aan de basis liggen van burn-out bij huisartsen. Werkdruk, inefficiëntie van de zorg, financiële druk en werkdruk in de opleiding worden beklemtoond als belangrijke factoren. In de meeste studies wordt dan ook concreet gezocht naar oplossingen in deze context. Men adviseert concreet dat er veranderingen in de administratie dienen te gebeuren, dat er een nieuw beleid moet zijn om middelen te verdelen, dat er een betere verloning nodig is of dat het beroep aantrekkelijker gemaakt dient te worden. (2, 3, 4, 9–12, 15, 22, 26, 28, 30, 36, 41, 42, 45, 48) Dit creëert een gevoel dat burn-out intrinsiek gekoppeld is aan externe factoren. Terwijl ook de eigenheid, het karakter en de **gevoelens** van de arts een rol kunnen spelen. Halliday et al. toonden bijvoorbeeld aan dat *'grinta'* een meerwaarde kan zijn in de preventie van burn-out. (47) Zodoende kan men zich afvragen of er niet meer speelt bij de artsen met burn-out klachten.

In deze, weliswaar kleinschalige, kwalitatieve studie werd het vermoeden bevestigd dat de externe en interne factoren die in de literatuur worden beschreven toch vaak gekoppeld zijn aan een beleving bij de artsen. De meest prominent ervaren **belevingen** waren hierbij: angst, continu drukgevoel, machteloosheid en een gevoel van falen. Het feit dat de artsen deze emoties rapporteren is niet onbelangrijk. Het kan bijvoorbeeld een verklaring zijn waarom net die ene arts

een burn-out ontwikkelt. Er is in dat geval misschien sprake van een onoverkomelijk angst, waardoor men niet meer verder kan.

Een concrete aanpak van deze emoties is echter niet eenvoudig. Hoewel de gevoelens unaniem werden bevestigd, zijn ze vaak intrinsiek aan de arts. Waardoor de aanpak individueel verschillend moet zijn. (14, 38) Het lijkt vooral belangrijk dat er in de nabije toekomst een **groter draagvlak** komt voor burn-out bij huisartsen. Dit om het heersend taboe te doorbreken en hen te doen praten. Dit blijkt immers nog altijd een moeilijke kwestie. Het is duidelijk dat artsen vaak blijven doorgaan, ondanks het hebben van psychische problemen. Daar artsen een grote drempel ervaren om hierover te praten kan het misschien interessant worden om dit te integreren in de opleiding. Zoals Galam et al. beschreven is het mogelijk nuttig dat men van bij de start van de opleiding reeds leert omgaan met de **eigen grenzen** en aangeleerd krijgt dat het hebben van psychische problemen niet gelijk staat aan falen. (26) Dit is misschien zelfs een algemeen geldend advies voor burn-out. Verder is het uitbreiden of het creëren van peer-groepen zoals een LOK-vergadering een mogelijke manier om frustraties te kunnen uiten.

Wat er tijdens de focusgroepgesprekken toch regelmatig aan bod kwam, was **weerbaarheid**. Er werd hier vooral een klemtoon opgelegd wanneer het ging over de onvoorspelbaarheid van het beroep. De deelnemende artsen opperden hier het idee dat dit eigenlijk te trainen valt of zou moeten zijn. Deze vaststelling wordt ook teruggevonden in de literatuur. Zwack et al. beschreven verschillende manieren waarop artsen hun weerbaarheid trainen. Men poogt vooral om positieve energie te krijgen aan de hand van bijvoorbeeld het afbakenen van de werkuren, sport, yoga, enzovoorts. Zodat stressvolle werkomstandigheden minder belastend worden voor de arts. (19) Het wordt direct duidelijk dat men hier eigenlijk grenzen stelt als arts. Ook de studiepopulatie vond deze grenzen belangrijk. Hoewel men er niet altijd in slaagt deze te bewaren. Het (her)kennen van de **eigen grenzen** is dus mogelijk één van de hoekstenen in de behandeling en de preventie van burn-out bij huisartsen.

Zowel Van Wietmarschen et al. als Verweij et al. deden een onderzoek om met behulp van mindfulness-technieken de artsen aan te leren om stress en negatieve gevoelens zoals angst en machteloosheid te verminderen. Waarbij men vooral aandacht vestigde op het herkennen van problemen en het **accepteren van de eigen limieten**. (29,40) De resultaten uit de focusgroepgesprekken tonen ook aan dat dit een belangrijk probleem is bij de arts. Vanuit het gevoel van falen, een zekere trots en plichtsbesef ontstaat er het **hulpverlenerssyndroom**, de wil om altijd alles op te lossen. Dit gevoel is vaak groot bij artsen. Het wordt bovendien ook gevoed door de zin voor **perfectionisme**, die bij sommige artsen een belangrijke rol speelt. Op een bepaald punt gaat men de patiënten als het ware gaan opvoeden om te kunnen toegeven aan die wil om ieder

probleem op te lossen en de patiënt altijd te kunnen helpen. Terwijl het net de **arts is die opgevoed dient te worden** om te leren omgaan met zijn eigen grenzen. In de opleiding, maar ook in de verdere begeleiding van artsen dient er dus ook aandacht besteed te worden aan deze wil. Zodat het gevoel van falen minder prominent aanwezig is wanneer men een patiënt niet kan helpen. Zo is er een voorbeeld van een studie uit Frankrijk uitgevoerd door Galam et al. Deze stelt dat er inderdaad nood is aan voldoende aandacht voor perfectionisme. Men adviseert om studenten openlijk te leren praten met elkaar over psychische problemen. Daarnaast is het ook aangewezen om hen op te leiden in het leren stellen van **realistische doeleinden**. Waarbij men aandacht besteed aan het feit dat het **verlagen van de eigen standaard** niet gelijk staat aan falen als arts. (26)

