ICHO vzw
Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding
(K.U.Leuven –Universiteit Gent – Universiteit – Antwerpen- Vrije Universiteit Brussel)

Burn-out bij huisartsen in opleiding

ATRTCHINE-KACHI Zahra
Promotor: Jo GOEDHUYS, K.U.Leuven
Co-promotor: Lodewijk PAS, K.U.Leuven

Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde- ACHG
Masterproef Huisartsgeneeskunde 2015-2016

Dankwoord

Op de eerste plaats wil ik mijn co-promotor Dr. Leo Pas oprecht danken voor zijn hulp en begeleiding bij dit ondezoek. Zijn advies, zijn ervaring en de tijd en de energie die hij heeft aangewend om mij te helpen zijn gewoon impressionant. Ik ben hem vooral zeer dankbaar om zijn positieve en constructieve kritiek. Zonder zijn hulp zou deze thesis nooit tot stand zijn gekomen.

Graag wil ik ook mijn promotor bedanken voor zijn advies en zijn geduld met mijn Nederlanse fouten.

Dank ook aan mijn stagemeester Dr. Walter Lauwers die mij met veel begrip de tijd heeft gegeven om deze thesis af te werken.

Ik wil ook mijn vrienden bedanken voor hun bijstand en hun geduld. Vooral wil ik ook Mieke en Nele hartelijk danken voor hun hulp bij het nalezen en het herhaaldelijk corrigeren van dit script.

Verder wil ik alle personen danken die me hebben geholpen met de statische verwerking van de gegevens. Dank voor de steun, het advies, de interpretaties van de statistische tabellen.

Wie ik absoluut niet mag vergeten te bedanken zijn alle HAIO's die aan dit « experiment » hebben deelgenomen. Zonder hen zou deze studie niet bestaan. Deze thesis is aan hen opgedragen.

En tot slot wil ik zonder fout mijn moeder en mijn familie bedanken voor hun 'amour', hun vertrouwen, hun geduld, hun aanmoedigingen en hun bijstand - ondanks de grote afstand - bij het schrijven van deze thesis. Merci!

SAMENVATTING

Introductie

Een langdurige blootstelling aan stress leidt tot een onevenwicht tussen het individu en zijn werk, wat resulteert in een “opbranden” van de persoonlijkheid. We spreken van burn-out. Recent is men bezig geweest om burn-out van huisartsen op nationaal niveau in kaart te brengen. Maar huisartsen in opleiding (HAIO’s) kunnen ook slachtoffer worden van een onevenwichtige balans tussen de eisen van hun studie en hun eigen persoonlijke noden. Wordt hier wel aandacht aan besteed?

Met deze masterproef wil ik niet alleen de prevalentie en risicofactoren van burn-out bij de huisartsen in opleiding (HAIO’s) in Vlaanderen nagaan, maar ook de beschermende factoren analyseren die dit fenomeen zouden kunnen voorkomen.

Methode

Er gebeurde een beschrijvend, epidemiologisch onderzoek bij de 478 ingeschreven HAIO’s van Vlaanderen. Zij werden uitgenodigd om deel te nemen aan een gestructureerde online-enquête. Deze is samengesteld uit verschillende gevalideerde vragenlijsten, waarvan één de Utrechtse Burn-Out Schaal is. De deelname was vrijwillig en de privacy van de deelnemers was te alle tijde gegarandeerd. Op het einde van de vragenlijst konden de studenten hun commentaar noteren. De statistieken werden door SPSS uitgevoerd.

Resultaten

Van de 478 ingeschreven HAIO’s van alle Vlaamse universiteiten loopt 29,8% van de HAIO’s een groot risico op burn-out en 8,1% van de HAIO’s vertoont klinische tekenen van burn-out. 13,7% van de HAIO’s is depressief en 27,3% voelt zich zenuwachtig of angstig. 16% heeft er ooit aan gedacht om met geneeskunde te stoppen of van richting te veranderen.

Er zijn verschillende significante relaties gevonden tussen de werk- en leeromgeving en burn-out.

Conclusie

Om burn-out te voorkomen moet de medische universiteit meer focussen op stageplaatsen waar het leren ondergeschikt is aan het werken en de stagemeester geen oor heeft voor de persoonlijke en emotionele belasting van de studenten in huisartsopleiding. De grote omvang van dit probleem vergt duidelijke bewustwording bij alle leidinggevenden in de opleideing.

Trefwoorden

Burn-out, geneeskundestudenten, huisarts, psychische distress, vragenlijst. In de zoekopdracht was er geen voorkeur voor een bepaalde tijdsperiode

Inhoudstafel

I- Reden van de keuze van het onderwerp.....9

II- Literatuurstudie.....9

II-1 Inleiding.....9

II-2 Situatie in België:.....10

II-3 Burnout: geschiedenis en definitie.....11

II-4 Oorzaken van burnout in het algemeen en bij de geneeskundestudent.....11

II-5 Hoe burnout meten?.....13

II-6 Symptomen, differentieeldiagnose en gevolgen van burnout.....14

II-7 Burn-out onder geneeskundestudenten.....14

II-8 Preventie en Behandeling.....16

II-9 Rol van de universiteit in de opleiding geneeskunde.....17

II-10 Geneeskundestudie in Vlaanderen.....18

III- De onderzoekstudie.....18

III- 1 Doelstelling van de vragenlijststudie.....18

III- 2 Methode.....19

III-2-1 De enquête.....19

III-2-2 Opzet van de vragenlijst.....19

III-2-3 Onderzoek instrumenten.....20

III-2-4 Statistische analyse.....22

III-2-5 Depressieschaal.....22

III-2-6 Meting van burn-out.....23

III-2-7 Burn-out schaal en haar interne consistentie.....24

IV- Resultaten.....24

IV- 1Respondenten.....24

IV-2 Vergelijking met de cijfers van het ICHO.....26

IV-3 Kenmerken van de respondenten.....27

IV-4 Antwoorden op de vragenlijst.....28

IV-4-1 Descriptieve analyse.....28

IV-4-2 Kritieken van de HAIO's 42

IV-5 Belasting van de studenten.....44

IV-6 Angstig gevoelen en depressie bij de HAIO's.....44

IV-7 Bivariaat analyse van de risicofactoren.....45

IV-7-1 De belasting van de HAIO's.....45

IV-7-2 Gebruik van stimulerende middelen, sedative en burn-out.....45

IV-7-3 Depressie.....46

IV-7-4 Resultaten van de burn-out in onze steekproef.....47

- Belasting, middelensmisbruik, depressie, angststoornissen, somatische klachten en burn-out

- Aantal positieve subschalen' en 'meer dan twee positieve subschalen sterk verstoord hebben'

V- Principiele componentenanalyse – Factoranalyse en geroteerde componenten matrix.....49

VI- Lineaire regressie analyse.....56

VII- Discussie.....59

VIII- Beperkingen van onze studie.....65

IX- Toekomstig onderzoek.....65

X- Conclusie.....66

Bijlagen.....68

Referenties.....96

I- Reden van de keuze van het onderwerp

Tijdens mijn opleiding tot arts had ik een vriendin die goed studeerde en frequent grote onderscheiding haalde. Tijdens haar specialisatie viel ze echter ten prooi aan een burn-out. Dit had langdurige en ernstige gevolgen die op een bepaald ogenblik zelfs levensbedreigend waren. Verder maakte ik tijdens mijn huisartsstage kennis met een sociaal voelende, empatische huisarts. Hij stond onder hoge werkdruk, had lange werkdagen van 15 uur en in zijn praktijk was er een hoge turnover van patiënten. Recent vernam ik dat deze arts is gestopt met de beoefening van huisartsgeneeskunde omwille van een burn-out.

Ik vroeg me af hoe het zover is kunnen komen. Hoe zijn ze tot een burn-out gekomen? Wat is burn-out eigenlijk?

II- Literatuurstudie

II-1 Inleiding

Stress hoort bij het leven, maar wanneer stress langdurig aanwezig is, herstelt ons lichaam niet meer. Burn-out, een werkgerelateerd probleem, komt vooral voor in de zorgsector en beïnvloedt niet alleen de professionele activiteiten maar ook de sociale en persoonlijke relaties. De algemene interesse in burn-out is sterk toegenomen de laatste jaren. Talrijke studies zijn gedaan: recent is men bezig geweest om de burnout van huisartsen op nationaal niveau aan te tonen. Maar wij zijn specifiek geïnteresseerd in het voorkomen van dit fenomeen bij huisartsen in opleiding (HAIO's).

Het eerste deel van deze scriptie is een literatuurstudie waarin burn-out wordt besproken.

Deze literatuurstudie werd uitgevoerd door gebruik te maken van een online-databank: PubMed. In deze databank werden verschillende trefwoorden in het Engels ingegeven en die werden ook in combinatie met elkaar gebruikt om tot relevante literatuur te komen. Deze trefwoorden zijn onder ander: " burn-out", "studenten", "geneeskunde", "huisarts", psychische "distress", "vragenlijst". De zoekopdracht was zonder voorkeur voor een bepaalde tijdsperiode.

Verschillende websites worden ook geraadpleegd, waaronder die van het Federale Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

Om tot relevante literatuur te komen werd er enkel gezocht naar artikels waarvan het abstract/de samenvatting online via de databank te verkrijgen was. Een tweede vereiste was dat ook de volledige teksten online moesten beschikbaar zijn en dat er ook naar Engelstalige of Franstalige artikels werd gezocht. Volledige teksten die niet beschikbaar waren via Pubmed, werden gezocht via de bibliotheken van de KULeuven of van het

Erasmusziekenhuis. Wanneer ze ook daar niet te verkrijgen waren, werden de artikelen niet opgenomen in de literatuurstudie.

In het tweede deel van deze scriptie wordt de methodologie van de onze studie zelf toegelicht. Daarin wordt onder andere besproken hoe burnout gemeten wordt aan de hand van gevalideerde aangepaste instrument(en).

Daarna worden de resultaten van onze studie weergegeven in het resultatengedeelte.

Het laatste deel van deze scriptie is de discussie waarin de gevonden resultaten worden besproken en waarin ook aanbevelingen worden genoteerd voor verder onderzoek.

Niet al tabellen worden vermeld in de text of in de bijlagen. Deze kunnen wel op vraag bekomen worden.

II-2 Situatie in België:

Voor België zijn geen officiële cijfers beschikbaar voor burnout. Burn-out is in België geen door het RIZIV erkende ziekte (5).

In 2007 kiest de Nationale Raad voor kwaliteitspromotie als thema burn-out en stelt hij het project voor aan het RIZIV (Rijksinstituut voor ziekte). De bedoeling was om naast het zorgaanbod voor artsen in nood, ook aandacht te geven aan preventie van burn-out en aan zelfzorg, en dit al tijdens de opleiding tot arts. In 2010 wordt dus een opdracht gegeven aan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) voor een studie naar burn-out bij Belgische huisartsen. In 2011 worden de resultaten van de KCE-studie voorgesteld en geformuleerd in 14 aanbevelingen (3,25).

In 2010 wordt in een studie van de Federale Overheidsdienst (FOD), Werkgelegenheid en de Arbeid en Sociaal Overleg (WASO) geschat dat 0,8% van de Belgische beroepsbevolking effectief lijdt aan een burn-out (3,5). Dit percentage werd afgeleid uit de cijfers van de gestelde diagnoses van huisartsen en arbeidsgeneesheren in een periode van 3 maanden.

Volgens de “Federation des maisons medicales” in 2005, leed 10% van de huisartsen aan een burn-out (3). Een meer recente studie (2013) van de Federale overheid in Belgie (FOD) toont aan dat 6,6% van artsen en verpleegkundigen in de ziekenhuizen in België effectief te kampen had met een burn-out en dat 13,5% hoog risico op ontwikkeling van burn-out vertoonde (6).

In 2013 heeft een studie van de ‘Université Libre de Bruxelles’ aangetoond dat 28,4% van de geneeskundestudenten een hoog risico op burn-out loopt (7). Een recenter onderzoek in Vlaanderen, en in het bijzonder binnen het universitair ziekenhuis van Gent, toont aan dat de prevalentie van burn-out het grootst was bij de artsen in opleiding (AIO’s): 27,7% van de AIO’s had een verhoogd risico en 8,5% een klinische burn-out (20).

II-3 Burnout: geschiedenis en definitie

Ondanks het feit dat de media voortdurend spreken over burn-out, is het burn-out-syndroom niet erkend als diagnose in de internationale classificaties zoals de psychiatrische manual DSM-5 of de ICD-10.

Samengevat is burn-out een multifactorieel verschijnsel dat beschreven wordt als het eindstadium van een geäccumuleerde psychische vermoeidheid ten gevolge van langdurige blootstelling aan continue emotionele en interpersoonlijke stressoren op het werk. Schaufeli & Dierendonck omschreven Burn-out als een werkgerelateerde psychische vermoeidheidstoestand of een professionele uitputting (2-3).

Aanvankelijk werd burnout vooral verbonden met 'contractuele beroepen':
hulpverlenende beroepen, waarbij men zorg verleent aan patiënten of cliënten. Later werd het toepassingsveld uitgebreid tot alle werkenden, ongeacht het soort werk (9).

Burn-out is internationaal het meest gedefinieerd als een triad van 3 symptomen: (a) emotionele uitputting (EU), (b) depersonalisatie (DP), en (c) gevoelens van verminderde bekwaamheid in het werken met andere mensen (PP) (10-11). Er is een overgang van deze 3 symptomen, waarbij emotionele uitputting aanleiding geeft tot depersonalisatie en tot slot kunnen zowel de emotionele uitputting en depersonalisatie een negatieve invloed hebben op de persoonlijk prestatie van de werknemer.

Het eerste, meest centrale aspect van burnout is emotionele uitputting (EU) (12-13). Deze subschaal verwijst naar het gevoel helemaal leeg of 'op' te zijn als gevolg van het werk, alle reserves zijn verbruikt, de batterij is leeg en kan ook niet meer worden opgeladen. Alles wordt als lastig, zelfs onoverkomelijk gezien (3).

Het tweede symptoom van burnout is depersonalisatie (DP). Dit uit zich als de arts de patiënten op een onpersoonlijke, onverschillige, cynische, afstandelijke en negatieve manier behandeld worden. Wat de student betreft, hij zal een cynische en afstandelijke houding ten opzicht van zijn studie hebben, hij zal apathie en onverschilligheid tonen (14).

De derde subschaal beoordeelt de persoonlijke prestatie (PP). De zorgverlener/student heeft een negatieve zelfbeeld, vindt zich incompetent en inefficiënt, wat voor de zorgverlener zal leiden tot het gevoel dat hij geen nut heeft voor zijn patienten. De student zal zich incompetent voelen als student (14). Hierdoor daalt het respect voor zichzelf voelt als professionele hulpverlener nog meer en wordt het moeilijker om inspanning op te brengen om over zijn uitputting heen te raken (15).

II-4 Oorzaken van burn-out in het algemeen en bij de geneeskundestudent

Het begrip burn-out werd voor het eerst geïntroduceerd in 1974 in de Verenigde Staten door Freudenberger (3). Hij beschijft twee symptomatische assen, die gelinkt zijn aan

het individu, ter definitie van burn-out. Als eerste een as van symptomen: de fysieke tekenen (vermoeidheid, slaapstoornissen...) en als tweede de gedragingen (prikkelbaarheid, intolerantie voor tegenwerking). Aan deze gedragingen wordt regelmatig middelengebruik- en misbruik toegevoegd (16).

Voor R. Karasek (1979) is het risico op burn-out niet alleen aan het individu gelinkt maar ook aan zijn werkomgeving. Burn-out wordt vooral veroorzaakt door situationele context, zelfs als dit enkel vertaald wordt op het niveau van het individu. Zo zou burn-out gelinkt zijn aan 2 risico's. Ten eerste de "werkeisen" die de psychologische belasting verhogen en ten tweede het "verdedigingsysteem" van de werknemers. De "werkeisen" zijn gekoppeld aan het uitvoeren van de taken, aan de intensiteit van het tempo op het werk en aan tegenstrijdige eisen. Onder het "verdedigingsysteem" van de werknemers verstaan we de controle over profesionnele beperkingen, de mogelijkheid om beslissingen te nemen en het gebruik dat men maakt van zijn vaardigheden (16)

Een derde dimensie wordt geïntroduceerd door Johnson in 1988: sociale steun als een beschermende factor (16).

Siegrist evalueert de stress op het werk door een onevenwicht tussen de afgesproken inspanningen (verantwoordelijkheden, tijdsdruk, onderbrekingen ...) en de verkregen beloningen. De over-investeringen op het werk worden daar aan toegevoegd (16).

Samengevat zijn er drie catergorieen van factoren die samenhangen met burn-out (17): de extrinsieke factoren, de intrinsieke factoren en de individuele factoren.

De extrinsieke factoren, die vooral werkgerelateerde factoren zijn: het evenwicht tussen privé-leven en beroepsleven, de organisatie en locatie van de praktijk, communicatieproblemen, rolconflict, rolambiguïteit, intensiteit van de werkdruk, andere werkeisen, gebrek aan autonomie, gebrek aan sociale steun van collega's en vooral aan sociale steun van de leidinggevende, gebrek aan erkening van zijn superieuren, geen positieve feedback krijgen, decalage tussen de morele waarden van het individu en de eisen die het beroep oplegt, gebrek aan controle over de activteiten, overbelasting, lange werktijd, het gezondheidszorgsysteem waarbinnen de huisarts functioneert (6, 5,17).

Intrinsieke factoren die samenhangen met het beoefenen van de geneeskunde, zijn: de relatie met patiënten, het stellen van een diagnose, gebrek aan ervaring, gebrek aan tijd die men aan vrienden en aan familie wil wijden, tekort aan slaap, de keuze van behandeling, het nemen van medische beslissingen, vb onzekerheid om bepaalde patiënten aan te nemen of problemen met het ontslaan van patiënten en het doorverwijzen ervan, de relaties met andere professionele zorgverleners en de factoren met betrekking tot beroepsstress (17-18).

Individuele risicofactoren die gerelateerd zijn aan meer onevenwicht/verstoring zijn: de sociodemografische kenmerken (geslacht, burgelijke stand, kinderlast...), de

psychologische kenmerken, een verminderde toename van zelfzekerheid, assertiviteit hebben om “nee” te kunnen zeggen, hoge verwachtingen, perfectionisme, vermijdend gedrag bij conflict, zelfverwaarlozing, het gebruik van verslavende middelen, de manier waarop ze met stress omgaan en de sociale ondersteuning (17,19).