Sales et al. publiceerden een studie rond **weerbaarheidstraining** en komen tot dezelfde conclusies. Het trainen van weerbaarheid bij artsen in opleiding is belangrijk. Maar ook de verdere begeleiding in de latere carrière dient aangepast te worden. Bijkomend stellen zij dat weerbaarheidstraining vooral tot doel heeft **gezondere en positieve attitudes** te introduceren bij de (huis)artsen (in opleiding). Waarbij iedere arts zichzelf voldoende adequaat kan beoordelen en voldoende in staat is om aan te geven wanneer het minder gaat. (28) Dit is iets wat uiteindelijk ook de deelnemers aan dit kwalitatief onderzoek bevestigen. Zij stellen vaak dat ze er "***gewoon mee om moeten kunnen gaan***". Dat is misschien net het grote probleem. Men kon namelijk nooit echt aangeven hoe ze dit dan konden doen.

7.2. Limitaties van deze studie

De belangrijkste limitatie van dit onderzoek is de onervarenheid van de onderzoekers in het voeren van focusgroepgesprekken en diepte-interviews. Mogelijks is er op sommige momenten bias opgetreden in het formuleren van vragen of interpreteren van antwoorden. Bijkomend betreft het hier een kleinschalige studie met een beperkt aantal deelnemers. Het had ook nuttig kunnen zijn om tijdens dit onderzoek meer diepte-interviews te doen om nog meer diepgang in de onderliggende factoren van burn-out te vinden.

Het moet ook worden gezegd dat door het taboe omtrent dit onderwerp het niet altijd eenvoudig was om de deelnemers te motiveren tot actieve deelname. Diepte-interviews door ervaren interviewers zouden in de toekomst meer onderliggende factoren kunnen aanbod brengen.

7.3. Verdere studies

Naar toekomstig onderzoek toe lijkt het nuttig deze factoren verder uit te zoeken en in kaart te brengen. In de meest ideale situatie onder de vorm van diepte-interviews. Het in kaart brengen van de onderliggende redenen kan een basis vormen om de strategie van bijvoorbeeld AIN aan te passen. Vooral met het oog op het doorbreken van het taboe wanneer psychische problemen zich voordoen.

Op deze manier zal men ook in staat zijn om op beleidsniveau aanpassingen te doen aan de opleiding. Niet zozeer om het karakter van een arts aan te passen, maar om hen handvaten aan te reiken die men kan gebruiken in de praktijk. Dit gaat dan vooral om goed de eigen grenzen te bewaken, omgaan met het eigen kunnen, maar ook omgaan met mogelijke fouten, onzekerheid en psychische klachten wanneer ze zich voordoen.

8. Conclusie

Aan de hand van deze studie bestaande uit een literatuuronderzoek en een kwalitatief onderzoek kan worden gesteld dat artsen met burn-out klachten onderliggende emoties ervaren die mogelijk meespelen in het ontwikkelen van burn-out als arts. Het blijft een belangrijk probleem dat een verdere aanpak vereist. Vanuit de gevonden resultaten kan er worden gesteld dat men niet alleen moet inzetten op de externe factoren van burn-out. Hoewel de juiste aanpak van deze factoren absoluut zal bijdragen tot een vermindering van burn-out bij huisartsen, is er meer nodig. Het aanpakken van de intrinsieke factoren en dan vooral met aandacht voor de onderliggende emoties lijkt een nuttige toevoeging. De kern van burn-out preventie bij huisartsen ligt op basis van de gevonden gegevens eerder in het **ontwikkelen van een positieve en gezonde attitude** als hulpverlener, waarbij aandacht wordt besteed aan het eigen welbevinden. Huisartsen geven echter aan dat ze niet weten hoe ze dit kunnen realiseren. Het is dan ook cruciaal dat er in de opleiding en de latere opvolging van huisartsen meer aandacht wordt besteed aan het omgaan met emoties en het opbouwen van weerbaarheid om tot de juiste en gezonde attitude te komen. Dit kan geformuleerd worden in volgende adviezen:

- Voor **artsen**:
    - Zet in op een **duidelijke structuur** in het werk: consultatietijd, administratieve tijd en vrije tijd inplannen kan preventief werken.
    - Bijscholingen omtrent **omgaan met stress en onzekerheid** kunnen nuttig zijn. Probeer hier zelf actief aan te werken.
    - **Goede afspraken en tijdig overleg** in groepspraktijken is onontbeerlijk. Probeer daarenboven ook tijd de maken voor het ontwikkelen van een niet-professionele relatie met collega's. dit kan de **werksfeer** ten goede komen.
    - Zoek een **vertrouwenspersoon**, die je volledig vertrouwt en die kan helpen als je het moeilijk hebt.

- In de **opleiding**:
    - In de **basisopleiding** dient meer aandacht besteed te worden aan de integratie van het leren **omgaan met grenzen en perfectionisme**. **Peergroepen** lijken hiervoor een mogelijk hulpmiddel. Waarbij de student open kan praten over de eigen limieten.
    - Het **scoringssysteem** veranderen naar een minder punten georiënteerd systeem kan nuttig zijn. Het onderling streven tussen studenten kan leiden tot ziekmakend perfectionisme.
    - Het introduceren van een **vertrouwenspersoon** buiten de opleider of stagecoördinator in de huisartsenopleiding lijkt ook zinvol.
    - De **communicatietraining** is een cruciaal middel en dient blijvend verbeterd te worden.
- Op **beleidsniveau**:
    - Verdere **monitoring** en in kaart brengen van burn-out bij huisartsen is nodig.
    - Het **aanpakken van de externe factoren** blijft zinvol. Inzetten op verdere administratieve vereenvoudiging, subsidiëren van een secretariaat of van de opstart van (groeps)praktijken blijft zinvol.
    - **Integratie van bijscholingen** omtrent omgaan met stress lijkt zinvol. Motiveer de artsen hier actief aan deel te nemen.
    - Het opstarten van een **campagne om het taboe rond burn-out bij huisartsen te doorbreken** kan een stimulerende factor zijn.

9. Referentielijst

1. Lheureux F, Truchot D, Borteyrou X. Suicidal tendency, physical health problems and addictive behaviours among general practitioners: their relationship with burnout. Work Stress. 2016;30(2):173–92.
2. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katić M, e.a. Burnout in European family doctors: The EGPRN study. Fam Pract. 2008;25(4):245–65.
3. Spiers J, Kessler D, Leggett N, Taylor AK, Thornton G, Buszewicz M, e.a. Barriers, facilitators, and survival strategies for GPs seeking treatment for distress: A qualitative study. Br J Gen Pract. 2017;67(663):e700–8.
4. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, e.a. Prevalence of burnout among physicians a systematic review. JAMA - J Am Med Assoc. 2018;320(11):1131–50.
5. Ool T, Schaufeli W, Desart S. Burnout asessment Tool. 2019;(September):1–110.
6. Offringa M, Assendelft WJJ, Scholten RJPM, Leeflang MMG, Bossuyt PMM, Groenwold RHH, e.a. Kritisch beoordelen van een artikel over primair onderzoek. Inleid evidence-based Med. 2018;29–119.
7. Walker KA, Pirotta M. What keeps melbourne gps satisfied in their jobs? Aust Fam Physician. 2007;36(10):877–80.
8. T LRT, Bosu S, Steven H, L LBL, Laura S. Correlates of physician burnout across regions and specialties: a meta-analysis. Hum Resour Health. 2013;11(1):48.
9. Adam S, Mohos A, Kalabay L, Torzsa P. Potential correlates of burnout among general practitioners and residents in Hungary: The significant role of gender, age, dependant care and experience. BMC Fam Pract. 2018;19(1):1–10.
10. Hojat M, Vergare M, Isenberg G, Cohen M, Spandorfer J. Underlying construct of empathy, optimism, and burnout in medical students. Int J Med Educ. 2015;6:12–6.
11. Picquendar G, Guedon A, Moulinet F, Schuers M. Influence of medical shortage on GP burnout: a cross-sectional study. Fam Pract. 2019;36(3):291–6.
12. Adarkwah CC, Schwaffertz A, Labenz J, Becker A, Hirsch O. Burnout and work satisfaction in general practitioners practicing in rural areas: Results from the HaMEdSi study. Psychol Res Behav Manag. 2018;11:483–94.
13. Hamilton-West K, Pellatt-Higgins T, Pillai N. Does a modified mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) course have the potential to reduce stress and burnout in NHS GPs? Feasibility study. Prim Heal Care Res Dev. 2018;19(6):591–7.
14. Dreher A, Theune M, Kersting C, Geiser F, Weltermann B. Prevalence of burnout among German general practitioners: Comparison of physicians working in solo and group practices. PLoS One. 2019;14(2):1–13.
15. Gan Y, Jiang H, Li L, Yang Y, Wang C, Liu J, e.a. Prevalence of burnout and associated factors among general practitioners in Hubei, China: A cross-sectional study. BMC Public Health. 2019;19(1):1–9.
16. Amoafo E, Hanbali N, Patel A, Singh P. What are the significant factors associated with burnout in doctors? Occup Med (Lond). 2015;65(2):117–21.
17. Lamothe M, Boujut E, Zenasni F, Sultan S. To be or not to be empathic: The combined role of

empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice. BMC Fam Pract. 2014;15(1):1–7.

18. Hirsch O, Adarkwah CC. The issue of burnout and work satisfaction in younger GPs—A cluster analysis utilizing the HaMEdSi study. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(10).

19. Zwack J, Schweitzer J. If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? resilience strategies of experienced physicians. Acad Med. 2013;88(3):382–9.

20. Pedersen AF, Vedsted P. Understanding the inverse care law: A register and survey-based study of patient deprivation and burnout in general practice. Int J Equity Health. 2014;13(1):1–8.

21. Barcons C, García B, Sarri C, Rodríguez E, Cunillera O, Parellada N, e.a. Effectiveness of a multimodal training programme to improve general practitioners' burnout, job satisfaction and psychological well-being. BMC Fam Pract. 12 november 2019;20(1):155.