Aan deze factoren worden nog andere toegevoegd die het fenomeen burn-out kunnen onderhouden en versnellen. Zo brengt vb. een gebrek aan slaap wegens veeleisend werk van dienst/van wacht (wachtdienst-werk), zowel emotionele als cognitieve verstoring met zich mee onder de AIO’s (18).

Als conclusie, een onevenwicht op het werk tussen de hulpbronnen/aanpassingsstrategie en de werkstressoren/taakeisen liggen aan de basis van het ontwikkelen van burn-out (17,19).

II-5 Hoe burn-out meten?

De Maslach Burnout Inventory (MBI), een zelf-beoordelingsvragenlijst die in het begin van jaren tachtig werd ontwikkeld, is de gouden standaard voor het meten van burn-out (19). De Utrechtse Burn-outschaal (UBOS) is de Nederlandse versie van de MBI. Deze is ontwikkeld door Wilmar B. Schaufeli en Dirk van Dierendonck.

Er zijn drie versies van de UBOS beschikbaar: Een versie voor contractuele beroepen, waarin intensief met mensen wordt gewerkt zoals in de welzijns- en gezondheidszorg- de UBOS-C, een versie voor leerkrachten- de UBOS-L, en een versie voor algemeen gebruik, die in iedere beroepssetting kan worden afgenomen- de UBOS-A (2).

De drie schalen van de UBOS hangen ieder op hun eigen wijze samen met psychosociale aspecten van het werk, waarbij uitputting vooral gerelateerd is aan taakeisen (onder andere ervaren werkbelasting), distantie/depersonalisatie aan hulpbronnen (onder andere sociale steun) evenals competentie/persoonlijke bekwaamheid (onder andere actieve probleemhantering) (2).

De UBOS is gevoelig voor veranderingen en kan bijvoorbeeld ingezet worden bij de evaluatie van behandelingsprogramma’s of preventieve trajecten (2-3). De UBOS kan op individueel niveau gebruikt worden om burnout vast te stellen en om de behandeling te evalueren. Op groepsniveau kan de UBOS ook gebruikt worden als een indicator voor de psychosociale risicofactoren binnen het werk (3).

Ten slotte is de UBOS in staat om werknemers met burn-out klachten te onderscheiden van “normalen” en van diegenen met psychiatrische klachten (2).

II-6 Symptomen, differentieeldiagnose en gevolgen van burn-out

Het is niet altijd eenvoudig om burn-out te onderscheiden van andere vormen van psychosociale problematiek en de differentiaaldiagnose is breed (3). Burn-out, overspanning, spanningsklachten en depressie hebben vergelijkbare symptomen, maar andere oorzaken. Bovendien is het moeilijk om te weten wat de symptomen zijn en wat het gevolg van burn-out is (5,17).

Het presentiëisme is de voorloper van burn-out en van absentëisme. Het is van toepassing op de werknemer die weliswaar aanwezig is maar waarvan de productiviteit aan het verminderen is of zich ver onder het gemiddelde bevindt. Ondanks hun uitputting en demotivatie blijven deze personen aan het werk teneinde hun professionele doelstelling te halen. Dit leidt tot een zware overbelasting die hen zal meeslepen in het opgebrand gevoel, burn-out. “Karoshi”, een Japanse term die letterlijk betekent « sterven door over-werk » is hier een perfecte illustratie van. Deze werknemers kunnen bovendien niet gebruik maken van ziekteverlof, ze kunnen niet recupereren en de uitputting zorgt voor een verminderde aandacht aan waardoor bijvoorbeeld een verhoogd aantal auto-ongevallen zich voordoet. Dit brengt een negatieve spiraal op gang waaruit de werknemer zich - ondanks zijn inspanningen - niet kan bevrijden. Hij put zich dus verder uit, raakt gedemotiveerd en stelt zich voortdurend in vraag. Dit is burn-out.

Dit laatste manifesteert zich onder de vorm van psychosomatische symtomen, emotionele symptomen en cognitieve- of gedragssymptomen.

De fysische of psychosomatische symptomen: vermoeidheid gevoel en insomnia, gastro-intestinale klachten, moeilijk hebben om zich te concentreren.

De emotionele- en cognitieve symtomen: depressiesymptomen, zelfmoord pogingen, gespannen zijn, zich zenuwachtig of angstig voelen.

De gedragssymptomen: gebrek aan “coping strategies”, afname van empathie, vermindering in de zorgkwaliteit, verhoogd risico op medische fouten, het risico op verslaving (middelenmisbruik) en ongevallen met gemotoriseerde voertuigen, verminderde persoonlijke gezondheid en welzijn, absenteïsme, risico om het beroep te verlaten. (4)

II-7 Burn-out onder geneeskundestudenten

Ondanks het feit dat er al bewijs bestaat dat artsen en geneeskundestudenten laag scoren op de metingen over levenskwaliteit, wordt er weinig aandacht gegeven aan de organisatorische en sociale context waarin de dokter moet werken (21-22). Inderdaad, het feit dat er van de jonge artsen die tot een beroepscategorie behoren die een relatief hoog aantal depressiesymptomen vertoont, heel weinig behandeling zoeken, benadrukt

de nood aan laagdrempelige mentale gezondheidsdiensten voor geneeskundestudenten en jonge artsen (18).

Van burn-out werd oorspronkelijk gedacht dat het laat in de medische carrière kwam, nadat het idealisme plaats heeft gemaakt voor pragmatisme en de fascinatie voor de routine. Ondanks het feit dat artsen vroeger de tendens hadden om eerder met pensioen te gaan, (door de hoge werkdruk en de dalende jobtevredenheid), lijkt burn-out minder vaak aanwezig te zijn bij de “senior” artsen dan bij de jonge artsen, vroeg in hun carrière (1). Dat is niet zonder belangrijke gevolgen, vooral als de burn-out aanhoudt tijdens de specialisatie en nog later tijdens het werk als jonge huisarts.

De wetenschappelijke literatuur geeft geen duidelijk cijfer over burn-out, maar Nederlandse onderzoeken tonen aan dat 20% van de arts-assistenten burn-outklachten heeft, dat 10% van de niet-afgestudeerde specialisten met burn-outverschijnselen kampt en dat 70% van de huisartsen wel eens verschijnselen van een burn-out bij zichzelf constateert (17).

Burn-out zou moeten gezien worden als het evidente resultaat van systemen (in een cultuur waarin prestatie sterk verankerd is) die al ontwikkeld worden tijdens de medische opleiding en die onderhouden worden doorheen de hele medische carrière van artsen. Burn-out is hier een verwachte reactie (door een bepaald gedrag, zoals vb. presenteïsme, te stimuleren) op geneeskunde als systeem (21).

Reeds vanaf het begin van de opleiding komt de geneeskundestudent in een systeem terecht dat de individuele prestaties méér waardeert dan samenwerken in groep. De initiële selectie van medische studenten is meer gericht op academische capaciteiten en op prestatiegedrag (21).

Geneeskundestudenten worden dan in de loop van hun opleiding geconfronteerd met een wijde variëteit van stressfactoren (1) onder andere : zorgen omtrent het behalen van de academische doelstellingen, het zich aanpassen aan klinische verantwoordelijkheden, een professionele identiteit ontwikkelen, blootgesteld worden aan de dood en het menselijk lijden, blootgesteld worden aan ethische conflicten (1).

Stage en specialisatie worden geïdentificeerd als specifiek stressvolle fases binnen de carrière van dokter. De overgang van het student-zijn, zonder klinische verantwoordelijkheden, naar een stagair of AIO met een duidelijke klinische verantwoordelijkheid, is een stressvolle levensgebeurtenis voor de meeste studenten die kan leiden tot verminderd zelfvertrouwen (18). Eens ze in een medische praktijk tewerkgesteld zijn, komen daar nog andere stressfactoren bij zoals: het werk in shiften, lange werkdagen, hoge werklast, tijdsdruk, slechte slaapgewoontes en hoge verwachtingen om te presteren, veeleisende patiënten, persoonlijke angst over eigen competentie en veranderende rollen op de werkvloer. Ook worden ze regelmatige geconfronteerd met lijden, angst, falen en de dood ; alsook met moeilijke omgang met patiënten, familie en ander medisch personeel spelen een rol. (1). Dit kan negatieve gevolgen hebben voor zowel het leerproces als voor de patiëntenzorg.

Specialisatie-examens zijn ook stressvolle momenten en de voorbereiding op examens heeft een enorme impact op levensstijl, stress en burn-out. De medische prestaties van geneeskundestudenten zullen minder goed zijn in situaties die verhoogde subjectieve en fysiologische stress met zich mee brengen. De bijkomende last van evaluaties kan daar misschien ook nog toe bijdragen. Dit kan voor de student een spanning creëren tussen de behoefte om de materie te studeren die belangrijk is voor de praktijk en de nood om te slagen voor de evaluatie (22).

Buiten hun academische stress en hun werkkader kunnen HAIO's nog andere stressbronnen hebben zoals: ver weg verhuizen van vrienden en familie, voor (sommigen) het eerst alleen gaan wonen, het ondervinden van veranderingen in een persoonlijke relatie, en ouder worden met "dubbele" werk-verantwoordelijkheden (18).

De waargenomen stress gedurende de geneeskundestudies, voorspelde problemen die 4 jaar later opdoken (18). Zo oefenen veel jonge gekwalificeerde huisartsen hun beroep nooit uit, of stappen er na enkele jaren weer uit (15, 23). Dat is een reële bedreiging voor de toekomst van de eerstelijnszorg en voor het evenwicht van het gezondheidszorgsysteem zelf (3).

Dit tekort aan HA zal leiden tot een vermindering in kwaliteit van zorg voor de patiënten, wat op zijn beurt kan leiden tot burn-out. Zo kan burn-out aanleiding geven tot het ontstaan van een vicieuze cirkel die leidt tot een tekort aan huisartsen.

II-8 Preventie en Behandeling

Het literatuuronderzoek toonde aan dat er blijkbaar nog geen erkende en gevalideerde interventies bestaan om specifiek burn-out te voorkomen of te behandelen. Maar als de hulpbronnen voldoende bescherming bieden tegen de taakeisen, loopt een werknemer minder risico op burn-out (17).

Toch suggereert het werk van het KCE (2011) dat organisatorische of gecombineerde interventies naar zowel het individu als de organisatie toe, een betere efficiëntie vertonen, hoewel de effecten zelden langer duren dan 12 maanden (24**).**

Primaire preventie is het ontstaan van burn-out bij studenten geneeskunde te voorkomen door de oorzaken van burn-out te verwijderen (24**).**

Deze primaire preventie kan op verschillende manieren plaats vinden:

Ten eerste, het imago van huisartsn bijstellen zodat hij niet meer gezien wordt als een soort superheld.

Ten tweede, een werkelijke participatie van de patiënt vragen (21).

Ten derde, de student gedurende zijn stage progressief responsabiliseren om de te vermijden dat hij zijn zelfvertrouwen verliest. Een gepaste supervisie (die heel gevoelig moet zijn aan hoe de jonge artsen hun werkomstandigheden ervaren) voorzien en een studieklimaat creëren dat zowel de toename van klinische kennis als betere

communicatievaardigheden voor de jonge artsen bevordert (18). Inderdaad, door alleen al de beleefdheid op de werkvloer te verhogen, kan er een krachtige verandering bewerkstelligd worden in de geneeskundige setting (21).

Ten vierde, aan de (H)AIO's voorstellen méér praktisch gerichte cursussen te volgen die hen nuttige oplossingen kunnen aanreiken om de eventuele problemen waarmee ze in hun praktijk te maken krijgen beter het hoofd te bieden (3). Maar de studenten moeten daarvoor natuurlijk tijd krijgen.

Ten vijfde, andere interventies, met inbegrip van cognitieve gedragstherapie, psychotherapie, "counseling", adaptieve en communicatieve vaardigheden- training, sociale steun, ontspanning en lichaamsbeweging kunnen als onderdeel van het curriculum worden aangeboden. Van deze interventies is aangetoond dat ze het risico op burn-out verzachten door het verminderen van stress en het verhogen van de levenskwaliteit (1). Medische faculteiten in Engeland, Noorwegen en Amerika experimenteren al langere tijd met programma's ter preventie van burn-out. In deze programma's worden studenten geholpen door ondersteuning en begeleiding (17).

Ten zesde, zou het niet slecht zijn om de studenten al tijdens hun basisopleiding les te geven over tijdsmanagement en assertiviteitstraining.

Al die lessen moeten natuurlijk niet verplicht worden.

Deze primaire preventie moet kunnen opgevolgd worden door secundaire preventie waar men de geneeskundestudenten met burn-out ondersteunt en waar men burn-out in het begin van het proces identificeert en vroegtijdig ingrijpt (24). In Gent bestaat er een hulpstructuur die zorg geeft aan de AIO's die lijden aan burn-out. Er moet wel op worden gelet dat de behandeling niet verplicht wordt, de student met een burn-outprobleem kan wel op vrijwillige basis een behandeling krijgen (3).

Dan tertiaire preventie, met als doel de gevolgen van burn-out te beperken en de terugkeer naar het werk/studie te bevorderen als de burn-out gestopt is (24).

Opvolging is noodzakelijk: het zal de toestand van de student geneeskunde stabiliseren en/of ervoor zorgen dat er geen middelenmisbruik ontstaat. Deze opvolging moet dus niet geminimaliseerd worden (3).

II-9 Rol van de universiteit in de opleiding geneeskunde

Medische scholen, door hun positie, kunnen het studentenwelzijn bevorderen, dit door middel van onderwijs en het bevorderen van zelfzorgvaardigheden, het instellen van wellness interventies en het opleiden van studenten ter voorkoming en het verminderen van burn-out (1).

De medische faculteiten spelen een essentiële rol in de preventie van burn-out (3), niet alleen bij de toekomstige artsen, maar ook bij de studenten geneeskunde zélf. Vanaf het

begin van de opleiding tot arts moet er aandacht gegeven worden aan het mogelijk voorkomen van burn-out. Het basisprogramma van de huisartsgeneeskunde moet herzien worden en de studenten geneeskunde moeten vroeger geconfronteerd worden met (reële) huisartsgeneeskunde. Dat betekent dus ook een herstructuratie in de organisatie van kwaliteitsvolle stages (6).

II-10 Geneeskundestudie in Vlaanderen

De algemene geneeskundige opleiding duurt in totaal 7 jaar (3 jaar bachelor en 4 jaar master). De geneeskundestudent zal vanaf de 3de bachelor contact hebben met het ziekenhuis en met de huisartspraktijk, maar het is vooral tijdens zijn 6de jaar dat hij voltijds stage zal lopen. In de loop van het 6de jaar moet de geneeskundestudent zijn specialisatie kiezen. Indien hij de richting huisarts kiest, duurt de opleiding 3 jaar in totaal en begint die al in het 7de jaar. Vanaf 2012 is de basisopleiding gereduceerd van 7 naar 6 jaar. De laatste twee jaar van de opleiding huisartsgeneeskunde zijn meer gefocused op praktijkervaring, en dienen om de HAIO's ervaring te bezorgen bij een ziekenhuisopleider of bij een huisartspraktijkopleider. De meerderheid van de studenten doen hun stage bij een praktijkopleider. Daarnaast wordt iedere HAIO opgevolgd en geëvalueerd door een stagecoördinator (STACO). Een voltijdse praktische stage vereist de dagelijkse aanwezigheid van de HAIO gedurende de hele werkweek. De HAIO krijgt dan een halve dag vrij per week om te studeren, en moet om de twee weken naar een seminariegroep om les te volgen. Deze zijn per regio verdeeld. Er zijn in totaal 38 seminariegroepen in Vlaanderen.

Om het diploma van huisarts te behalen moet iedere HAIO - naast zijn praktische stage en een aantal verplichte wachtdiensten - een aantal theoretische en praktische examens afleggen, casussen en andere werken voorbereiden voor de seminarieles, portfolio invullen, naar een aantal aanvullende opleidingen gaan en één manama thesis schrijven. Tijdens de stage worden de HAIO's wel verloond.

III- De onderzoekstudie

III- 1 Doelstelling van de vragenlijststudie

Met deze kwantitatieve studie wil ik niet alleen de prevalentie en risicofactoren van burn-out bij de HAIO's in Vlaanderen nagaan, maar ook de mate waarin deze factoren burn-out uitlokken. Via het in kaart brengen van de risicofactoren kan men hier in de toekomst gemakkelijker op inspelen. De meerwaarde van deze studie zit hem in het feit dat het de eerste studie is die deze situatie van de HAIO's in Vlaanderen onder de aandacht brengt.

III-2- Methode

III-2-1- De Enquête

Er werd een beschrijvend onderzoek bij de HAIO's uitgevoerd naar het voorkomen van burn-out, naar de relatie met de risico-factoren (op basis van weerhouden literatuur) en naar de relatie met de praktijkkenmerken. Dit alles is gebeurd via een gestructureerde online- enquête. Deze werd in maart 2015 kenbaar gemaakt via een publicatie in de nieuwsbrief van het Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding (ICHO) en via een aanschrijven - met rappel - aan alle STACO's, met de vraag om het invullen van deze enquête binnen hun seminariegroep aan te raden. De deelname aan de enquête was vrijwillig en ten alle tijde werd de privacy van de deelnemers gegarandeerd.

De vragen zijn gekozen op basis van een literatuurstudie, om inzicht te krijgen in de oorzaken, de gevolgen (fysieke symptomen, cognitieve symptomen, en de gedragingen) van burn-out bij HAIO's, alsook het nagaan van eventueel bestaande beschermingsfactoren bij de HAIO's. Op het einde van de vragenlijst konden de studenten hun opmerkingen, voorstellen, gevoelens en eventuele commentaar noteren.

III-2-2- Opzet van de vragenlijst

Het totaalpakket van vragen bestaat uit 24 groepen van meerkeuzevragen (zie bijlage 2) waaronder een aantal algemene vragen over de demografische karakteristieken van de HAIO-populatie.

De deelnemers kunnen de vragen via een 5 à 7 puntenschaal beantwoorden. De afnameduur bedraagt ongeveer 13 à 15 minuten.

Om burn-out te identificeren hebben we de Nederlandse vertaling van de gevalideerde Maslach Burn-out Inventory, de zogenaamde "Utrechtse Burn-out Schaal" (UBOS) gebruikt.