22. Verweij H, van der Heijden FMMA, van Hooff MLM, Prins JT, Lagro-Janssen ALM, van Ravesteijn H, e.a. The contribution of work characteristics, home characteristics and gender to burnout in medical residents. Adv Heal Sci Educ. 2017;22(4):803–18.

23. Torppa MA, Kuikka L, Nevalainen M, Pitkälä KH. Emotionally exhausting factors in general practitioners' work. Scand J Prim Health Care. 2015;33(3):178–83.

24. Nanda A, Wasan A, Sussman J. Provider Health and Wellness. J Allergy Clin Immunol Pract. 2017;5(6):1543–8.

25. Alam R, Cheraghi-Sohi S, Panagioti M, Esmail A, Campbell S, Panagopoulou E. Managing diagnostic uncertainty in primary care: A systematic critical review. BMC Fam Pract. 2017;18(1):1–13.

26. Galam E, Komly V, Le Tourneur A, Jund J. Burnout among French GPs in training: A cross-sectional study. Br J Gen Pract. 2013;63(608):217–24.

27. Shapiro J. The feeling physician: educating the emotions in medical training. Eur J Pers Centered Healthc. 2013;1(2):310.

28. Sales B, Macdonald A, Scallan S, Crane S. How can educators support general practice (GP) trainees to develop resilience to prevent burnout? Educ Prim Care. 2016;27(6):487–93.

29. Verweij H, Waumans R, Smeijers D, Speckens A, Lucassen P, Donders A, e.a. Mindfulness-based stress reduction for GPS: Results of a controlled mixed methods pilot study in Dutch primary care. Br J Gen Pract. 2016;66(643):e99–105.

30. Riley R, Spiers J, Chew-Graham CA, Taylor AK, Thornton GA, Buszewicz M. "Treading water but drowning slowly": What are GPs' experiences of living and working with mental illness and distress in England? A qualitative study. BMJ Open. 2018;8(5):1–8.

31. E. E, B. J, C. B, E. W. Professional resilience in GPs working in areas of socioeconomic deprivation: A qualitative study in primary care. Br J Gen Pract. 2018;68(677):E819–25.

32. Montero-Marin J, Zubiaga F, Cereceda M, Demarzo MMP, Trenc P, Garcia-Campayo J. Burnout subtypes and absence of self-compassion in primary healthcare professionals: A cross-sectional study. PLoS One. 2016;11(6):1–17.

33. Baird B, Charles A, Honeyman M, Maguire D, Das P. Understanding pressures in general practice. 2016;(May).

34. Cheshire A, Ridge D, Hughes J, Peters D, Panagioti M, Simon C, e.a. Influences on GP coping

and resilience: A qualitative study in primary care. Br J Gen Pract. 1 juni 2017;67(659):e428–36.

35. Dale J, Potter R, Owen K, Leach J. The general practitioner workforce crisis in England: A qualitative study of how appraisal and revalidation are contributing to intentions to leave practice. BMC Fam Pract. 2016;17(1):1–7.

36. Hall LH, Johnson J, Watt I, O'Connor DB. Association of GP wellbeing and burnout with patient safety in UK primary care: A cross-sectional survey. Br J Gen Pract. 2019;69(684):E507–14.

37. Hall LH, Johnson J, Heyhoe J, Watt I, Anderson K, O'Connor DB. Strategies to improve general practitioner well-being: Findings from a focus group study. Fam Pract. 2018;35(4):511–6.

38. Cheshire A, Peters D, Ridge D, Hughes J, Lewith G, Panagioti M, e.a. GPs' perceptions of resilience training: A qualitative study. Br J Gen Pract. 2017;67(663):e709–15.

39. Imo UO. Burnout and psychiatric morbidity among doctors in the UK: A systematic literature review of prevalence and associated factors. Psychiatrist. 2017;41(4):197–204.

40. van Wietmarschen H, Tjaden B, van Vliet M, Battjes-Fries M, Jong M. Effects of mindfulness training on perceived stress, self-compassion, and self-reflection of primary care physicians: a mixed-methods study. BJGP Open. 2018;bjgpopen18X101621.

41. Riley R, Spiers J, Buszewicz M, Taylor AK, Thornton G, Chew-Graham CA. What are the sources of stress and distress for general practitioners working in England? A qualitative study. BMJ Open. 2018;8(1):1–7.

42. Heponiemi T, Manderbacka K, Vänskä J, Elovainio M. Can organizational justice help the retention of general practitioners? Health Policy (New York). 2013;110(1):22–8.

43. Lindemann F, Rozsnyai Z, Zumbrunn B, Laukenmann J, Kronenberg R, Streit S. Assessing the mental wellbeing of next generation general practitioners: a cross-sectional survey. BJGP Open. 15 oktober 2019;bjgpopen19X101671.

44. O'Dea B, O'Connor P, Lydon S, Murphy AW. Prevalence of burnout among Irish general practitioners: a cross-sectional study. Ir J Med Sci. 2017;186(2):447–53.

45. Vedsted P, Sokolowski I, Olesen F. Open Access to General Practice Was Associated with Burnout among General Practitioners. Int J Family Med. 2013;2013:1–6.

46. Brandt CJ, Søgaard GI, Clemensen J, Sndergaard J, Nielsen JB. General practitioners' perspective on ehealth and lifestyle change: Qualitative interview study. JMIR mHealth uHealth. 2018;6(4).

47. Halliday L, Walker A, Vig S, Hines J, Brecknell J. Grit and burnout in UK doctors: A cross-sectional study across specialties and stages of training. Postgrad Med J. 2017;93(1101):389–94.

48. Murray M, Murray L, Donnelly M. Systematic review of interventions to improve the psychological well-being of general practitioners. BMC Fam Pract. 2016;17(1).

49. Deroost A, Braeckman L, Remmen R. Preventiestrategieën voor burn-out tijdens de artsenopleiding. Een beschrijvend en kwalitatief onderzoek. Huisarts Nu. 2016;45:112–9.

10. Verplichte bijlagen

10.1. Goedkeuring Ethisch Comité

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Peter DECAT
ALHIER

contact	telefoon	e-mail
Sandra De Paepe Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 26 88	Ethisch.comite@uzgent.be sandra.depaepe@uzgent.be

Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
2019/0510		16-mei-19	1/2

Betreft :

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Zelfzorg bij de huisarts: identificatie van bepalende factoren in het ontstaan van psychologische problemen in het artsenberoep (MaNaMa Manolito De Bruycker)

Belgisch Registratienummer: B670201940279

* Richtinggevende themalijst bij het uitvoeren van de focusgroepgesprekken
* Antwoord onderzoekers
  dd 29/04/2019 (Ontvangen dd 30/04/2019) op opmerkingen EC dd 26/04/2019
* Adviesaanvraagformulier
  (Herwerkte versie n.a.v. opmerkingen EC dd 26/04/2019) Versie 2 dd. 1/03/2019
* Informatie- en toestemmingsformulier (Versie 2) dd. 27/04/2019

Advies werd gevraagd door:
P. DECAT ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 7/05/2019. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 6/05/2020, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 7/05/2019. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 6/05/2020, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 21/05/2019

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 21/05/2019

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. D. Matthys

SECRETARIS
Prof.dr. J. Decruyenaere

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 36
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 68 54
Sara De Smet

SECRETARIAAT
Wendy Van de Velde
T +32(09) 332 56 13
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 88
Ann Haerebaldus
T +32(09) 332 22 66
Davina Verbeke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

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

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

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
P. DECAT - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

10.2. Goedkeuring amendement 4/9/19

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg..
Peter DECAT
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Charlotte De Wolf Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 22 66	Ethisch.comite@uzgent.be charlotte.dewolf@uzgent.be	
Ons kenmerk	**Uw kenmerk**	**datum**	**pagina**
2019/0510		30/09/2019	1/1

Betreft :

Advies Amendement voor studie met als titel :
Zelfzorg bij de huisarts: identificatie van bepalende factoren in het ontstaan van psychologische problemen in het artsenberoep (MaNaMa Manolito De Bruycker)

Belgisch Registratienummer: B670201940279
Fase (Phase): NVT/NA

Geachte Collega,

Wij ontvingen uw aanvraag op 4/09/2019 voor een amendement betreffende bovenvermelde studie. Het betreft:

- Begeleidende brief Amendement dd.19/08/2019
- Amendement op ICF
  Versie 3, dd. 29/7/2019
- Amendement
  Versie 3, dd. 29/7/2019

Dit/deze document(en) werd(en) met bevoegdheidsdelegatie bekeken en goedgekeurd door de voorzitter van het Ethisch Comité 11/09/2019.
Hiervan wordt melding gemaakt in het verslag van de vergadering van het Ethisch Comité dd. 15/10/2019.
Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt.

Indien dit amendement een anderstalig patiënteninformatie en - toestemmingsformulier bevat, dient de promotor garant te staan voor de conformiteit met de nederlandstalige documenten.

Met collegiale groeten,

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter EC Gent

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. D. Matthys

SECRETARIS
Prof.dr. P. Deron

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 38
Sara De Smet
T +32(09) 332 68 55
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 68 54

SECRETARIAAT
Wendy Van de Velde
T +32(09) 332 56 13
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 88
Ann Haenebalcke

10.3. Goedgekeurd protocol

Stress, surmenage en burnout bij gezondheidszorgwerkers komt de laatste jaren alsmaar vaker voor. In een rapport van 2010 publiceerde het kenniscentrum federale gezondheidszorg (KCE) reeds voorstellen tot de aanpak van burn-out bij huisartsen. Ondanks recente onderzoekingen blijft het moeilijk om de exacte omvang van het probleem in te schatten. Desondanks heerst er een algemene consensus dat stressproblematiek binnen het beroep van de (huis)arts een prevalent probleem is. Dit kan zowel de integriteit van de arts als van zijn patiënten aantasten. Iets wat te allen tijde vermeden dient te worden. De verwachtingen van de patiënt naar de huisarts veranderen ook. De huisarts wordt geconfronteerd met mondigere en veeleisendere patiënten. Hierdoor heeft hij of zij het soms moeilijk om een evenwicht te vinden tussen werk en privé.

In 2016 werd hiervoor op federaal niveau de organisatie 'Arts In Nood' (AIN) in het leven geroepen. Zij willen fungeren als een eerste aanspreekpunt voor artsen bij bovenstaande problematiek. Hun gegevens tonen aan dat binnen het beroep van arts we op iedere leeftijd surmenage en burnout klachten kunnen waarnemen. Huisartsen en specialisten doen even vaak beroep op AIN.