We hebben de extrinsieke, intrinsieke en individuele factoren bevraagd. Extrinsieke factoren zijn vb. de universiteit waar de student zijn basisopleiding heeft gedaan, het studiejaar in hetwelk de HAIO bezig is, het type van praktijk waar de student zijn stage doet en het aantal uren aanwezigheid per week in de praktijk. Intrinsieke en individuele factoren zijn vb. het geslacht, de persoonlijkheidskenmerken, de gezinssituatie (vb. alleenstaand, kinderlast), de moedertaal, het nemen van medische beslissingen en de keuze om huisarts te worden.

De rest van de vragen werd gekozen op basis van de literatuurstudie, om inzicht te krijgen in de oorzaken, de gevolgen (fysieke symptomen, de psychische distress, cognitieve symptomen, gedragingen) van burn-out alsook de eventueel bestaande beschermingsfactoren bij de HAIO's. Fysieke symptomen zoals bijvoorbeeld een moe gevoel hebben, lichamelijke klachten hebben, het moeilijk hebben om in te slapen of door te slapen. Psychische distress en cognitieve klachten zoals: moeilijkheden hebben om zich te concentreren op het werk, een depressief gevoel hebben, gespannen of angstig zijn. Vragen hierover werden geselecteerd uit verschillende andere gevalideerde vragenlijsten, onder andere "The family physician stress inventory", de "ProQOL", de "domus medica" vragenlijsten, de "sociale steun" vragenlijst, de "Perceived stress scale" (PSS) 14 en de bevlogenheidschaal.

Het misbruik van stimulerende middelen en sedativa wordt ook bevraagd. Om alcoholgebruik in te schatten, wordt de AUDIT C gebruikt. Een ultrakorte depressie-schaal wordt gebruikt om depressie op te sporen. Dit screeningsinstrument bestaat uit 3 vragen. De vragen werden licht gewijzigd. Angst wordt ook geëvalueerd.

Op het einde van de vragenlijst kunnen de studenten hun opmerkingen, hun voorstellen, hun gevoelens en hun eventuele commentaar noteren.

Zoals boven vermeld, is de deelname aan de enquête vrijwillig en ten alle tijde wordt de privacy van de deelnemers gegarandeerd.

Dit onderzoek begon op 23 maart 2015 en eindigde drie maanden later. Tijdens deze periode vulden 131 geneeskundestudenten de vragenlijst volledig in.

III-2-3- Onderzoeksinstrumenten

De Utrechtse Burnout Schaal "UBOS"

UBOS is een vertaling van de MBI, die gevalideerd is in Nederland waar afkappunten bepaald worden voor de Nederlands populatie.
De UBOS-C bestaat uit 20 items. Deze vragenlijst wordt gebruikt voor het vaststellen van burn-out en bevat drie subschalen: Emotionele Uitputting (EU, 8 items), Depersonalisatie (DP, 5 items) en Persoonlijke Prestatie (PP, 7 items). De UBOS is alleen een middel om burn-out op te sporen maar is géén diagnostisch middel voor burn-out.

Een hoog risico op burn-out wordt aangegeven door een hoge score voor EU en DP, samen met een lage score op de PP schaal (1). Dus hoe hoger de eerste twee (EU en DP), des te groter het risico; hoe lager de laatste (PP), hoe groter het risico. Aan de hand hiervan kunnen ook de personen die een verhoogd risico lopen, geïdentificeerd worden.

Burn-out wordt in de literatuur ook gedefinieerd door “Hoge score voor EU in combinatie met of een hoge DP of een lage PA” (27). Anderen spreken al van burn-out als er minimum één van de dimensies (EU, DP of PP) een hoge score heeft (27). We hebben deze twee definities niet weerhouden.

Iedere subschaal van de UBOS bestaat uit verschillende items die kunnen beantwoord worden op een zevenpuntsschaal die varieert van score 0 (“nooit”) tot score 6 (“altijd, dagelijks”): score 0 (“nooit”), score 1 (“een paar keer per jaar of minder” = sporadisch), score 2 (“eens per maand of minder” = af en toe), score 3 (“een paar keer per maand” = regelmatig), score 4 (“eens per week”=zeer dikwijls), score 5 (“een paar keer per week” = zeer dikwijls), score 6 (“dagelijks”= altijd). (2)

De andere vragen van de enquête

Zoals hierboven vermeld, werden de meeste vragen geselecteerd uit verschillende andere gevalideerde vragenlijsten, onder ander de “Ultrakorte depressieschaal” (26), de “The family physician stress inventory” (29), de “ProQOL” (30), de “domus medica” vragenlijsten (29), de “sociale steun” vragenlijst (30), de “Perceived stress scale” (PSS) 14 (30) en de bevlogenheidschaal (30).

Op basis van de literatuur werden er dus een aantal vragen gesteld over de praktijksetting. Zo hebben we in onze vraag 17 vragen gesteld over de werkrisico’s. Vraag 18 van de vragenlijst gaat meer over de steun op de stageplaats. Vraag 20 gaat over de kenmerken van de stageplaats. En ten slotte vragen in verband met de praktijk, onder andere de psychosomatische klachten. Vragen worden ook gesteld over middelengebruik, waaronder het alcohol gebruik.

Al deze vragen moesten worden beantwoord met scores op een 5-punt Likertschaal die varieert van 1=“Helemaal niet waar” tot 5= “Helemaal waar”.

Voor de AUDIT C (alcoholgebruik) werden de gebruikelijke afkappunten lvoor mannen en vrouwen gebruikt. Als de score op de drie vragen van de AUDIT C méér dan vijf glazen alcohol bedraagt bij de mannen of méér dan vier glazen alcohol bij de vrouwen, dan wordt dit als een hoge score beschouwd.

Ethisch aspect

Het Ethisch comité heeft een goedkeuring gegeven om dit onderzoek door te voeren (cf. Bijlage 3).

III- 2- 4 Statistische analyse

Eerst beschrijven we de kenmerken van de respondentengroep zoals het geslacht, de gezinssamenstelling, de kinderlast, de moedertaal, het studiejaar, de universiteit waar de student afgestudeerd is, de praktijkvorm (solo/duo/groep), en aantal andere gegevens, vb. Middelenmisbruik, alcoholgebruik, depressie en angst.

Ten tweede analyseren we de relaties tussen bovenstaande antwoorden aan de hand van de Pearson correlatie coefficient en de ANOVA.

Een betrouwbaarheidsanalyse werd uitgevoerd om de betrouwbaarheid van onze meetschalen (vb. Depressieschaal, burnoutschaal) te meten.

Om de vele risicofactoren, symptomen en gevolgen van burn-out te structureren werd gezocht naar de belangrijkste dimensies hiervan via een principale componenten factoranalyse met behulp van Varimax rotatie op basis van de in de vragenlijst gehanteerde ordinale variabelen. Daarna hebben we nagekeken of er een effect was van onze onafhankelijke variabele op onze afhankelijke variabele.

Daarna werd een lineaire regressie-analyse gedaan om te kijken in welke mate onze onafhankelijke variabele(n) het risico op burn-out kan voorspellen. In onze studie wordt onze afhankelijk variabele “meer dan 2 positieve subschalen” die sterk verstoord zijn” en de “UBOSMIN” (cf. III-2-6). Onze onafhankelijke variabelen zijn: vb. Het geslacht, kinderen hebben, gezinssamenstelling” (Bijlage 4).

De verschillende vragen van onze vragenlijst – die in een ordinale Likert schaal varieerden – werden gecorreleerd met “meer dan 2 positieve subschalen die sterk verstoord zijn” (Bijlage 5)

De bivariate analyse, de validiteit van de schalen en de principale componenten analyse gebeurde aan de hand van SPSS versie 17. De uitkomst variabelen zijn de UBOS subschalen en de samenvoeging van deze schalen.

III-2- 5 Depressieschaal

Verschillende vragen hebben betrekking op depressie en depressieve gevoelens, angst, gespannen zijn en klachten. Zoals hierboven vermeld, wordt o.a een ultrakorte depressie vragenset gebruikt van drie vragen om depressie op te sporen. Eén vraag naar depressieve gevoelens, één naar het gebrek aan interesse gedurende de afgelopen maanden en een bijkomende vraag over de behoefte aan hulp hiervoor. De laatste vraag werd door ons aangepast voor de analyse van burn-out (cf. Tabel 1).

De twee originele depressie vragen werden gesommeerd en gedeeld door de maximum score. Deze genormeerde score werd “Depressief” genoemd.

Daaraan werd een vraag toegevoegd over hulp vragen als de betrokkene zich ‘opgebrand’ zou voelen. ‘Gdepressie’ is de genormeerde somscores van de drie vragen.

Vervolgens werd via een betrouwbaarheidsanalyse de Crombach alfa bepaald van beide schalen. Van de eerste schaal is dit 0,84, wat zeer goed is. Voor de ‘Gdepressie’ is dit slechts 0,51. De derde vraag meet dus een andere dimensie. We weerhouden daarom vooral de twee vragen gesteld over de depressiviteit in de voorbij maanden en het gebrek aan interesse in dezelfde periode. Wanneer op deze beide vragen positief werd geantwoord werd dit beschouwd als een teken van depressie.

Tabel 1: “Depressief” en “Gdepressie” schalen:

	“Depressief”	“Gdepressie”
Vraag 1	Ben je de voorbije maand frequent gehinderd door depressieve gevoelens of hopeloosheid?	Ik ben de voorbije maand frequent gehinderd door depressieve gevoelens of hopeloosheid
Vraag 2	Ben je de voorbije maand frequent gehinderd door weinig interesse of plezier in de dingen die je deed?	Ik ben de voorbije maand frequent gehinderd door weinig interesse of pleizier in de dingen die je deed
Vraag 3	Zou je daarvoor hulp willen krijgen?	Indien ik me opgebrand zou voelen zou ik professionele hulp zoeken

Verschillende andere vragen polsen naar tekens van depressiviteit en suïcide. Een geheel van symptomen die samenhangen met depressiviteit leverde via principiële factoranalyse de dimensie ‘angstreactie en gespannenheid” en een van ‘somatiforme stoornissen’.
Alle gevonden dimensies hangen zowel samen met depressiviteit als met burn-out; anders gezegd: depressiviteit zowel als burn-out kunnen analoge symptoom manifestaties geven zoals gebrek aan fut en interesse, gespannenheid, suicidaliteit en somatisatie van de problemen. (Bijlage 6)

III-2- 6 Meting van Burn-out

Burn-out wordt binnen deze studie op twee manieren bestudeerd.

Een eerste manier bestaat erin uit het optellen van de itemscores van de twee eerste subschalen (EU+DP) en het aftrekken van de scores op de laatste subschaal (PP) (= UBOSMIN).

Een tweede manier bestaat erin om de groep van respondenten te selecteren die op minstens twee subschalen (EU, DP, PP) een afwijkende score hebben. De afkappuntten van de oorspronkelijke gevalideerdeNederlandse schaal worden hier gebruikt.

Met andere woorden, we gebruiken hier zowel de continue variabele die bestaat uit de laatste schaal afgetrokken van de twee eersten (onderbouwd met gegevens over de schaal) als de telling van het aantal subschalen die sterk verstoord zijn volgens de gangbare afkappunten uit de Nederlandse validering. We merken dat deze twee manieren van meten, onderling sterk correleren.

III-2- 7 Burn-out schaal en haar interne consistentie

We hebben deze op twee manieren berekend. Ten eerste hebben we de drie subschalen (EU, DP, PP) samen opgeteld. Deze hebben we “UBOS1” genoemd. Ten tweede, hebben we de “PP” afgetrokken van de “EU” en de “DP”. Deze laatste hebben we “UBOSMIN” genoemd.

Om te kijken welke van deze twee metingen het meest betrouwbaar zijn, hebben we de interne consitentie van deze twee schalen bekeken. De “UBOSMIN” toont betere resultaten in vergelijking met de UBOS1 want de drie subschalen van burn-out vertonen een sterkere samenhang daarmee. We zullen dus onze analyses verder beperken tot het gebruik van de “UBOSMIN”.

Tabel 2: correlaties tussen UBOSMIN en de drie subschalen (EU, DP en PP)

	UBOSMIN	EU	DP	PP
UBOSMIN	1	0,800***	0,727***	-0,669***

*** p< 0,001 ; ** p< 0,01 ; * p < 0,05 ; Ns= niet significant

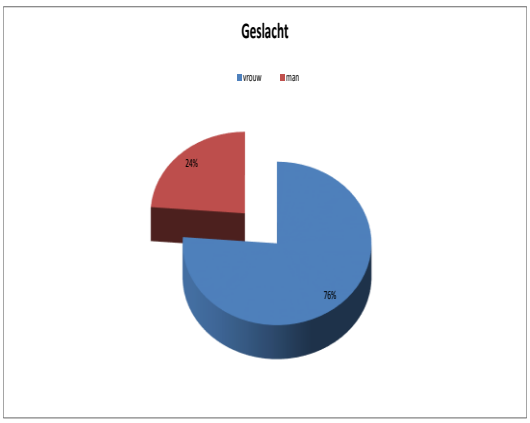
De bovenste tabel 2 toont dat EU met 64% samenhangt met burn-out in onze steekproef, DP met 53% samenhangt met burn-out en DP met 45%.

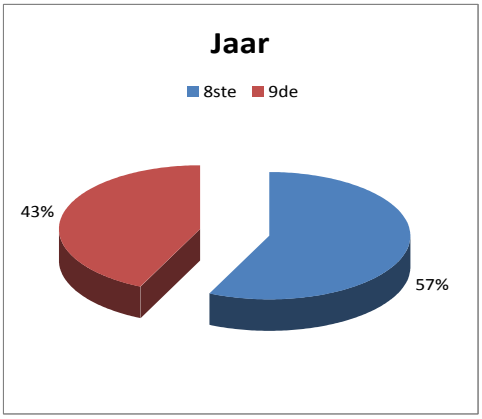
IV- Resultaten

IV-1 Respondenten

Van de 478 ingeschreven HAIO’s (tijdens het academiejaar 2014-2015 en komende van alle Vlaamse universiteiten) hebben 131 studenten (27,4%) deelgenomen aan de enquête waaronder 100 vrouwen (76,3%) en 31 mannen (23,6%). Ongeveer drie maal meer vrouwen dan mannen namen deel. Van deze 131 respondenten, hebben 123 personen de UBOS-vragen ingevuld. Twee respondenten waren student-geneeskunde van het 7de jaar. Deze twee studenten zullen niet meegerekend worden in de hierna

vermelde percentages. 57,0% studenten zijn 8ste jaarsstudenten, en 43,0% zijn 9de jaarsstudenten.

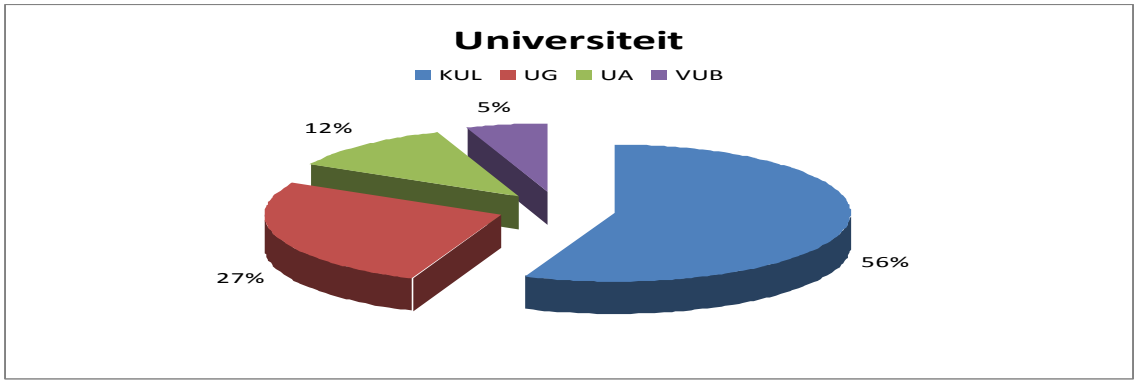




Figuur 1: Verdeling van de HAIO's per geslacht en per studiejaar

Het aantal ingeschreven vrouwen voor het academiejaar 2014-2015 bedraagt 362 (75,10%); het aantal mannen 120 (24,90%). Er zijn dus drie keer zo veel vrouwen als mannen ingeschreven.

Er zijn 449 (93,9%) Belgische studenten, 23 (4,8%) Nederlandse studenten en 10 studenten (2,1%) uit andere landen. Dit totaal aantal HAIO's is verdeeld over de vier universiteiten in Vlaanderen, namelijk KULeuven (KUL, 53,35%), Universiteit van Gent (UG, 24,90%), Universiteit Antwerpen (UA, 13,62%) en de Vrije Universiteit Brussel (VUB, 7%). 257 (53,76 %)studenten zijn 8ste jaars-studenten, en 221 (45,8%) zijn 9de jaars-studenten.



Figuur 2: Verdeling van de HAIO's per universiteit

Deze HAIO's kunnen hun praktijk-opleider kiezen uit de 459 huisartsen-praktijk-opleiders en 19 ziekenhuisen-praktijk-opleiders in Vlaanderen.

Een vierde van de "HAIO-populatie" in Vlaanderen heeft deelgenomen aan dit onderzoek.

Deze studie toont dat 7,6% van de HAIO's uit onze steekproef op de drie subschalen heel slecht scoren en een burn-out vertonen. 29,8 % van de bevraagde studenten vertonen een hoog burn-out risico omdat ze een afwijkende score halen op twee of meer subschalen.