Eerder verrassende bevinding vanuit de gegevens van AIN is dat 20% van hun oproepen komt van artsen in opleiding (respectievelijk huisartsen in opleiding of HAIO's en arts-specialist in opleiding of AIOS).

De vraag stelt zich dan of we de oorzaak en/of oplossing in de opleiding moeten zoeken. In de huidige opleiding tot arts wordt er heel wat aandacht besteed aan communicatie tussen arts en patiënt. Volgens Deroost et al. Wordt veel minder aandacht besteed aan de eigen emoties bij de studenten. Dit kan in de latere beroepsuitoefening tot psychologische problemen leiden. De bevraagde huisartsenopleiders in dit onderzoek erkenden dit. Zij zien een mogelijke oplossing in het tijdig (h)erkennen van persoonlijk dysfunctioneren bij de student. Om dit concreet na te gaan zal het onderzoek eruit bestaan dat ik samen met collega- HAIO dr. Beyaert Tom, focusgroepgesprekken zal gaan afnemen bij HAIO's en huisartsen in alle leeftijdcategorieën om specifiek na te gaan welke redenen zij zelf aangeven en wat volgens hen mogelijk oplossingen kunnen zijn. Om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen zullen we hierbij vertrekken van situatieschetsen uit de praktijk en hen hierover laten reflecteren. Deze kwalitatieve gegevens zullen vervolgens vanuit 2 verschillende invalshoeken bekeken worden, naargelang de bekomen gegevens, om zodoende concrete adviezen te kunnen formuleren voor verder onderzoek of eventuele aanpassingen in het beleid. Deze 2 verschillende invalshoeken zullen verwoord worden in 2 proefschriften.

10.4. Goedgekeurd amendement 4/9/19

Amendament onderzoeksproject 2019/0510

In overleg met betrokken partijen zou volgende aanpassing doorgevoerd worden:

- Focusgroepgesprekken worden aangevuld met diepte-interviews van enkele deelnemers aan de focusgroep
- Diepte-interviews los van de focusgroepen zouden eventueel georganiseerd worden

Volgende wijzigingen zijn hiervoor terug te vinden:

- EC versie 3: wijzigingen in protocol-> toevoeging van diepte-interviews aan de regel aldaar.
- ICF v3: toevoeging van mogelijkheid tot afname van diepte-interviews conform bestaand protocol

11. Andere bijlagen

11.1. Tabel 1: overzicht gebruikte artikels

Titel van de studie	Type onderzoek	Belangrijkste conclusies	Opmerkingen
GP's perceptions of resilience training (38)	Kwalitatief: focus groep/interviews	Nood aan weerbaarheidstraining in het beroep volgens artsen zelf	Ook levensstijl adviezen en leren omgaan met stress moet aangeleerd worden
Burnout subtypes and absence of self-compassion in primary healthcare professionals: a cross-sectional study (32)	Cross-sectionele studie adhv vragenlijsten	Negatieve eigen beoordeling is belangrijk voor burnout Heel individu-gerichte aanpak nodig	Uitgevoerd in Spanje
The general practitioner workforce crisis in England: a qualitative study of how appraisal and revalidation are contributing to intentions to leave practice (35)	Kwalitatief: enquêtes	Het controle systeem van huisartsen werkt burnout in de hand en dient aangepast te worden	Uitgevoerd in Engeland

Mindfulness-base stress reduction for GP's (29)	Gecontroleerde mixed methods piloot studie	Mogelijk positief effect van mindfulness op burnout bij huisartsen die openstaan voor therapie	Studie uit Nederland
Influence of medical shortage on GP burnout: a cross-sectional study (11)	Cross-sectionele studie adhv vragenlijsten	Gebieden met hoge werkbelasting kennen hogere percentages van burnout bij huisartsen Preventie en therapie is noodzakelijk	Studie uit Frankrijk
Burnout in European family doctors: the EGPRN study (2)	Cross-sectionele studie adhv vragenlijsten	Burnout is Europees een belangrijk probleem bij huisartsen en afhankelijk van werkbelasting en job tevredenheid	Grootschalige studie
General practitioners' perspective on eHealth and lifestyle change: qualitative interview study (46)	Kwalitatief: interviews	eHealth wordt vooral door de artsen zelf gebruikt en niet om patiënten te stimuleren. Dit kan een belangrijke tool worden in de toekomst	Gebruik van online tools
Preventiestrategieën voor burn-out tijdens de artsenopleiding (49)	Kwalitatief: vragenlijsten	Hulpmiddelen in preventie van burn-out zijn nodig en dienen geïmplementeerd te worden in de opleiding	Belgische studie
Professional resilience in GPs working in areas of socioeconomic deprivation (31)	Kwalitatief: focus groep/interviews	Weerbaarheid is complex en situatie afhankelijk. In gedepriveerde gebieden meer nood aan flexibiliteit dan aan vaste richtlijnen	
Effects of mindfulness training on perceived stress, self-compassion, and self-reflection of primary care physicians: a mixed-methods study (40)	Mixed methods studie	Mindfulness kan helpen in het verbeteren van de weerbaarheid van de arts in preventie van burnout	
Open Access to General Practice Was Associated with Burnout among General Practitioners (45)	Kwalitatief: vragenlijsten	Meer risico op burnout wanneer de arts open raadplegingen doet. Een causaal verband kon niet aangetoond worden	
Can organizational justice help the retention of general practitioners? (42)	Kwalitatief: vragenlijsten	Evenredige werkverdeling in het huisartsenberoep kan preventief werken bij burnout	Fins onderzoek, eerstelijn gesponsord door de overheid