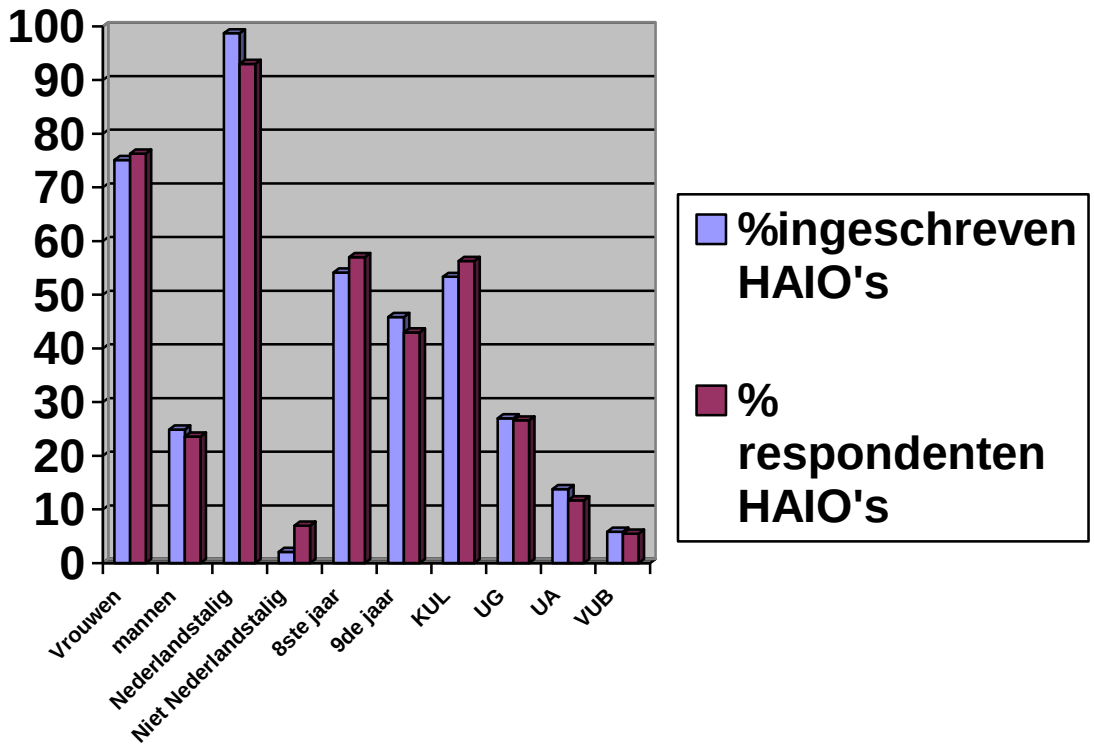
IV- 2 Vergelijking met de cijfers van het ICHO

De ratio man/vrouw van de HAIO's die op de vragenlijst hebben geantwoord is niet sterk afwijkend van die van de ingeschreven HAIO's.

We zien een gelijkaardige verhouding in de vertegenwoordiging van het percentage studenten ingeschreven in de verschillende universiteiten in Vlaanderen. Cfr hieronder

Tabel 3: Vergelijking in percentage tussen de respondenten en de ingeschreven HAIO's

	% ingeschreven HAIO's	**% respondenten HAIO's**
Vrouwen	75,10	76,30
Mannen	24,90	23,60
Nederlandstalig	449+23= 472 (98,7%)	119 (93,0%)
Niet Nederlandstalig	10 (2,1%)	9 (7,0%)
8ste jaar	53,76	57,0
9de jaar	45,85	43,0
KUL	53,35	56,3
UG	26,99	26,6
UA	13,81	11,7
VUB	5,86	5,5



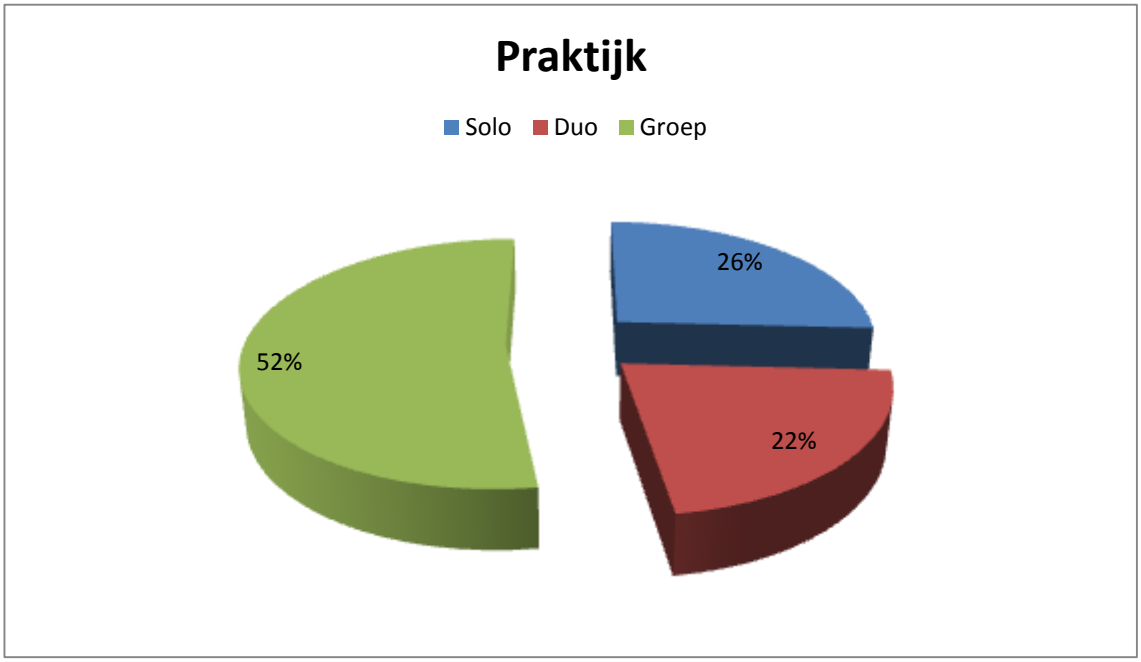
Ffiguur 3: Vergelijking in percentage tussen de respondenten en de ingeschreven HAIO's

De samenstelling van de steekproef komt overeen met deze van de ingeschreven HAIO's. De respons die we van de deelnemers ontvingen geeft ons met andere woorden een representatief beeld van de totale HAIO-populatie in Vlaanderen.

Om elke foute interpretatie van de UBOS te vermijden werd géén UBOS analyse gemaakt wanneer de HAIO op één of meerdere vragen in de subschalen van de UBOS géén antwoord heeft gegeven. In het vervolg van onze studie wordt enkel rekening gehouden met de volledig ingevulde vragenlijsten (123 volledig beantwoorde vragenlijsten op 131 repondenten).

IV- 3- Kenmerken van de respondenten

15,6% van de HAIO's wonen alleen en 84,4% zijn samenwonend. 12,5% hebben kinderen. De meerderheid (93,0%) van de HAIO's zijn Nederlandstalig (93,0%). 52,3% van de HAIO's werken in een groepspraktijk, 25,8% werken in een solopraktijk en 21,9% in een duopraktijk. 80,7% van de HAIO's heeft minder dan 30 minuten nodig om naar werk of les te gaan. Huisartsopleiding was voor 78,4% van de HAIO's hun eerste keuze. 8,4% van de HAIO's heeft geen vrienden onder de andere HAIO's, 15,3% heeft er geen onder de andere AIO's en 3,8% van de HAIO's heeft geen vrienden buiten hun werk of lessen.



Figuur 4: Verdeling van de HAIO's volgens de soort van praktijk

IV- 4 Antwoorden op de vragenlijst:

IV- 4- 1 Descriptieve analyse

Er werd geen verschil gevonden tussen de verschillende demografische kenmerken van de HAIO en burn-out. Er was wel een relatie merkbaar tussen burn-out en erkenning krijgen door de collega's, het medische team of door de patiënt. Van de hele steekproef zijn er zo 70,6% van de HAIO's die geen erkening krijgen van hun collega's en die een groot risico op burn-out lopen. Van de hele steekproef zijn er 38,1% die alleenwonend zijn. Geen apreciatie door de collega ging samen met burn-out. Mensen met burn-out drinken meer koffie (Bijlage 11).

Hieronder de antwoorden van de HAIO's op de vragenlijst. De resultaten zijn in percentages van aantal respondenten uit de achste jaar en uit de negende jaar (123) weergegeven.

1° Sociale achtergrond

1° Ben je : *

23,8% Man

76,1% Vrouw

2. Jouw gezinssamenstelling *

15,3% Alleenwonend

13,0% Getrouwd en samenwonend

50,7% Samenwonend met partner

20,7% Samenwonend met ouders of anderen

3° Heb je kinderen ? *

13,0% Ja

86,9% Nee

4° Is jouw moedertaal: *

93,0% Nederlands

6,9% Een andere taal

5. Aan welke universiteit heb je je geneeskunde-master behaald: *

56,1% KULeuven

11,5% Antwerpen

26,9% Gent

5,3% VUB

0,0% Andere

6-In welk jaar zit je? *

57% in 8ste jaar, 53% in 9de jaar

7. Je keuze voor de huisarts opleiding was: *

78,4% Jouw eerste keuze

3,8% Ik had geen andere keuze

17,6% Andere situatie (specfieer):

8. De praktijk waar je stage loopt is (jezelf niet meetellen) *

25,3% Solo praktijk

22,3% Duo praktijk

52,3% Groepspraktijk

2° Belasting

9-Hoeveel tijd heb je nodig om naar je werk of les te gaan? *

36,1% <15 min

44,6% 15 min – 30 min

15,3% 31 – 45 min

3,8% 46 – 60 min

0,0% > 60 min

10. Hoeveel uur per week besteed je gemiddeld

- op de praktijk/stageplaats (wacht inbegrepen)? *

Gemiddeld : 43,5

- aan de seminaries of lessen? *

Gemiddeld: 5,3

- aan zelfstudie? *

Gemiddeld: 4,3

- aan huishoudelijke taken of familiale verantwoordelijkheden? *

Gemiddeld: 9,9

- aan ontspannen of een hobby uitoefenen? *

Gemiddeld: 10,7

11. Uw contacten : *

	Ja	Nee
Heb je vrienden onder de andere HAIO's?	**91,5%**	**8,4%**
Heb je vrienden onder de andere AIO's?	**84,6%**	**15,3%**
Heb je vrienden buiten je werk of lessen ?	**96,1%**	**3,8%**
Krijg je genoeg erkenning door jouw collega's?	**86,9%**	**13,0%**
Krijg je genoeg erkenning door jouw medisch team?	**85,3%**	**14,6%**
Krijg je genoeg erkenning door jouw patiënten?	**93,0%**	**6,9%**

3° Leefwijze

12. Hoe vaak gebruik je stimulantia (koffie, energie dranken...) ? *

26,1% Nooit

5,3% Minder dan maandelijks

5,3% Maandelijks

13,8% Wekelijks

49,2% Dagelijks of bijna dagelijks

13. Hoevaak gebruikje slaap- of kalmeermiddelen of antidepressiva? *

91,5% Nooit

3,8% Minder dan maandelijks

1,5% Maandelijks

0,7% Wekelijks

2,3% Dagelijks of bijna dagelijks

14. Hoe vaak drink je een alcoholische drank (bier,wijn, aperitief of sterke alcohol)? *

10,0% Nooit

10,7% Maandelijks of minder

33,8% 2 à 4 keer per maand

40,7% 2 à 3 keer per week

4,6% 4 of meer keer per week

15. Wanneer je alcohol drinkt, hoeveel glazen drink je dan gewoonlijk per dag? *

82,9% 1 of 2

14,5% 3 of 4

2,5% 5 of 6

0,0% 7 of 9

0,0% 10 of meer

16. Hoe vaak gebeurt het dat je 6 of meer glazen met alcohol drinkt bij één enkele gelegenheid? *

47,0% Nooit

39,3% Minder dan maandelijks

7,6% Maandelijks

5,9% Wekelijks

0,0% Dagelijks of bijna dagelijks

4° Je werk

17. In welke mate hebben volgende uitspraken op jou betrekking? *

	1 Helemaal niet waar	2 Eerder niet waar	3 Neutraal	4 Eerder waar	5 Helemaal waar
Door de stress/druk op mijn opleiding, doe ik vaker dingen die niet goed zijn voor mij: roken, drinken, drugs (cannabis…)	**65,1%**	**16,2%**	**6,2%**	**10,0%**	**2,3%**
Ik kan makkelijk "nee" zeggen (vb. Bij een ongepaste of excessieve vraag van uw collega's)?	**12,4%**	**48,8%**	**17,0%**	**17,8%**	**3,8%**
Ik sta bekend als iemand die zeer precies is in zijn werk.	**0,7%**	**11,6%**	**35,6%**	**41,0%**	**10,8%**
Ik ben onzeker over wat ik aan de patiënt of zijn familie kan/moet vertellen over de gezondheidstoestand van de patiënt en/of de behandeling?	**9,3%**	**42,6%**	**16,2%**	**28,6%**	**3,1%**
Als er problemen zijn, kan ik hiermee bij niemand terecht	**38,7%**	**29,4%**	**9.3%**	**10,0%**	**12,4%**
Ik kan met de anderen buiten het werk helemaal niet praten over mijn studie/stage, ze begrijpen dat toch niet	**45,7%**	**37,2%**	**9,3%**	**7,7%**	**0,0%**
Ik ben de voorbije maand frequent gehinderd door depressieve gevoelens of hopeloosheid	**31,0%**	**30,2%**	**13,9%**	**17,0%**	**7,7%**

Dit leidt tot belangrijke beperkingen in mijn sociaal of beroepsmatig functioneren	**37,2%**	**34,1%**	**10,0%**	**13,1%**	**5,4%**
Ik ben de voorbije maand frequent gehinderd door weinig interesse of plezier in de dingen die ik deed	**37,2%**	**30,2%**	**12,4%**	**16,2%**	**3,8%**
Als ik opnieuw kon kiezen, zou ik opnieuw geneeskunde doen	**5,4%**	**12,4%**	**11,6%**	**35,6%**	**34,8%**
Mijn studie of stage is een reden om ouderschap uit te stellen	**22,4%**	**22,4%**	**11,6%**	**24,8%**	**18,6%**
Ik kan mijn studie, stage en prive- en gezinsleven goed combineren	**7,7%**	**27,1%**	**26,3%**	**35,6%**	**3,1%**

5° Hulpbronnen

18. In welke mate zijn volgende uitspraken waar? *

	1 Helemaal niet waar	2 Eerder niet waar	3 Neutraal	4 Eerder waar	5 Helemaal waar
• Ik denk dat ik genoeg gevormd ben tijdens mijn opleiding	**2,3%**	**15,7%**	**19,6%**	**58,2%**	**3,9%**
• Ik kan over mijn persoonlijke problemen of mijn moeilijkheden met mijn collega's praten	**3,9%**	**18,1%**	**14,1%**	**46,4%**	**17,3%**
• In mijn stageplaats voel ik een band met mensen	**0,0%**	**5,5%**	**9,4%**	**56,6%**	**28,3%**
• Mijn stageplaats biedt genoeg emotionele steun	**4,7%**	**14,1%**	**21,2%**	**37,0%**	**22,8%**
• Mijn stagemeester maakt tijd vrij om me te helpen en problemen op te lossen	**3,1%**	**6,2%**	**14,9%**	**45,6%**	**29,9%**
• Mijn stagemeester verduidelijkt dingen die ik niet begrijp	**2,3%**	**3,1%**	**10,2%**	**51,9%**	**32,2%**
• Mijn stagemeester geeft me advies als ik zelf ergens niet uitkom	**1,5%**	**4,7%**	**4,7%**	**47,2%**	**41,7%**
• Mijn stagemeester geeft me opbouwende kritiek	**1,5%**	**12,5%**	**11,0%**	**40,9%**	**33,8%**
• Mijn stagemeester begrijpt me	**4,7%**	**10,2%**	**20,4%**	**38,5%**	**25,9%**
• Indien ik me opgebrand zou voelen zou ik professionele hulp zoeken	**3,9%**	**26,7%**	**23,6%**	**33,8%**	**11,8%**

19. Ben je ooit naar een huisarts, psycholoog of psychiater gewest tijdens het afgelopen jaar om psychische hulp te zoeken?

Item #58 *

	1 Neen,ik heb het niet nodig	2 Neen , ik durf niet	3 Neen, ik heb geen tijd	4 Neen, maar dat is een goed idee	5 Ja ik heb dat gedaan
-	**65,3%**	**3,1%**	**8,6%**	**5,5%**	**17,3%**

20. In welke mate zijn volgende uitspraken waar? *

	1 Helemaal niet waar	2 Eerder niet waar	3 Neutraal	4 Eerder waar	5 Helemaal waar
• Ik mis duidelijke richtlijnen over de klinische praktijk tijdens mijn stage	11,9%	49,2%	15,8%	22,2%	0,7%
• Ik mis het werken in teamverband (oa. Delen van verantwoordelijkheid, beschikbaarheid, interacties met collega's)	26,9%	26,9%	19,0%	18,2%	8,7%
• Op de stage ligt de nadruk meer op werken dan op opleiding.	7,1%	26,9%	17,4%	30,9%	17,4%
• In mijn stage geef ik veel, maar ik ontvang er weinig voor terug	19,0%	40,4%	20,6%	18,2%	1,5%
• De laatste tijd vind ik geen nieuwe en interessante aspecten in mijn opleiding of stage	26,9%	38,0%	14,2%	16,6%	3,9%
• In mijn stageplaats voel ik dat mijn idealen tot hun recht komen	6,3%	22,2%	27,7%	35,7%	7,9%
• In mijn stageplaats voel ik dat ik ruimte heb om beslissingen te nemen die helemaal bij mij passen	0,7%	18,2%	15,8%	56,3%	8,7%
• De werkdruk ligt continu hoog (weinig rust, pauzes, weinig kans tot recuperatie, hoge productie eisen)	12,6%	35,7%	20,6%	19,8%	11,1%
• Ik voel me vaak gekwetst door de meeste mensen van het werk	54,7%	29,3%	8,7%	6,3%	0,7%
• Door de stress/druk op het werk, laat ik veel vaker dingen achterwege die me normaal helpen (hobby, sport, sociaal contact: familie, vrienden..)	11,9%	22,2%	18,2%	31,7%	15,8%
• Ik heb de controle over verschillende aspecten van mijn werk zoals de uurroosterregeling, het maken van overuren, de manier waarop ik mijn werk uitvoer?	11,9%	28,5%	19,0%	35,7%	4,7%
• Ik heb veel administratieve taken	6,3%	36,5%	26,1%	23,0%	7,9%
• Ik heb veel taakinterrupties (tel...)	6,3%	32,5%	17,4%	31,7%	11,9%
• Ik moet gedurende vele uren beschikbaar zijn met een lage patiëntenomloop	21,4%	32,5%	13,4%	23,8%	8,7%
• Ik heb een lange werktijd	4,7%	19,8%	29,3%	38,8%	7,1%
• Mijn opleiding, stage of assistentschap is uitdagend	1,5%	5,5%	15,0%	54,7%	23,0%

Uw gevoel

21. Hoe vaak komt het voor dat, ... *

	1 Heel zelden of nooit	2 Zelden	3 Soms	4 Vaak	5 Heel vaak of altijd
• je van je werk houdt	0,0%	4,0%	24,1%	58,0%	13,7%
• je door het werken met patiënten energie krijgt	0,8%	4,8%	29,0%	56,4%	8,8%
• je je goed voelt in jouw contact met patienten en dat je tevreden ben over de hulp die je hen kan aanbieden	0,0%	0,8%	16,1%	66,9%	16,1%
• je het gevoel heb om vast te zitten in het opleidingssysteem	4,0%	17,7%	45,1%	20,9%	12,0%
• je nog altijd dezelfde persoon bent die je altijd wilde zijn	4,0%	8,0%	25,8%	49,1%	12,9%
• je voldoening krijgt door jouw werk	0,0%	6,4%	19,3%	62,9%	11,2%
• je door jouw persoonlijke overtuigingen gesteund bent	0,8%	8,0%	25,8%	58,0%	7,2%
• je een probleem hebt om je privé leven te scheiden van de professionele leven	8,8%	38,7%	29,0%	18,5%	4,8%

22. Hoe vaak komt het voor dat, ... *

	1 Heel zelden of nooit	2 Zelden	3 Soms	4 Vaak	5 Heel vaak of altijd
• je door je werk geen energie heb om met jouw partner/familie/vrienden leuke dingen te doen?	8,8%	19,3%	31,4%	28,2%	12,0%
• je vanwege verplichtingen op je opleiding/stage afspraken met je partner/familie/vrienden moet afzeggen?	8,8%	21,7%	37,9%	21,7%	9,6%
• je de eisen die je opleiding/werk aan je stelt het moeilijk maken je thuis te ontspannen	5,6%	23,3%	32,2%	28,2%	10,4%
• je gespannen bent	2,4%	9,6%	44,3%	37,0%	6,4%
• je gelukkig bent	0,0%	6,4%	21,7%	55,6%	16,1%
• je je zenuwachtig of angstig voelt	7,2%	33,0%	32,2%	23,3%	4,0%
• je je moeilijk kunt concentreren op je werk	8,0%	44,3%	36,2%	9,6%	1,6%
• je moeilijkheden hebt om in te slapen of door te slapen	33,8%	31,4%	20,9%	8,8%	4,8%
• je heel gemakkelijk moe wordt	4,0%	16,9%	29,0%	36,2%	13,7%
• je last hebt van lichamelijke klachten (bijv pijnlijke spieren)	20,9%	29,0%	19,3%	22,5%	8,0%
• je vergeetachtig bent	13,7%	34,6%	29,8%	16,1%	5,6%
• je gemakkelijk geërgerd of geprikkeld bent	2,4%	39,5%	31,4%	18,5%	8,0%

• je cynischer, kritischer of sneller geïrriteerd bent in vergelijking met vroeger	**12,0%**	**33,0%**	**26,6%**	**19,3%**	**8,8%**
• je de indruk heb dat je "de controle verliest " over jouw leven	**23,3%**	**32,2%**	**24,1%**	**12,9%**	**7,2%**
• je het gevoel hebt dat er geen uitweg is uit jouw situatie	**45,9%**	**27,4%**	**11,2%**	**11,2%**	**4,0%**
• je ooit zelfmoordgedachten hebt gehad tijdens je opleiding	**83,0%**	**8,8%**	**4,8%**	**1,6%**	**1,6%**
• je het gevoel hebt dat het leven niet de moeite waard is	**78,2%**	**10,4%**	**8,8%**	**0,8%**	**1,6%**
• je een verandering in je stemming of denken ervaart	**40,3%**	**15,3%**	**27,4%**	**10,4%**	**6,4%**
• je hard werkt maar weinig bereikt	**31,4%**	**37,9%**	**18,5%**	**8,8%**	**3,2%**
• je nergens meer zin in hebt (ook buiten jouw werk/stage-sfeer)	**50,0%**	**21,7%**	**20,1%**	**4,0%**	**4,0%**
• je ooit gedacht hebt om met geneeskunde te stoppen of van richting te veranderen	**41,9%**	**19,3%**	**22,5%**	**12,0%**	**4,0%**

23. Hieronder volgen drie reeksen uitspraken met kleine nuances om op een valiede manier inzicht te geven op uw beleving. Geef aan hoezeer elke uitspraak op u betrekking heeft.

UBOS

Emotionele Uitputting

Item #42 *

	1- nooit	2- sporadisch (een paar keer per jaar)	3- af en toe (eens per maand of minder)	4- regelmatig (een paar keer per maand)	5- dikwijls (eens per week)	6- zeer dikwijls (een paar keer per week)	7- altijd (dagelijks)
1. Ik voel me mentaal uitgeput door mijn werk	**2,4%**	**15,5%**	**35,2%**	**21,3%**	**13,1%**	**9,0%**	**3,2%**
2. Aan het einde van een werkdag voel ik me leeg	**3,2%**	**14,7%**	**26,2%**	**20,4%**	**18,,0%**	**11,4%**	**5,7%**
3. Ik voel me vermoeid als ik 's morgens opsta en er weer een werkdag voor me ligt	**0,8%**	**22,1%**	**19,6%**	**21,3%**	**17,2%**	**11,4%**	**7,3%**
4. De hele dag met patienten/collega's werken vormt een zware belasting voor	**16,3%**	**32,7%**	**26,2%**	**6,5%**	**9,8%**	**4,9%**	**3,2%**

mij							
5. Ik voel me 'opgebrand' door mijn werk	32,7%	28,6%	20,4%	5,7%	6,5%	3,2%	2,4%
6. Ik voel me gefrustreerd door mijn stage en seminariewerken	5,7%	17,2%	22,1%	18,0%	16,3%	13,1%	7,3%
7. Ik denk dat ik me te veel inzet voor mijn studie	20,4%	23,7%	19,6%	17,2%	12,2%	5,7%	0,8%
8. Ik voel me aan het einde van mijn latijn	43,4%	26,2%	8,1%	10,6%	4,9%	5,7%	0,8%

Depersonalisatie

Item #43 *

	1- nooit	2- sporadisch (een paar keer per jaar)	3- af en toe (eens per maand of minder)	4- regelmatig (een paar keer per maand)	5- dikwijls (eens per week)	6- zeer dikwijls (een paar keer per week)	7- altijd (dagelijks)
1. Ik heb het gevoel dat ik sommige patiënten te onpersoonlijk behandel	12,2%	31,9%	24,5%	22,1%	4,9%	3,2%	0,8%
2. Ik heb het idee dat ik onverschilliger ben geworden tegenover andere mensen sinds ik deze opleiding volg	34,4%	28,6%	15,5%	12,2%	3,2%	4,0%	1,6%
3. Ik maak me zorgen dat mijn werk me gevoelsmatig afstompt	42,6%	27,0%	11,4%	7,3%	6,5%	4,0%	0,8%
4. Het kan me niet echt schelen wat er met sommige patiënten gebeurt	46,7%	26,2%	12,2%	9,8%	2,4%	1,6%	0,8%
5. Ik heb het gevoel	50,8%	27,0%	14,7%	4,0%	2,4%	0,8%	0,0%

dat patiënten mij hun problemen verwijten

Persoonlijke prestatie

Item #44 *

	1- nooit	2- sporadisch (een paar keer per jaar)	3- af en toe (eens per maand of minder)	4- regelmatig (een paar keer per maand)	5- dikwijls (eens per week)	6- zeer dikwijls (een paar keer per week)	7- altijd (dagelijks)
1. Ik kan me gemakkelijk inleven in de gevoelens van patiënten	**0,0%**	**0,8%**	**0,8%**	**6,5%**	**15,5%**	**38,5%**	**37,7%**
2. Ik weet de problemen van mijn patiënten adequaat op te lossen	**0,0%**	**0,0%**	**3,2%**	**14,7%**	**22,9%**	**41,8%**	**17,2%**
3. Ik heb het gevoel dat ik het leven van andere mensen op een positieve manier beïnvloed door mijn stage	**0,8%**	**2,4%**	**13,1%**	**17,2%**	**27,8%**	**27,8%**	**10,6%**
4. Met mijn patiënten kan ik gemakkelijk een ontspannen sfeer scheppen	**0,0%**	**0,8%**	**3,2%**	**9,8%**	**20,4%**	**39,3%**	**26,2%**
5. Het werken met patiënten vrolijkt mij op	**0,8%**	**0,0%**	**4,0%**	**16,3%**	**21,3%**	**40,9%**	**16,3%**
6. Ik heb in deze stage veel waardevolle dingen bereikt	**0,0%**	**2,4%**	**8,1%**	**15,5%**	**23,7%**	**36,0%**	**13,9%**
7. In mijn werk ga ik heel rustig om met emotionele problemen	**0,0%**	**1,6%**	**11,4%**	**20,4%**	**21,3%**	**26,2%**	**18,8%**

Suggesties

24. Welke suggesties voor ondersteuning zou jij geven ? *

	Ja	Nee
• Meer praktisch georiënteerde begeleiding krijgen tijdens mijn opleiding	71,9%	28,0%
• Meer opgevolgd worden en meer feedback krijgen	67,7%	32,2%
• Minder tijdsdruk tijdens de opleiding	75,2%	24,7%
• Meer collegiale ondersteuning	64,4%	35,5%
• Zorgen voor een anonieme hulp, vb telefonische dienst die 24u/24 bereikbaar is	25,6%	74,3%
• Meer nadruk leggen op de richtlijnen of aanbevelingen krijgen tijdens de basis opleiding	63,6%	36,3%
• Samen met de andere medestudenten over moeilijkheden spreken en ervaringen delen	78,5%	21,4%
• Minder opdrachten krijgen?	10,7%	89,2%
• Minder dagen of uren in de praktijk werken?	38,0%	61,9%
• Minder uren seminarie opleggen ?	26,4	73,5%

Hieronder geven we enkele van de meest opvallende resultaten weer. De voorstellen of bemerkingen van de HAIO's zullen verder beschreven worden (bijlage 1).

Professionele en academische stress:

Bij 48,3% van de HAIO's op stage, ligt de nadruk méér op werken dan op de opleiding. 45,9% van de HAIO's hebben een lange werktijd. 32,5% van de HAIO's moeten gedurende vele uren beschikbaar zijn met een lage patiëntenturnover. Bij 21,9% van de HAIO's ligt de werkdruk continu hoog (weinig rustpauzes, weinig kans tot recuperatie, hoge productie-eisen). 19,7% van de HAIO's zeggen veel te geven en weinig terug te krijgen. 12% van de HAIO's werkt hard maar bereiken vaak en frequent weinig.

31,7% zijn onzeker over wat ze aan de patiënt of zijn familie kunnen/moeten vertellen over de gezondheidstoestand en/of de behandeling van de patiënt. 22,9% van de HAIO's missen duidelijke richtlijnen over de klinische praktijk tijdens hun stage. 18% van de HAIO's denken dat ze niet genoeg gevormd zijn tijdens hun opleiding.

32,9% van de HAIO's hebben het gevoel dat ze vast zitten in het opleidingssysteem.

40,4% van de HAIO's hebben geen controle over de verschillende aspecten van hun werk, zoals de uurroosterregeling, het maken van overuren, de manier waarop ze hun werk uitvoeren. 43,6 van de HAIO's hebben last van veel taakinterruptie. 30,9% hebben veel administratieve taken. 18,9% van de HAIO's krijgen niet genoeg ruimte om beslissingen te nemen die helemaal bij hun passen.

14,6% krijgen niet genoeg erkenning van hun medisch team. 13,0% van de HAIO's krijgt niet genoeg erkenning van hun collega's. 7% van de HAIO's voelen zich gekwetst door

de meeste mensen van hun werk. En 6,9% krijgen niet genoeg erkenning van hun patiënten.

Gebrek aan steun:

22,4% van de HAIO's kunnen bij niemand terecht als er problemen zijn. 7,7% van de HAIO's kunnen buiten hun werk helemaal niet praten over hun studie/stage want "mensen zullen hun toch niet begrijpen". De stageplaats biedt bij 18,8% van de HAIO's niet genoeg emotionele steun. 22% van de HAIO's kunnen niet met hun collega's over hun persoonlijke problemen of hun moeilijkheden praten. De meerderheid (83%) van de HAIO's voelen vaak of altijd dat ze goed zijn in hun contact met patiënten en zijn tevreden over de hulp die ze aan de patiënten kunnen aanbieden.

5,6% van de HAIO"s krijgen zelden of nooit energie door hun patiënten. 5,5% van de HAIO's voelen geen band met de mensen. 26,9% missen het werken in teamverband (o.a delen van verantwoordelijkheid, beschikbaarheid, interacties met collega's.

14.9% van de HAIO's worden niet begrepen door de stagemeester. 14% van de HAIO' krijgen geen opbouwende kritiek door hun stagemeester. 12% van de HAIO's zijn niet meer dezelfde persoon die ze altijd hadden willen zijn. Bij 9,3% van de HAIO's maakt de stagemeester geen tijd vrij om de HAIO te helpen en problemen op te lossen. 6,4% van de HAIO's krijgen zelden voldoening door hun werk.1 9,3% krijgt dat soms. Bij 5,4% van de HAIO's verduidelijkt de stagemeester de dingen die de HAIO begrijpt, niet. 65,2% van de HAIO's worden vaak of altijd gesteund door hun persoonlijke overtuiging. 25,8% worden soms gesteund door hun persoonlijke overtuiging.

Professionele hulp:

Volgens de literatuur, blijken artsen niet goed in staat om voor hun eigen welzijn op te komen en staan ze weigerig om professionele hulp te vragen (1). Onze studie geeft ons zelfde resultaten bij de HAIO's. 30,6% van de HAIO's zullen géén professionele hulp zoeken indien ze zich opgebrand zouden voelen. 3,1% durven geen professionele hulp zoeken, 8,6% hebben geen tijd om hulp te zoeken. 17,3% van de HAIO's hebben al hulp gevraagd, 17,3% hebben dat ooit gedaan tijdens het afgelopen jaar en 65,3% zegt die hulp niet nodig te hebben.

Gevolgen:

Gezondheid en middelenmisbruik:

49,2% van de HAIO's gebruiken (bijna) dagelijks enkele stimulantia (koffie, energie dranken..).

Door de stress/druk op hun opleiding, doen 12,3% van HAIO's vaker dingen die niet zo gezond zijn: roken, drinken, drugs (cannabis..).

Slaap-, kalmeermiddelen of antidepressiva worden door 2,3% van de HAIO's (bijna) dagelijks gebruikt. 0,7% gebruiken deze middelen wekelijks, 1,5% maandelijks en 3,8% meer dan maandelijks.

4,6% van de HAIO's drinken een alcoholische drank 4 of meer keer per week, 40,7% drinken dat 2 à 3 keer per week, 33,8% drinken dat 2 à 4 keer per maand, 10,7% drinken dat maandelijks of minder en 10% drinken dat nooit.

63,6% van de HAIO's heeft een lage score op de AUDIT C, terwijl 36,4% een hoge score krijgt (Bijlage 5). Binnen de groep HAIO's die alcohol drinken, 5,9% van de HAIO's geven toe dat ze aan binge drinking doen. Tot onze verbazing zijn er meer vrouwen dan mannen die een hoge AUDIT-score hebben (29,0% mannen, 39,1% vrouwen) (Bijlage 7).

Psychosomatisch en cognitieve symptomen

43,4% van de HAIO's zijn vaak of altijd gespannen, 27,3% voelen zich vaak of altijd zenuwachtig of angstig.

49,9% worden vaak of altijd gemakkelijk moe, 30,5% van de HAIO's hebben vaak of altijd last van lichamelijke klachten (vb. Pijnlijke spieren) en 19,3% hebben dat soms.

38,6% van de HAIO's hebben het vaak of altijd moeilijk om thuis te ontspannen door de eisen die hun opleiding aan hen stelt.

26,5% van de HAIO's zijn vaak of altijd gemakkelijk geërgerd of geprikkeld. 28,1% zijn vaak of altijd cynischer, kritischer of sneller geïrriteerd in vergelijking met vroeger.

24,7% van de HAIO's zijn de voorbije maand frequent gehinderd geweest door depressieve gevoelens of hopeloosheid. Bij 18,5% van de HAIO's leiden deze gevoelens tot belangrijke beperkingen in hun sociaal of beroepsmatig functioneren.

21,7% van de HAIO's zijn vaak of altijd vergeetachtig en 29,8% soms. 13,6% van de HAIO's hebben vaak of altijd moeilijkheden om in te slapen of door te slapen, 20,9% hebben soms dit gevoel. 11,2% van de HAIO's hebben het vaak of altijd moeilijk om zich te concentreren op hun werk, 36,2% hebben dit probleem soms.

20% van de HAIO's werden de voorbije maand frequent gehinderd door weinig interesse of plezier in de dingen die ze deden.

15,2% van de HAIO's hebben het gevoel dat er geen uitweg is in hun situatie, 11,2% hebben soms dit gevoel. 6,4% van de HAIO's voelen zich zelden of nooit gelukkig en 21,7% voelen zich soms gelukkig. 3,2% hebben ooit, vaak of altijd zelfmoordgedachten gehad tijdens hun opleiding, 4,8% hebben dat soms en 8,8% zelden.

16,8% van de HAIO's ervaart vaak of altijd een verandering in hun stemming. 27,4% ervaart dat soms.

8% van de HAIO's hebben vaak of altijd nergens meer zin in (ook buiten hun werk/stage-sfeer).

Gevolgen op het privé-leven

Door de stress/druk op het werk, laten 47,5% van de HAIO's veel vaker dingen achterwege die hun normaal helpen in hun leven (hobby, sport, sociaal contact: familie, vrienden). 43,4% van de HAIO's stellen het ouderschap uit omwille van hun studie/stage.

40,2% van de HAIO's hebben door het werk vaak of altijd geen energie meer om met hun partner/familie/vrienden leuke dingen te doen. 31,4% hebben soms dit gevoel.

34,8% van de HAIO's kunnen hun studie, hun stage en privé- en gezinsleven niet goed combineren. 31,3% van de HAIO's moeten vaak of altijd – vanwege verplichtingen op hun opleiding/stage – afspraken met hun partner/familie/vrienden afzeggen. 37,9% moeten dat soms doen.

20,1% hebben vaak of altijd de indruk dat ze "de controle verliezen" over hun leven. 24,1% hebben soms die indruk.

Gevolgen op de motivatie en voor de toekomst

Als ze opnieuw zouden kunnen kiezen, dan zal 17,8% van de HAIO's geen geneeskunde meer kiezen. 16% heeft er ooit aan gedacht om met geneeskunde te stoppen of van richting te veranderen.

29,5% van de HAIO's vinden dat hun idealen niet tot hun recht komen.

20,5% ziet de laatste tijd geen nieuwe en interessante aspecten in hun opleiding of stage. Bij 7% van de HAIO's is hun opleiding, stage of assistentschap niet uitdagend. 4% van de HAIO's houden zelden van hun werk, 24,1% houden er soms van.