Grit and burnout in UK doctors: A cross-sectional study across specialties and stages of training (47)	Cross-sectionele studie adhv vragenlijsten	Hoe hoger het doorzettingsvermogen/ de weerbaarheid van de arts, hoe minder de kans op burn-out	
Underlying construct of empathy, optimism, and burnout in medical students (10)	Kwalitatief: vragenlijsten	Empathie, positieve attitude en zelfverwezenlijking zijn beschermend voor burnout	
To be or not to be empathic: The combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice (17)	Kwalitatief: vragenlijsten	Empathie naar de patiënt toe kan een rol spelen in burn-out. Omgaan met emoties dient aangeleerd te worden	
What are the sources of stress and distress for general practitioners working in England? A qualitative study (41)	Kwalitatief: interviews	Zowel werkbelasting als werksfeer en ethiek zijn mogelijke oorzaken van stress en burnout bij huisartsen	
If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? resilience strategies of experienced physicians (19)	Kwalitatief: interviews	Artsen die actief bezig zijn met het reduceren van stress verminderen hun kans op burn-out. Ondersteuning om dit te doen kan helpen in de preventie van burn-out bij huisartsen	
Burnout among French GPs in training (26)	Kwalitatief: vragenlijsten	In de opleiding is er nood aan preventie van burnout: gefaseerde opleiding, leren omgaan met verantwoordelijkheid en perfectionisme	Studie in Frankrijk
Burnout and psychiatric morbidity among doctors in the UK: A systematic literature review of prevalence and associated factors (39)	Systematische review	Burn-out bij huisartsen in het Verenigd koninkrijk is hoogprevalent. Maatregelen moeten zowel op individueel als maatschappelijk vlak genomen worden	
Systematic review of interventions to improve the psychological well-being of general practitioners (48)	Systematische review	Meer nood aan studies om na te gaan hoe het gesteld is met de huisartsen hun mentale gezondheid. Nood aan preventie.	

Burnout and work satisfaction in general practitioners practicing in rural areas: Results from the HaMEdSi study (12)	Kwalitatief: vragenlijsten	Interventies in burn-out dienen geïndividualiseerd te worden naargelang de noden van de arts	
Prevalence of burnout among Irish general practitioners: a cross-sectional study (44)	Kwalitatief: vragenlijsten	Nood aan verder onderzoek naar oorzaken, onderliggende factoren van burn-out bij huisartsen. Stress management kan belangrijk zijn	
The issue of burnout and work satisfaction in younger GPs—A cluster analysis utilizing the HaMEdSi study (18)	Kwalitatief: vragenlijsten	Interventies in de preventie van burn-out bij huisartsen dienen geindividualiseerd te worden. Specifieke interventies dienen uitgevoerd te worden om het beroep aantrekkelijk te maken	
Prevalence of burnout among German general practitioners: Comparison of physicians working in solo and group practices (14)	Kwalitatief: vragenlijsten	Vrouwelijke, jonge artsen in groepspraktijken hebben meer risico op burn-out. Solo-praktijken vertonen minder burn-out Interventies nodig voor de jongere huisartsen	Studie uit Duitsland
Suicidal tendency, physical health problems and addictive behaviours among general practitioners: their relationship with burnout (1)	Kwalitatief: vragenlijsten	Weerbaarheidstrainingen gekoppeld aan informatie omtrent vroegtijdig herkennen van burnout kan preventie werken	
What are the significant factors associated with burnout in doctors? (16)	Systematische review	Burn-out kent zowel persoonlijke als werkgerelateerde factoren, meer onderzoek is nodig in het identificeren van deze factoren om interventies uit te werken	
Emotionally exhausting factors in general practitioners' work (23)	Kwalitatief: vragenlijsten	Peergroepen kunnen preventief werken wanneer er sprake is van emotionele uitputting	
Strategies to improve general practitioner well-being: Findings	Kwalitatief: focusgroep	Specifieke interventie in het vroegtijdig herkennen van burn-out symptomen is	

from a focus group study (37)		mogelijk preventief. Nood aan meer financiering	
'Treading water but drowning slowly': What are GPs' experiences of living and working with mental illness and distress in England? A qualitative study (30)	Kwalitatief: interviews	Burn-out bij huisartsen is een probleem. Veranderingen in de werkomgeving alsook in de werkdruk zijn nodig in de preventie van burn-out	
Barriers, facilitators, and survival strategies for GPs seeking treatment for distress: A qualitative study (3)	Kwalitatief: interviews	Meer nood aan professionele begeleiding en ondersteuning voor huisartsen met symptomen van burn-out of in de preventie van burn-out	
Correlates of physician burnout across regions and specialties: a meta-analysis. (8)	Meta-analyse	Emotionele uitputting is de belangrijkste reden van burn-out. Middelen inzetten waar de nood het hoogst is kan helpen in de preventie van burn-out	
Potential correlates of burnout among general practitioners and residents in Hungary: The significant role of gender, age, dependant care and experience (9)	Cross-sectionele studie adhv vragenlijsten	Meer depersonalisatie bij mannelijke huisartsen. Jongere, en bij uitbreiding vrouwelijke huisartsen vertonen meer emotionele uitputting. Dit dient op organisatieniveau aangepakt te worden	
Understanding pressures in general practice (33)	Kwantitatief/kwalitatief: vragenlijsten, interviews, consultatiedata	Zowel op persoonlijk als werkvlak zijn er heel wat stressoren. Aanpak op een organisatieniveau is nodig. Technische versoepeling, meer recrutering en ondersteuning is nodig	
Effectiveness of a multimodal training programme to improve general practitioners' burnout, job satisfaction and psychological well-being (21)	Gecontroleerde niet-gerandomiseerde studie	Multimodale trainingsprogramma's hebben een nut in preventie van burn-out. Er was significante verbetering in omgaan met administratie en werkdruk. Geen veranderingen in attitudes over burn-out	Beperkte studiegroep
Influences on GP coping and resilience: A qualitative study in primary care (34)	Kwalitatief: focusgroep en telefonische interviews	Huisartsen ervaren stress van overheidsgebonden controles. Weerbaarheidstraining is	Studie in Engeland

		nodig, maar ook het beleid dient aangepast te worden	
Prevalence of burnout and associated factors among general practitioners in Hubei, China: A cross-sectional study (15)	Cross-sectionele studie met vragenlijsten	Alleenstaande huisartsen vertonen meer symptomen van brun-out. Interventies nodig voor een veiligere werkplek, verbeteren van job tevredenheid en patiëntenrelaties zijn nodig	Studie uit China
Association of GP wellbeing and burnout with patient safety in UK primary care: A cross-sectional survey (36)	Cross-sectionele studie met vragenlijsten	Hoog percentage van artsen heeft één of andere vorm van psychische problematiek. Hoe erger het probleem, des te vaker rapporteren zij gemiste diagnoses of gevoel van onveiligheid. Interventies zijn nodig in het belang van patiëntenveiligheid.	
Does a modified mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) course have the potential to reduce stress and burnout in NHS GPs? Feasibility study (13)	Ongecontroleerde prospectieve cohorte studie	MBCT toont significante verbetering op parameters van burn-out	
Assessing the mental wellbeing of next generation general practitioners: a cross-sectional survey (43)	Cross-sectionele studie met open vragenlijsten	Hoge stresslevels en te weinig tijd voor het privéleven worden het meest gerapporteerd. Samen met een administratieve belastingen. Deelnemers geven aan dat een goede work-life balance en aandacht voor minder administratieve taken een hulp zou zijn.	
How can educators support general practice (GP) trainees to develop resilience to prevent burnout? (28)	Longitudinale cohortestudie	Heel wat stress bij HAIO's, vooral in het eerste jaar. Het online portfolio, examens en onzekerheid worden aangegeven als belangrijkste factoren. Weerbaarheidstraining dient geïntegreerd te worden	
The contribution of work characteristics, home characteristics and gender to burnout	Kwalitatief: vragenlijsten	Omgaan met emoties in het huisartsenberoep is belangrijk. Aandacht dient besteed te worden om dit	

in medical residents (22)		aan te leren in de opleiding. Ook work-life balance is belangrijk.	
Prevalence of burnout among physicians a systematic review (4)	Systematische review	Er is geen eenduidige definitie van burn-out. Een gestandaardiseerde tool is nodig	
Understanding the inverse care law: A register and survey-based study of patient deprivation and burnout in general practice (20)	Kwalitatief: vagenlijsten	Huisartsen in regio's met veel armoede vertonen een verhoogd risico op burn-out. De armoede zorgt voor minder artsen.	
The feeling physician: educating the emotions in medical training (27)	Beschrijvende studie	Tijdens de opleiding dient er meer aandacht besteed te worden aan het emotionele aspect van het beroep. Leren omgaan met emoties, alsook acceptatie is belangrijk.	
Managing diagnostic uncertainty in primary care: A systematic critical review (25)	Systematische review	Diagnostische onzekerheid is een belangrijke factor in het huisartsenberoep. Hier dient aandacht aan besteed te worden in de opleiding.	Interessant, oorzaak van burn-out?

11.2. Themalijst gebruikt bij het uitvoeren van de focusgroepgesprekken

1. Administratie: vergt veel tijd, is het ook een reden om psychosociale problematiek te ontwikkelen? Waar liggen er oplossingen?
    a. Computersysteem: pittfals
    b. Communicatie met andere zorgverleners
    c. Hoeveel tijd nodig 'na de uren'
2. Karakter: hoe ervaren artsen het implementeren van hun eigen karakter
    a. Wat verwachten patiënten van een arts?
    b. Welke karaktereigenschappen worden door de artsen zelf als risicovol beschouwd met betrekking tot psychologische problematiek.
3. Opleiding: te weinig aandacht voor emoties? Hoe aanpakken?
4. Organisatie: Welke samenwerkingsvormen kunnen de belasting van artsen verlagen? Welke zijn de voordelen van solopraktijken ten opzichte van groepspraktijken?

Bovenstaande lijst is niet volledig: via de sneeuwbalmethode (oppikken en verder uitdiepen van de door de bevraagde artsen aangehaalde onderwerpen) zullen bepaalde thema's dieper uitgewerkt worden.