Persoonlijke factoren:

61,2% van de HAIO's kunnen niet makkelijk "nee" zeggen (vb. Bij een ongepaste of excessieve vraag van hun collega's) en 51,8% van de HAIO's zijn zeer precies in hun werk.

Wensen van de HAIO's

78,5% van de HAIO's zou graag samen met de andere medestudenten over moeilijkheden spreken en ervaringen delen. 75,2% zou minder tijdsdruk willen ondervinden tijdens de opleiding. 71,9% van de HAIO's zou graag een meer praktisch georiënteerde begeleiding krijgen tijdens hun opleiding. 67,7% zou meer opgevolgd willen worden en meer feedback willen krijgen. 63,6% zou wensen dat er meer nadruk wordt gelegd op de richtlijnen of aanbevelingen tijdens de basisopleiding. 89,2% zou minder opdrachten willen krijgen. 64,4% zou meer collegiale ondersteuning willen.

38,0% zou graag minder dagen of uren in de praktijk werken terwijl 26,4% minder uren seminarie willen opgelegd krijgen. 25,6% zou graag een anonieme hulp – zoals een telefonische dienst – willen die 24u/24 bereikbaar is.

IV- 4- 2 Kritieken van de HAIO's in het algemeen en over de vragenlijst in het bijzonder

De voornaamste kritieken over de vragenlijst werden geuit ivm de "lengte-duur", of soms de niet duidelijke vragen:

> "Sommige vragen vond ik wel wat dubieus."
>
> "Een minder lange vragenlijst, dit was uitputtend."

Anderen vonden het jammer dat er geen enkele vraag in verband met de thesis in de vragenlijst voorkwam.

> "Opdrachten zoals thesis en voorbereiding van examens worden niet bevraagd, en hier gaat momenteel vrijwel al mijn tijd naar toe, zowel op weekavonden als tijdens het weekend..."
>
> "Ik ervaar de thesis als grootste belasting, gezien hier veel tijd in kruipt en gezien hiervoor niet echt tijd voorzien is. Ik zie er ook niet echt het nut van in om een thesis te schrijven. Weinig tot geen vragen van deze vragenlijst gaan over de thesis."

Er waren talrijke HAIO's die klaagden over de hoeveelheid "nutteloze" opdrachten. HAIO's schrijven hierover:

> "De ICHO site en alle vereisten (leeragenda, reflecties, casussen, punpamden, videoconsult.) zijn een frustrerend schoolmeesterlijk onoverzichtelijk kluwen. Minder opdrachten en alles overzichtelijker (bvb als chronologisch 'draaiboek') maken zou ons veel tijd en ergernis besparen".
>
> "De seminaries en de taken daarbij gecombineerd met de masterproef, zijn als je het goed wil doen heel tijdsrovend en een bron van stress en uitputting."
>
> "Voornamelijk de extra opdrachten type 'pun pam den' en 'leeragenda' vragen veel tijd, terwijl er van huisarts in opleiding mag verwacht worden dat ze zich zullen verdiepen in de literatuur in plaats van een 'kleuterschool'houding hieromtrent te hebben. Indien er inderdaad wil gepolst worden naar de 'leerattitude', kan dit door eenvoudigere opdrachten tijdens de seminaries gebeuren."

Er waren ook talrijke HAIO's die de wens uitgedrukt hebben om de Manamathesis uit het programma te laten schappen. Hier volgen een paar voorbeelden:

> "Manama afschaffen! Seminaries voor mij erg nuttig, ik word hier een betere arts door. Manama nam heel veel tijd in beslag die ik anders in mijn gezin of ontspanning had kunnen steken. Van de manama heb ik het gevoel totaal niets bijgeleerd te hebben..."

> “MASTERPROEF AFSCHAFFEN of VERKLEINEN ! Enorm arbeidsintensief zonder enige voldoening. Al de rest doe ik graag, maar dat is echt een vervelend blok aan ‘t been wat NIETS oplevert, zelfs niets bijdraagt aan de wetenschap.”
>
> “Manama brengt heel veel werk mee en brengt mijns inziens heel weinig bij tot de opleiding van goeie huisartsen! Seminaries mogen zeker doorgaan! Dit brengt wel iets bij.”
>
> “De thesis weegt heel zwaar op de tijdsbesteding. Ik moet dingen in mijn persoonlijk leven opgeven om te recupereren van de zware week of om aan de thesis te werken. Na 9 jaar studeren ben ik het beu van hierop toegevingen te moeten doen.”
>
> “Er gaat veel tijd naar de masterproef, waardoor je voor de andere zaken geen tijd meer hebt. Een halve dag per week om hier aan te werken is niet realistisch, je moet er enkele dagen kunnen aan doorwerken. In het weekend is dit vaak moeilijk door familiale verplichtingen en in de week is er geen tijd.”
>
> Maar ook: “Het afwerken van een kwalitatief goede thesis is erg moeilijk in onze opleidingssituatie.”
>
> “Manamathesis in combinatie met praktijk is moeilijk. Ik verwacht VEEL MEER motivatie en begeleiding voor mijn manamathesis van mijn promotor.”
>
> “De manamaproef vraagt ook enorm veel tijd terwijl alle studenten 2 jaar voordien reeds een gelijkaardige proef hebben moeten afleggen, veel tijdsinvestering voor weinig praktische kennis in de toekomst!”
>
> “De masterproef afschaffen! Dit nutteloze werk dat meestal toch in het niets verdwijnt, neemt veel te veel tijd in beslag. In die tijd zou ik me beter concentreren op mijn patiënten en de richtlijnen!”

Veel HAIO’s hebben verschillende malen herhaald hoe veel moelijkheden ze hadden om hun privé-leven te combineren met hun werk en studies. Zo schrijven ze:

> “Rekening durven en kunnen houden met het feit dat HAIO’s ook een gezin hebben of willen hebben. Dit zou prioritair mogen zijn, zonder te hoeven inboeten aan opleiding. Beter een maand ter beschikking aan opleiding en taken dan voortdurend tussen de werkuren door aan taken en bijkomende opleidingsvereisten moeten voldoen. Dit compromitteert een zorgeloos gezinsleven.”
>
> “Bedenk dat een HAIO minimaal 27 jaar is bij afstuderen en dat een stabiel gezinsleven een bepalende factor kan zijn om depressie en burn- out te voorkomen.”

Sommige HAIO’s hebben vermeld dat ze beter voorbereid wilden worden op de dagelijkse realiteit van hun toekomstig werkterrein. Zo schrijft een HAIO:

> “Graag bouwen aan een stevige visie van studenten ook al in de basisopleiding en dan hen wapenen tegen de echte wereld waar veel gefrustreerde mensen rondlopen; uiteindelijk kan je met een visie echt wel steeds kleine stapjes vooruit

zetten. Als je geen visie hebt en puur reactief werkt dan heb je niet genoeg controle op je eigen situatie en vraag je volgens mij om een burnout."

In het algemene vonden de HAIO's het gekozen onderwerp pertinent en interessant en hebben ons aangemoedigd om het werk voort te zetten en hun de resultaten mee te delen. Zo schrijven ze:

"Goed dat hierover onderzoek gebeurd, doe zo voort!",

"Deze enquete is een goed initiatief! Veel succes met je thesis. Sommige vragen vond ik wel wat dubieus."

"Goed dat hierover onderzoek gebeurd, doe zo voort! Er moet immers wel degelijk iets veranderen in de opleiding en ons beroep later. Bedankt!"

IV- 5 Belasting van de studenten

Er is geen significant verschil tussen vrouwen en mannen wat betreft het totaal aantal uren belasting. Er is ook geen verschil gevonden tussen het gemiddeld aantal uren dat mannen en vrouwen besteden aan hun studie.

Er is geen verschil tussen het aantal uren zelfstudie mét kinderen vs zonder kinderen (overlappende betrouwbaarheidsintervallen).

Er werd ook geen verschil gevonden tussen het studiejaar en de belasting en tussen de afstudeer-universiteit en de belasting.

IV-6 Anstig gevoel en depressie bij de HAIO's

27,3% van de HAIO's voelt zich vaak/altijd angstig of zenuwachtig en 43,4% gespannen. 7,6% van de HAIO's is depressief (op basis van de bovenvermelde drie vragen). Het percentage ligt hoger (13,7%) als we alleen de resultaten van de eerste twee vragen bekeken (Bijlage 8). 17,3% heeft al professionele hulp gezocht. 30,6% zou geen professionele hulp zoeken als ze zich opgebrand zouden voelen. 3,1% durft dat niet en 8,6% heeft er geen tijd voor. Er is meer depressie bij vrouwen en bij de studenten van 8ste jaar.

Tabel 5: De gemiddelde waarden op "Depressief" en "Gdepressie" bij vrouwen en mannen en bij "8ste" en "9de" jaar studenten.

	Man	Vrouw	8ste jaar	9de jaar
Gdepressie	0,43	0,47	0,47	0,44
Depressief	0,46	0,49	0,49	0,46

Maar deze drie vragen geven ons enkel per benadering een idee over depressiviteit. We hebben emotionele aspecten ook op verschillende manieren gemeten. De verschillende dimensies die in de verschillende vragen samenhangen met depressiviteit worden in onze analyse opgenomen. De eerste dimensie/factor die samenhangt met depressiviteit is “depressieve symptomen”, de tweede is “angstreactie en gespannenheid” en de laatste is “somatiforme stoornissen”.

Een HAIO die op deze dimensies/factoren hoog scoort, is een zwaar depressieve HAIO. Het afkappunt is nul, d.w.z dat als de HAIO boven de nul scoort, zit hij boven het gemiddelde (50%) en dan heeft hij depressieve symptomen en gespannenheid.

IV- 7 Bivariate analyse van de risicofactoren

IV- 7- 1 De belasting van de HAIO’s

De bedoeling is te zoeken naar belasting die het risico op burn-out kunnen verklaren. De resultaten van deze bivariate analyse tonen ons geen aanwijsbare factoren aan die op burn-out kunnen wijzen.

Tegen onze verwachtingen in, vonden we een positieve correlatie tussen het “aantal uren ontspanning” en de “totale belasting inclusief de huishoudelijk taken” (Tabel 5) ($p<0,001$). Met andere woorden, hoe meér belasting, hoe méér ontspanning wordt genomen of hoe méér ontspanning, hoe méér belasting er ontstaat.

De bivariate analyse toont géén significant verschil tussen mannen en vrouwen voor “steun op de stage-plaats” en voor “emotionele problemen op het werk bespreekbaar”. Vrouwen hebben een meer hulpzoekend gedrag en wat minder voldoening van het werk in vergelijking met mannen. Mannen hebben minder werkdruk, maar hebben meer een gevoel van belasting in de praktijk. Bij de mannen is het gebrek aan controle over hun werk wat meer uitgesproken dan bij vrouwen. Maar al deze verschillen zijn niet significant.

IV- 7- 2 Gebruik van stimulerende middelen, sedativa en burnout

We voerden een bivariate analyse uit voor middelengebruik. In tegenstelling met de literatuurstudie, werd in onze studie geen significante correlatie gevonden tussen het gebruik van stimulerende middelen (stimulanten, sedativa, alcohol), sedatieven en burn-out. Het gebruik van stimulantia werd niet op duidelijke manier bevraagd in onze vragenlijst, daarom hebben we deze resultaten weggelaten.

Stimulanten (koffie, energie-dranken)

48,9% van de HAIO’s gebruikt dagelijks stimulanten. Dit resultaat is niet verbazingwekkend omdat het grootste deel van de bevolking elke dag koffie

consumeert. Om de resultaten te kunnen analyseren, zou het beter zijn in de toekomst het koffie-gebruik niet te vermelden of om het aantal kopjes koffie dat per dag wordt gedronken te preciseren.

Sedativa (slaap of kalmeermiddelen, antidepressiva)

90,8% van de HAIO'S gebruikt geen sedativa tegenover 3,1% die het dagelijks gebruiken.

IV- 7- 3 Depressie

7,6% van de HAIO's zijn depressief op basis van de vragen bovenvermeld (cf. Tabel 1). Het percentage ligt hoger (13,7%) als we de resultaten van de eerste twee vragen bekeken. 17,3% heeft al professionele hulp gezocht. 30,6% zou geen professionele hulp zoeken als ze zich opgebrand zouden voelen. 3,1% durfde dat niet en 8,6% hebben er geen tijd voor.

Onze tweede meting geeft aan dat de HAIO's voor een belangrijk deel boven de gemiddelde score (die altijd positief is) zitten. Inderdaad, de gemiddelde score van de HAIO's ligt altijd positief (cf. Tabel nominale en kwantitatieve schaal). Hoe hoger positief, hoe meer symptomen er zijn.

Er is een een duidelijke relatie tussen de verschillende dimensies die we in onze vragenlijst en de Gdepressie schaal voor depressie hebben gedefinieerd (cf. Annexe).

De gemiddelde student scoort positief op de depressiefschaal (Mean= 0,48 (SD 0,26)). 38,5% van de HAIO's beschrijven hun depressie op een schaal van nul tot tien, als minder dan drie. 35,8% van de deelnemers beschrijven hun depressie op een schaal van nul tot tien, tussen vier en zes. 25,7% van de HAIO's beschrijven zich depressief, op een schaal van nul tot tien, als meer dan zeven.

We zien meer depressie bij vrouwen en bij de studenten van 8ste jaar.

Tabel 5: De gemiddelde scores op "Depressief" en "Gdepressie" bij vrouwen en mannen en bij "8ste" en "9de" jaar studenten

	Man	Vrouw	8ste jaar	9de jaar
Gdepressie	0,43	0,47	0,47	0,44
Depressief	0,46	0,49	0,49	0,46

Er is geen correlatie tussen de "totale belasting" en depressie (p=non significant).

De depressieschaal correleerd met burn-out en de relatie is precies hetzelde bij mannen als bij vrouwen.

Bij grote depressiviteit is er meer burn-uit. Depressiviteit toont een significante relatie met burn-out.

Er is een statistisch significante correlatie tussen “UBOSMIN” en het “aantal positieve subschalen”. Hoe hoger de “UBOSMIN”, hoe groter het risico op burn-out. Hoe groter het aantal schalen dat sterk positief is, hoe groter het risico op burn-out.

IV- 7- 4 Resultaten van burn-out in onze steekproef:

Bijna één vierde (24,2%) van de HAIO’s heeft een hoge score op emotionele uitputting (EU). Hetzelfde percentage HAIO’s heeft een lage persoonlijke prestatie (PP). De depersonalisatieschaal (DP) scoort nog hoger, bijna 60% - meer dan de helft (55%) - van de HAIO’s hebben een hoge score op depersonalisatie (Bijlage 13).

Een derde (31,3%) van de HAIO’s vertoont geen burn-out. 8,1% van de HAIO’s vertonen tekenen van burn-out. 23,4% van de HAIO’s hebben “twee positieve subschalen” en hebben dus een zeer hoog risico op burn-out. In totaal, voldoet 29,8% van de deelnemende HAIO’s aan de criteria voor burn-out.

Belasting, Middelensmisbruik, Depressie, Angststoornissen, Somatische klachten en burn-out

We maakten een inschatting van de belasting van de student. De gemiddelde belasting is 43,5 werkuren per week. Het model dat hier uit voorkwam toont echter geen significante relatie met burn-out. Een uitleg kan zijn dat de belasting samenhangt met andere factoren die een groter impact kunnen hebben op burn-out (bv.gevoel van uitputting).

Er bestaat een significante relatie tussen eenerzijds depressiviteit en burn-out, wat te verwachten was; maar er bestaat ook een relatie tussen de somatische klachten en angststoornissen en burn-out.

36% van burn-out hangt samen met depressiviteit, wat hoog is. Analoge relaties worden gevonden tussen ‘meer dan twee positieve subschalen hebben’ en de verschillende factoren van depressiviteit.

Een duidelijke relatie wordt gevonden tussen de verschillende subschalen van burn-out en de verschillende factoren van depressiviteit , met name: “depressief risico”, “lichte of matige depressiviteit”, “matige depressief”, zware depressiviteit”, “suicide gevoelens en wensen te stoppen (zwaar depressief)”, “angstreactie en gespannenheid”, “somatiforme stoornissen”.
HAIO’s die geen burn-out hebben, scoren laag op al deze factoren. HAIO’s die wél een burn-out risico hebben, scoren hoog. We merken dat deze factoren meer voorkomen bij mensen met burn-out.

Deze conclusie geldt ook voor de drie subschalen van burn-out. Er wordt een duidelijke relatie gevonden tussen die verschillende factoren en de verschillende subschalen van burn-out. De subschaal die het meest is gelinkt aan bovengenoemende symptomen, is de EU.

Emotionele uitputting is wel positief gecorreleerd met het gebruik van sedatieven. Dat betekent dat een groter gebruik van sedatieven gepaard gaat met grotere emotionele uitputting (B= 17,45, R2=0,05, p<.05).

Een bivariate analyse toont dat 79,1% van de HAIO's met een hoge score op de AUDIT-C maandelijks of vaker koffie en stimulantia gebruikt.

"Aantal positieve subschalen" en "meer dan twee positieve subschalen sterk verstoord hebben"

Gemiddeld zijn voor 29% van de HAIO's studenten van het 8ste jaar "méér dan 2 subschalen positief". Er is hier ook geen significant verschil tussen de resultaten van studenten van het 8ste jaar en het 9de jaar. Het studiejaar beÏnvloedt de resultaten van de score dus niet in onze studie.

Gemiddeld zijn er 31% vrouwen die "meer dan twee positieve subschalen" hebben, versus 26% mannen, maar er werd geen significant verschil tussen de 2 groepen (man en vrouw) gevonden wat betreft de score op het "aantal positieve subschalen".

Het feit dat de gemiddelde student weinig kans op burn-out heeft, wordt verklaard door de hoge score op persoonlijke prestaties, wat een beschermende factor is.

Er is geen significant verschil tussen de universiteit waar de student afgestudeert wat betreft de score op de variabele "meer dan twee positieve subschalen". Universiteit Antwerpen geeft het kleinst percentage (20%) van burn-out bij de HAIO's in vergelijking met de andere unversiteiten, maar het verchil is niet significant.

In onze studie wordt onze afhankelijke variabele ("meer dan 2 positieve subschalen sterk verstoord hebben"of "UBOSMIN") niet verklaard door de bestudeerde onafhankelijke variabele (het geslacht, kinderen hebben, gezinssamenstelling", "het studiejaar", "het type van praktijk", "keuze om huisarts te worden")) (Bijlage 4). De opgenomen demografische factoren, ook de "keuze om huisarts te worden" en de type praktijk heeft géén significante invloed op burn-out of op het feit dat "meer dan 2 subschalen sterk verstoord zijn".

We hebben ook de relatie tussen depressie en "meer dan twee positieve subschalen" nagekeken. In onze steekproef waren 86,3% van de repondenten (113 HAIO's) niet depressief. Binnen die groep hebbben 25% (28 HAIO's) 'meer dan twee subschalen sterk verstoord'. De depressieve respondenten vertegenwoordigen een 15,9% (18 HAIO's) in onze steekproef. Depressief zijn verhoogt het risico om 'meer dan twee

subschalen sterk verstoord' te hebben tot 36%. Somatiforme stoornissen, angstreactie en gespannenheid, suicïdale gevoelens en depressieve symptomen komen meer voor bij mensen met burn-out (Bijlage 12).

Er werden correlaties gevonden tussen "méér dan twee positieve subschalen" hebben en onze afhankelijke variabelen (Items zoals "depressief risico", "steun op stage, "werk geeft geen voldoening", "stimulerende praktijk", en "somatiforme stoornissen", "persoonlijke voldoening op het werk" en – in mindere mate – "geen sociale ondersteuning", "onzekerheid in relatie met patiënten", "steun op stage", "belastende praktijk", en "emotionele problemen op het werk bespreekbaar", zijn gecorreleerd met "méér dan twee verstoorde subschalen hebben" (Bijlage 12).

V- Principale componentenanalyse – Factoranalyse en geroteerde componenten matrix

Deze wordt gebruikt om de onderliggende structuur van onze vragenlijst te onderzoeken. Een principiel component analyse werd uitgevoerd op de verschillende subvragen om de belangrijkste dimensies in de antwoorden van de HAIO's te bepalen.

De vragen 17-18-20-21 en 22 van onze enquête geven ons de belangrijkste aspecten van de opleiding/stage weer die een impact (kunnen) hebben op het 'welzijn' van de studenten. We hebben alle belangrijke dimensies weerhouden. Deze vragen werden gekozen omdat ze de risicofactoren en gevolgen bevragen. Elke van deze vragen bestaat uit een set van deelvragen (zie bijlage 2).

Vraag 17 gaat over het werk. De variantie in deze vraag kan worden opgedeeld in 4 belangrijke factoren/dimensies die 61,25% van de variantie op deze vraag beïnvloedt. De eerste dimensie 'Depressief risico en isolement' heeft de hoogste score. Deze dimensie beïnvloedt 21,85% van de variantie op vraag 17. De tweede dimensie 'Geen sociale ondersteuning' beïnvloedt met 15% vraag 17. De derde dimensie 'Onzekerheid in relatie met patiënten' beinvloedt met 14% vraag 17. De vierde dimensie 'Wil alles goed doen -onder controle hebben' beïnvloedt met 9,94% vraag 17. De samenstellende aspecten van iedere dimensie die samenhangen met verschillende vragen in de vragenlijst, zijn te vinden in tabel 6.

Tabel 6 : Deelvragen van de verschillende dimensies die vraag 17 beïnvloeden. De belangrijkste kenmerken per factor worden in kleur getoond.

Rotated Component Matrixa

	Component			
	1	2	3	4
Ik_kan_mijn_studie__stage_en_prive_en_gezinsleven_goed_combine	-,713			
Mijn_studie_of_stage_is_een_reden_om_een_ouderschap_uit_te_stell	,690	-,341		,352
Ik_ben_de_voorbije_maand_frequent_gehinderd_door_weinig_interess	,658	,449	,230	
Dit_leidt_tot_belangrijke_beperkingen_in_mijn_sociaal_of_beroeps	,650	,527	,235	-,223
Ik_ben_de_voorbije_maand_frequent_gehinderd_door_depressieve_gev	,605	,520	,269	
Door_de_stressdruk_op_mijn_opleiding_doe_ik_vaker_dingen_die_n	,548		,267	
Ik_kan_met_de_anderen_buiten_het_werk_helemaal_niet_praten_over_		,750		
Als_er_problemen_zijn_kan_ik_hiermee_bij_niemand_terecht		,576	-,225	
Ik_kan_makkelijk_0_zeggen_vb#_bij_een_ongepaste_of_excessieve			-,737	-,365
Ik_ben_onzeker_over_wat_ik_aan_de_patiënt_of_zijn_familie_kanmo			,736	
Als_ik_opnieuw_kon_kiezen_zou_ik_nog_ge0skunde_doen	-,294		-,527	
Ik_sta_bekend_als_iemand_die_zeer_precies_is_in_zijn_werk				,886

De eerste dimensie ‘Depressief risico en isolement’ heeft de grootste verklarende score. Deze dimensie is vooral beïnvloed door de deelvraag ‘Ik kan mijn studie, stage en privé-gezinsleven goed combineren’: Hoe meer de HAIO zijn privé- en gezinsleven goed kan combineren, hoe minder risico op burn-out. Andere deelvragen beïnvloeden deze dimensie ook, met name: ‘Mijn studie of stage is een reden om ouderschap uit te stellen’. ‘Dit leidt tot belangrijke beperkingen in mijn sociaal of beroepsmatig functioneren’, ‘Door de stress/druk tijdens mijn opleiding, doe ik vaker dingen die niet goed zijn voor mij: roken, drinken, drugs (cannabis)..’ en ‘Als ik opnieuw kon kiezen zou ik opnieuw geneeskunde doen’.

De tweede dimensie ‘Geen sociale ondersteuning’ beïnvloedt met 15% vraag 17. Deze dimensie wordt heel sterk beïnvloed door de deelvraag: ‘Ik kan met de anderen buiten het werk helemaal niet praten over mijn studie/stage, ze begrijpen dat toch niet’.

De derde dimensie ‘Onzekerheid in relatie met patiënten’ beïnvloedt met 14% vraag 17. Deze dimensie wordt vooral beïnvloed door de deelvraag ‘Ik ben onzeker over wat ik aan de patient of zijn familie kan/moet vertellen over de gezondheidstoestand van de patient en/of de behandeling’.

De vierde dimensie ‘Wil alles goed doen/(onder controle hebben)’ beinvloedt met 9,94% vraag 17. Deze dimensie wordt beïnvloed door de deelvragen ‘Ik sta bekend als iemand die zeer precies is in zijn werk’, ‘Ik kan makkelijk “nee” zeggen bij een ongepaste of excessieve vraag van mijn collega’.

Vraag 18 gaat over de hulpbronnen van de HAIO op het werk. Drie factoren/dimensies kunnen deze vraag met 71,83% beïnvloeden. De eerste dimensie betreft ‘steun op de stageplaats krijgen’. Deze beïnvloedt 41,81% van de variatie op vraag 18. De tweede dimensie ‘emotionele steun hebben op het werk’ beïnvloedt 19,28% van de variatie op vraag 18. De derde dimensie ‘hulp zoeken wanneer nodig’ beïnvloedt 10,73% van de variatie op vraag 18. Hieronder vind je de set van alle deelvragen die ieder van deze verschillende dimensies beïnvloeden (cf. Tabel 7). Deze vraag geeft ons informatie over de stagemeester enerzijds en anderzijds over het hulpzoekend gedrag van de HAIO.

Tabel 7: Het deelvragen van de verschillende dimensies die vraag 18 beïnvloeden. De belangrijkste kenmerken per factor worden in kleur getoond.

Rotated Component Matrixa

	Component		
	1	2	3
@_Mijn_stagemeester_maakt_tijd_vrij_om_me_te_helpen_en_problemen	,905		
@_Mijn_stagemeester_geeft_me_advies_als_ik_zelf_ergens_niet_uitk	,871		
@_Mijn_stagemeester_verduidelijkt_dingen_die_ik_niet_begrijp_18	,863		
@_Mijn_stagemeester_begrijpt_me_18#_In_welke_mate_zijn_volgende	,821	,256	
@_Mijn_stagemeester_geeft_me_opbouwende_kritiek_18#_In_welke_ma	,772	,243	
@_Mijn_stageplaats_biedt_genoeg_emotionele_steun_18#_In_welke_m	,706	,413	
@_Ik_kan_over_mijn_persoonlijke_problemen_of_mijn_moeilijkheden_		,770	
@_In_mijn_stageplaats_voel_ik_een_band_met_mensen_18#_In_welke_	,272	,731	-,280
@_Ik_denk_dat_ik_genoeg_gevormd_ben_tijdens_mijn_opleiding_18#_		,704	
@_Indien_ik_me_opgebrand_zou_voelen_zou_ik_professionele_hulp_zo			,964

De eerste dimensie ‘steun op stageplaats krijgen’ heeft de hoogste score. Deze dimensie beïnvloedt 41,81% van de variatie op vraag 18. Deze dimensie wordt vooral beïnvloed door de deelvraag : ‘Mijn stagemeester maakt tijd vrij om me te helpen en problemen op te lossen’.

De tweede dimensie ‘emotionele steun hebben op het werk’ beïnvloedt 19,28% van de variatie op de vraag 18. Deze dimensie wordt vooral beïnvloed door de deelvraag: ‘Ik kan over mijn persoonlijke problemen of mijn moeilijkheden met mijn collega’s praten’.

De derde dimensie ‘hulp zoeken wanneer nodig’ beïnvloedt 10,73% van de variatie op vraag 18. Deze dimensie wordt sterk beïnvloed door de deelvraag: ‘Indien ik me opgebrand zou voelen, zou ik professionele hulp zoeken’.

Vraag 20 gaat over de kenmerken van de stageplaats. Hierin hebben we 16 vragen gesteld over de kenmerken van de stageplaats op een vijfpuntschaal van één tot vijf. Vier factoren/dimensies zijn naar voor gekomen die 61,74% van de variatie van de praktijkkenmerken (**vraag 20**) bepalen. Die dimensies worden gekenmerkt door de lading die ze op de verschillende deelvragen hebben. Voor de praktijksetting zijn volgende factoren het meest belangrijk: “hoge inzet voor weinig terug- werk geeft geen voldoening’”, “hoge werkdruk en tijdsbelasting”, “belastende praktijk” en “niet opleidingsgerichte stageplaats”.

De eerste dimensie ‘Hoge inzet voor weinig terug / werk geeft geen voldoening’ heeft de hoogte score. Deze dimensie beïnvloedt 26,62% van de variatie op vraag 20. Deze dimensie wordt vooral beïnvloed door de deelvragen: ‘In mijn stageplaats geef ik veel maar ik ontvang er weinig voor terug’ en ‘In mijn stageplaats voel ik dat ik ruimte heb om beslissingen te nemen’. 40,9% van burn-out hangt samen met ‘Hoge inzet voor weinig terug / werk geeft geen voldoening’. De factoren die bepalen wat het werk geen voldoening geeft kunnen we jammer genoeg, niet uit onze vragenlijst extraheren.

De tweede dimensie ‘hoge werkdruk en tijdsbelasting / werk geeft geen voldoening’ beïnvloedt 13,56% van de variatie op vraag 20. Deze dimensie wordt vooral beïnvloed door de deelvraag ‘Ik heb een lange werktijd’.

De derde dimensie ‘Uitdagende praktijk situatie’ beïnvloedt 11,06% van de variatie op vraag 20. Deze dimensie wordt vooral beïnvloed door de deelvraag : ‘Ik moet gedurende vele uren beschikbaar zijn met een lage patienten omloop’.

De vierde dimensie ‘niet opleidingsgerichte stageplaats’ beïnvloedt 10,48% van de variatie op vraag 20. Deze dimensie wordt vooral bepaald door de administratieve taken en hoofdzakelijk door de volgende deelvraag: ‘Ik heb veel administratieve taken’. Hieronder vind je de gehele set van deelvragen die ieder van deze verschillende dimensies beinvloeden (cf. Tabel 8).

Tabel 8: Deelvragen die de verschillende dimensies ivm vraag 20 beïnvloeden. De belangrijkste kenmerken per factor zijn in kleur weergegeven.

Rotated Component Matrixa

	Component			
	1	2	3	4
In_mijn_stageplaats_voel_ik_dat_mijn_idealen_tot_hun_recht_komen	-,783		,210	
In_mijn_stage_geef_ik_veel_maar_ik_ontvang_er_weinig_voor_terug	,780	,319		
Ik_voel_me_vaak_gekwetst_door_de_meeste_mensen_van_het_werk	,710			
In_mijn_stageplaats_voel_ik_dat_ik_ruimte_heb_om_beslissingen_te_nemen_die_helemaal_bij_mij_passen	-,710			,300
De_laatste_tijd_vind_ik_geen_nieuwe_en_interessante_aspecten_in_mijn_opleiding_of_stage	,643		-,392	
Ik_mis_het_werken_in_teamverband__(oa_delen_van_verantwoordelijkheid, Beschikbaarheid, interacties_met_collega's)	,637		-,269	
Op_de_stage_ligt_de_nadruk_meer_op_werken_dan_op_opleiding	,637	,352		,243
Ik_heb_een_lange_werktijd_20#_In_welke_mate_zijn_volgende_uit		,860		
De_werkdruk_ligt_continu_hoog_(weinig_rust_pauzes, weinig_kans_tot_Recuperatie, hoge_productie_eisen)	,319	,670	,321	
Ik_heb_de_controle_over_verschillende_aspecten_van_mijn_werk		-,590	,467	
Door_de_stressdruk_op_het_werk_laat_ik_veel_vaker_dingen_achterweg die me normaal helpen_(hobby, sport, sociaa_contact: familie, vrienden)	,441	,443		,287
Ik_moet_gedurende_vele_uren_beschikbaar_zijn_met_een_lage_patienteomloop			-,746	,351
Mijn_opleiding_stage_of_assistentschap_is_uitdagend	-,366		,644	
Ik_heb_veel_administratieve_taken				,789
Ik_heb_veel_taakinterrupties	,237		-,238	,681

Vraag 21 en vraag 22 worden samen geanalyseerd omdat ze over de persoonlijke reacties van de HAIO's op het werk handelen. Vijf dimensies kunnen deze vragen met 63,43% beïnvloeden, met name : De eerste 'Depressieve symptomen' die 17,34% van deze twee vragen beïnvloeden, de tweede 'Angst –reactie en gespannenheid' die 13,42% van deze twee vragen beïnvloedt, de derde 'Voldoening uit werk' die 13,23% van deze twee vragen beïnvloedt , de vierde 'Werk brengt privé in gevaar' die 10,73% van deze twee vragen beïnvloedt en de vijfde 'Concentratiestoornissen' die 8,69% van deze twee vragen beïnvloedt. Hieronder vind je een set van alle deelvragen die ieder van deze verschillende dimensies beÏnvloedt (cf. Tabel 9).

De eerste dimensie van vragen 21 en 22 'Depressieve symptomen' beïnvloedt 17,34% van de variatie op die twee vragen. Deze dimensie wordt hoofdzakelijk beïnvloed door de deelvragen: 'je hebt het gevoel dat het leven niet de moeite waard is' en 'je ooit zelfmoordgedachten hebt gehad tijdens jouw opleiding'.

De tweede dimensie 'Angstreactie en gespannenheid' beïnvloedt 13,42% van de variatie op die twee vragen. Deze dimensie wordt vooral beïnvloed door de deelvragen : 'je het gevoel hebt om vast te zitten in het opleidingssysteem'.

De derde dimensie 'Voldoening uit werk' is vooral beïnvloed door de volgende deelvragen: 'het feit van van zijn werk te houden', 'voldoening krijgen door het werk', 'het

feit dat de HAIO zich nog altijd dezelfde persoon voelt die hij/zij altijd wil zijn' en het feit dat de HAIO 'ooit gedacht heeft om met geneeskunde te stoppen'.

De vierde dimensie 'Werk brengt privé in gevaar' betreft hoofdzakelijk het feit dat de HAIO 'vanwege zijn verplichtingen op zijn/haar opleidingsstage, afspraken met hun partner/familie/vrienden afzeggen. De vijfde dimensie 'Concentratiestoornissen' wordt vooral beïnvloed door de moeilijkheid om zich te concentreren op het werk.

Tabel 9: Het ondervragen van de verschillende dimensies die vragen 21 en 22 beïnvloeden. De belangrijkste kenmerken per factor worden in kleur getoond.

Rotated Component Matrixa

	Component				
	1	2	3	4	5
@_je_het_gevoel_hebt_dat_het_leven_niet_de_moeite_waard_is	,840				
@_je_ooit_zelfmoordgedachten_hebt_gehad_tijdens_mijn_opleiding	,808				
@_je_een_verandering_in_je_stemming_of_denken_ervaar	,667	,401		,283	
@_je_nergens_meer_zin_in_hebt_(ook_buiten_jouw_werk/stage-sfeer)	,663		-,221	,426	
@_je_ooit_gedacht_hebt_om_met_ge0skunde_te_stoppen_of_van_richting_ te_veranderen	,639	,253	-,396		
@_je_het_gevoel_hebt_dat_er_geen_uitweg_is_uit_jouw_situatie	,615	,287		,331	
@_je_nog_altijd_dezelfde_persoon_bent_die_je_altijd_wilde_zijn	-,555		,453		-,232
@_je_hard_werkt__maar_weinig_bereikt	,475	,246	-,293	,388	,221
@_je_je_zenuwachtig_of_angstig_voelt		,681			,340
@_je_gespannen_bent	,230	,639	-,202		
@_je_het_gevoel_heb_om_vast_te_zetten_in_het_opleidingssysteem		,629		,210	
@_je_last_hebt_van_lichamelijke_klachten_bijv_pijnlijke_spieren		,593	-,220		
@_je_cynischer_kritischer_of_sneller_geïrriteerd_bent_in_vergelijking_met_vroeger	,332	,581	-,292		,310
@_je_de_eisen_die_je_opleidingwerk_aan_je_stelt_het_moeilijk_maken_je_thuis_te_ ontspannen		,562		,560	
@_je_heel_gemakkelijk_moe_wordt	,256	,389	-,252	,237	,345
@_je_moeilijkheden_hebt_om_in_te_slapen_of_door_te_slapen	,358	,384			,272
@_je_van_je_werk_houdt			,798		
@_je_voldoening_krijgt_door_jouw_werk	-,239	-,205	,785		-,233
@_je_door_het_werken_met_patiënten_energie_krijgt			,707	-,244	
@_je_je_goed_voelt_in_jouw_contact_met_patienten_en_dat_je_tevreden_ben_over_ De_hulp_die_je_hen_aanbieden			,674		
@_je_door_jouw_persoonlijke_overtuigingen_gesteund_ben	-,443	-,327	,553		
@_je_gelukkig_bent	-,409	-,410	,437		-,302
@_je_vanwege_verplichtingen_op_mijn_opleidingstage_afspraken_met_jouw_ Partner/familie/vrienden moet afzeggen			-,214	,835	
@_je_door_je_werk_geen_energie_heb_om_met_jouw_partner/familie/vrienden_leuke _dingen_te_doen	,315	,213		,757	
@_je_een_probleem_hebt_om_je_privé_leven_te_scheiden_van_de_professionele leven		,336		,599	,247
@_je_de_indruk_heb_dat_je_de_controle_verliest_over_jouw_leven	,461	,253	-,298	,480	,334
@_je_je_moeilijk_kunt_concentreren_op_je_werk			-,269	,217	,783
@_je_vergeetachtig_bent	,247		-,204		,757
@_je_gemakkelijk_geërgerd_of_geprikkeld_bent	,336	,468		,205	,480

Om de relatie tussen burn-out en de werksituatie te verbeterende na te gaan, hebben we van de apart deelvragen, een andere analyse gedaan. Deze vertoont een statistische significante correlatie met de hoge risico op burn-out. De inbetrokkende deelvragen waren de volgende:

Hoe minder de HAIO energie door het werken met zijn patienten zou krijgen, hoe minder de HAIO zich goed zal voelen in zijn contact met patienten en ten laatste, hoe minder hij tevreden zou zijn over de hulp dat hij aan de patient aanbiedt, hoe minder de HAIO van zijn werk zou houden en hoe meer loopt de HAIO's een hoge risico op Burn-out.

De crosstabulatie van 'Hoe vaak komt het voor dat je_van_je_werk_houdt' zegt ons dat 61,6% van de HAIO's die 'meer dan twee subschalen sterk verstoord hebben' zeldzaam van hun werk houden. Dit vertegenwoordigt 19,2% van onze steekproef. (Bijlage 9)

We hebben de relatie tussen de UBOSMIN en deze vijf dimensies bekeken. We merken niet alleen op dat deze vijf dimensies 84,8% van de variatie op de UBOSMIN verklaren maar ook dat de verklarende kracht van dit model op significatieve manier toeneemt bij het toevoegen van ieder van deze vijf dimensies. Omdat de verklarende kracht door het toevoegen van iedere dimensie niet vermindert, kunnen we concluderen dat niet alleen geen enkele van deze vijf dimensies elkaar beïnvloeden en niet gecorreleerd zijn tussen elkaar maar ook dat ieder van deze dimensies onmisbaar zijn om de variatie op de UBOSMIN te verklaren.

Het verschil tussen vrouwen en mannen:

'Werkdruk' bij de mannen is lager, en hoger bij de vrouwen. 'Persoonlijke voldoening' en 'belastende praktijk' scoren hoger bij mannen dan bij vrouwen. 'Onzekerheid in relatie met patiënten' is groter bij vrouwen dan bij mannen. 'Geen sociale ondersteuning' is groter bij mannen dan bij vrouwen. Wat meer suïcidale gevoel kan worden gevonden bij mannen dan bij vrouwen, maar de gemiddelde scores zijn bijna hetzelfde. Vrouwen zoeken meer hulp dan mannen.

Er is geen duidelijk verschil tussen mannen en vrouwen voor 'steun op de stageplaats' en voor 'over emotionele problemen op werk spreken'. Vrouwen hebben een meer hulpzoekend gedrag en er is wat minder 'ontplooiing op het werk' in vergelijking met mannen. Mannen hebben minder 'werkdruk', en meer 'gevoel van tijdsverspilling' in de praktijk. Een 'gebrek aan controle over hun werk' is bij hen wat meer uitgesproken dan bij vrouwen.

'Werkt geeft geen voldoening' en 'depressie' zijn het meest gecorreleerd met de UBOSMIN. 'Persoonlijke voldoening op het werk' en het 'depressie risico' zijn het meest gecorreleerd met depressie.

VI- Lineaire regressie analyse :

Om onze studie aan te vullen, hebben we - via een lineaire regressieanalyse waar al die factoren samengevoegd waren - nagekeken welke van deze dimensies een significante rol spelen bij burn-out. Als afhankelijke variabele gebruikten we hierbij het 'meer dan twee positieve subschalen' van de UBOS. Ons doel was om de factoren die een bijdrage leveren tot burn-out bij onze HAIO populatie aan het licht brengen.

We hebben alle dimensies in een lineaire regressie analyse geplaatst. We hebben gemerkt dat depressiviteit, angstreacties, concentratiesstoornissen, en de belasting van de praktijk allemaal samenhangen met burn-out. Omdat we de werksituatie wensten te analyseren en hierdoor wisten dat er zéker een relatie bestaat tussen burn-out en depressiviteit, hebben we deze dimensie uitgesloten van onze regressie analyse. Op deze manier verdwijnen de oorzakelijke factoren die deels samenhangende ziektebeelden van burn-out en voor een ander deel oorzaak zijn van depressie.

De regressie analyse werdt opnieuw uitgevoerd met dit keer alleen de persoonlijke factoren en de praktijkkenmerken. De verklaarde variatie van dit laatste model verklaart driekwart (74%) van het risico op burn-out en geeft ons de belangrijkste factoren die een rol spelen bij het ontstaan van burn-out bij de HAIO's in onze studie (Bijdrage 10). Zo hebben 'persoonlijke voldoening op het werk' en 'stimulerende praktijk' een negatief effect op burn-out.

De belangrijkste dimensie is het feit dat 'hoge inzet voor weinig terug – werk geen voldoening geeft' (R2= 37%) gevolgd met 'voldoening uit het werk' (R2= 13%). Dat betekent dat de manier waarop voldoening uit het werk wordt gehaald, 50% van het risico op burn-out bepaalt. De drie voornaamste bijdragen zullen hieronder besproken worden.

De volgende deelvragen geven ons een idee over wat bepaalt dat een HAIO geen voldoening krijgt op het werk : 'Ik voel me gekwetst door de meeste mensen op het werk', 'In mijn stageplaats voel ik dat mijn idealen tot hun recht komen', 'In mijn stageplaats voel ik dat ik ruimte heb om beslissingen te nemen', 'In mijn stageplaats geef ik veel maar ik ontvang er weinig voor terug', 'De laatste tijd vind ik geen nieuwe en interessante aspecten in mijn opleiding of stage', 'Ik mis het werken in teamverband (oa. Delen van verantwoordelijkheid, beschikbaarheid, interacties met collega's' en 'Op de stage ligt de nadruk meer op het werken dan op de opleiding'. Nog andere deelvragen beïnvloeden deze dimensie, ze zijn te vinden op de tabel 8.

De bijdrage van 'voldoening uit het werk' wordt vooral vertegenwoordigt door de deelvragen 'Hoe vaak komt het voor dat je van je werk houdt', 'Hoe vaak komt het voor dat je je goed voelt in jouw contact met patiënten en dat je tevreden bent over de hulp die je hen kan aanbieden' en 'Hoe vaak komt het voor dat je voldoening krijgt door jouw werk'. Nog andere deelvragen geven een bijdrage aan deze dimensie, ze zijn te vinden op de tabel 9.

‘Belastende praktijk’ wordt vooral bepaald door ‘Ik moet gedurende vele uren beschikbaar zijn met een lage patiëntenomloop’, ‘Mijn opleiding/stage of assistentenschap is uitdagend’, ‘Ik heb de controle over verschillende aspecten van mijn werk zoals de uuroosterregeling, het maken van overuren, de manier waarop ik mijn werk uitvoer’, ‘De laatste tijd vind ik geen nieuwe en interessante aspecten in mijn opleiding of stage’. Nog andere deelvragen geven een bijdrage aan deze dimensie, ze zijn te vinden op de tabel 8.

Burn-out kan dus vermeden worden door het versterken van twee beschermende factoren. De eerste factor wordt vooral bepaald door het feit dat de HAIO ‘voldoening door zijn/haar werk krijgt’ en de tweede factor betreft het feit dat de ‘praktijk stimulerend’ is. Dit laatste betekent dat de HAIO genoeg energie krijgt door het werken met patienten en dat hij goed contact met hen heeft. De HAIO ervaart dat hij over zijn emotionele problemen kan spreken en een band voelt met zijn werk en hierdoor voldoening krijgt van zijn werk. Dat gebeurt als de praktijk meer stimulerend is. In een stimulerende praktijk zal de HAIO emotioneel gesteund worden maar hij krijgt ook de kans zich te ontplooien en zijn praktische kennis – door de opbouwende kritiek – te vergroten.

Elke HAIO heeft nood aan voldoende aandacht door zijn/haar stagemeester. Een luisterend oor maar ook de juiste leshouding-attitude van de stagemeester heeft zeker een positieve invloed op de HAIO. Dit zal aan de HAIO een gevoel van zelfontplooiing en voldoening van zijn werk geven. De ‘persoonlijke voldoening’ en zijn verschillende kenmerken spelen ook een belangrijk rol in de ontwikkeling van burn-out. De kenmerken zijn vb.: ‘Het gevoel dat de HAIO heeft om gesteund te worden in zijn eigen overtuigingen’, ‘van zijn werk te houden’, ‘indruk hebben voldoening te krijgen door hun werk’ en dat ‘de HAIO’s altijd dezelfde persoon blijven die ze altijd willen zijn’.

Tabel 10: Resultaat van weerhouden model na lineaire regressieanalyse

Model na weglaten van 'symptomen' en 'depressie'	R^2	B	F charge	p
'Werkt geeft geen voldoening'	0,378	0,160	78,36	***
'Voldoening uit werk'	0,508	0,488	33,85	***
'Belastende praktijk'	0,623	0,265	38,58	***
'Persoonlijke voldoening werk'	0,661	-0,690	14,13	***
'Simulerende praktijk'	0,740	-0,881	37,81	***

*** $p<0,01$

Uit deze resultaten kunnen we concluderen dat 'werk geeft geen voldoening' een significant voorspellende waarde heeft op burn-out. Door toevoegen van 'voldoening op het werk' wordt er een verklarende waarde van 13% bereikt. Door de toevoeging van 'Praktijk belastend' bereiken we een verklarende waarde van 11,5%. En door toevoegen van 'persoonlijke voldoening werk' en 'stimulerende praktijk' wordt een totale verklarende waarde van 11,7% bereikt.

VII- Discussie

Hieronder zullen we de mogelijke verklaringen geven van de meeste resultaten van ons onderzoek. Voor onze analyse beperken we ons tot de belangrijke relatie die we gevonden hebben. Dan zullen we de beperkingen van ons onderzoek bespreken, en eventuele suggesties voor het vervolgonderzoek voorstellen.

Sociodemografische kenmerken, universiteit van afstuderen, type van praktijk en alcoholmisbruik:

We hebben in onze studie geen verband gevonden tussen de socio-demografische karakteristieken (geslacht, alleenwonende, kinderbelasting...) van de HAIO's en burn-out. Over deze relatie is niet altijd iets terug te vinden in de literatuur. Er was ook geen verband te zien tussen het soort van praktijk, de universiteit van de HAIO en het studiejaar waarin de HAIO ingeschreven is.

We hadden verwacht dat de belasting (in uren) een belangrijke rol zou spelen in de ontwikkeling van burn-out. Maar de resultaten van onze studie vertellen ons dat hoe méér de HAIO belast wordt in de praktijk, hoe méér tijd wordt besteed aan ontspanning / hij ontspant of omgekeerd, hoe méér de HAIO ontspanning heeft, hoe méér hij belast is. HAIO's denken misschien dat ze zullen ontspannen door een hobby te beoefenen maar ze forceren zich eigenlijk omdat ze al te veel belast zijn. Mischien is een hobby uitoefenen een soort (sociale) verplichting geworden voor de HAIO's. Een andere uitleg kan zijn dat om burn-out te vermijden, de HAIO's hun belasting met meer ontspanning compenseren. Mogelijk overschatten de HAIO's hun gepresteerde werkuren alsook het aantal uren dat zij ontspanning nemen.

36,4% van de HAIO's heeft een hoge score gekregen op de AUDIT score. 5,9% van de HAIO's geven toe dat ze aan binge drinking doen.

In tegenstelling tot de literatuur hebben we geen correlatie gevonden tussen middelenmisbruik en burnout. Misschien omdat de HAIO die in burn-out zit, zijn burn-out zal compenseren door te drinken. Alcoholmisbruik is gekend bij artsen, maar wel later in hun carrière.

Studenten geneeskunde lijken dus heel gezond. Maar dat is helaas niet waar.

Vergelijking van onze cijfers met deze van de andere universiteiten of studies in belgie:

In vergelijking met de geneeskundestudenten van de ULB waar 28,4% een hoog risico op burn-out had, en in vergelijking met de andere AIO's in Gent waarbij 27,7% een verhoogd risico op burn-out vertoonde en 8,5% in een klinische burn-out zat, geeft onze studie ongeveer dezelfde resultaten. Zo lijdt in onze steekproef 7,6% van de HAIO's aan burn-out en 29,8 % van hen vertoont een hoog burn-out-risico.

In vergelijking met het onderzoek in de Vlaamse ziekenhuizen waar 6,6% van artsen en verpleegkundigen effectief te kampen hebben met een burn-out en waar 13,5% een hoog risico op ontwikkeling van burn-out heeft, toont onze studie hogere cijfers. Personen met relatief weinig werkervaring, gebrek aan vaardigheden en competentie zijn inderdaad meer vatbaar om hoge scores te hebben op burn-out (18, 21, 25).

Burnout bij de HAIO's in onze studie

In totaal voldoet een derde van de HAIO's (29,8%) aan een grote risico op burn-out. 8,1% van de HAIO's vertonen tekenen van burn-out. 23,4% van de HAIO's heeft twee positieve subschalen en heeft dus een zeer hoog risico op burn-out.

Bijna één vierde (24,2%) van de HAIO's heeft een hoge score op emotionele uitputting (EU). Hetzelfde percentage HAIO's heeft een lage persoonlijke prestatie (PP). De depersonalisatieschaal (D) scoort nog hoger, meer dan de helft (55%) van de HAIO's hebben een hoge score op depersonalisatie.

Een derde (31,3%) van de totale HAIO's populatie heeft geen burn-out. Het feit dat de gemiddelde student weinig kans op burn-out heeft, wordt verklaard door de hoge score op persoonlijke prestaties, wat een beschermende factor is.

Middelenmisbruik

In tegenstelling met de literatuurstudie, werd in onze studie geen significante correlatie gevonden tussen het gebruik van stimulerende middelen (stimulanten, sedativa, alcohol), sedatieven en burn-out. Emotionele uitputting is wel positief gecorreleerd met het gebruik van sedatieven.

Maar alcoholproblemen lijken met de leeftijd meer toe te nemen bij artsen dan bij de algemene bevolking, en het cijfer voor probleemdrinkers lijkt bij vrouwen en mannen even hoog te liggen (18).

Depressie, hulpzoekend gedrag, werkdruk en privé-leven bij de HAIO's:

Het blijkt, dat de HAIO's hetzelfde percentage (7,6%) vertonen op zowel de UBOS als op onze depressieschaal (Gdepressie). Onze studie heeft ook een sterke correlatie aangetoond tussen die twee problematieken: burn-out en depressie. Maar indien we alleen het percentage van de resultaten van de eerste twee vragen van onze depressieschaal bekijken, lijkt het percentage depressie tussen de HAIO's hoger (13,7%). Dit laatste cijfer geeft ons het percentage van de HAIO's die een depressie hebben, terwijl het eerste cijfer ons het aantal depressieve HAIO's geeft die hulp willen zoeken.

Zoals we in de literatuurstudie vonden, zijn er veel artsen/HAIO's die geen hulpzoekend gedrag vertonen. Zo'n 30,6% zou geen professionele hulp zoeken als ze zich opgebrand zouden voelen. Binnen de groep van HAIO's die nood aan professionele hulp hebben,

durfde 3,1% dat niet vragen. Dit kunnen we uitleggen door het feit dat de HAIO's hierbij gehinderd worden door het idee wat anderen over hen zullen denken, des te meer omdat dit de personen zijn die hun collega's zullen worden. Vaak zullen ze proberen zichzelf te behandelen.

Binnen de groep HAIO's heeft 8,6% geen tijd om psychische hulp te zoeken. Ze hebben inderdaad een tekort aan tijd.

Ten eerste hebben ze – zoals onze studie heeft aangetoond – het al moeilijk om aan hun studie-eisen te voldoen en dit met hun werk te combineren. Waar zullen ze theoretisch en vooral praktisch de tijd vinden om professionele hulp te zoeken? Inderdaad werken ze zelf tijdens de hele week en hun enige 'vrije tijd' gebruiken ze om naar de seminarieles te gaan of om aan hun thesis of portfolio te werken. Ze gebruiken ook hun avonden en hun weekenden om hun achterstand in te halen en zo zijn ze constant achterop aan het hollen. Zo vermeldt een HAIO:

> "Seminarie is nuttig, maar er wordt veel te veel verlangd van ons. Er is constant een wolk die daar hangt van taken en thesissen die er geschreven moeten worden. De dag die we "vrij" hebben voor seminarie en thesis wordt door de stagemeesters als een vrije dag beschouwd, door ons als een dag die broodnodig is om te recupereren en door het ICHO als een dag om ons nog meer werk te geven. De thesis is er echt over, er is geen enkele opleiding waar men 40 uur moet werken, week- en weekendwachten moet doen en nog een thesis schrijven en taken etc. De druk moet lager, vele vriendinnen van mij hebben burn-outklachten. Het ICHO doet er niets aan als er gezegd wordt dat de uren niet deugen of de stagemeesters, want er zijn stagemeesters tekort. De stagemeesters zijn niet bekwaam, en vaak enkel uit op geld en op geen wachten meer doen belust. Het is als het ware een grote soep waar de studenten niet in gehoord worden."

We moeten ook niet vergeten dat de HAIO vaak in 'ontkenning' gaat in verband met zijn gezondheidstoestand en zal blijven verder doen ondanks verschillende (nood)signalen. Deze attitude kan uitgelegd worden door het feit dat de HAIO geneigd is zijn gezondheid te verwaarlozen ten voordele van het werk/studie. Dat type van gedrag kan ook uit wanhoop voorkomen: hij wil kost wat kost slagen voor zijn examens en hij kan zich niet permiteren om een paar dagen werkombekwaam te zijn. De HAIO denkt misschien dat hij geen andere keuze heeft. 32,9% van de HAIO's heeft het gevoel dat ze vast zitten in het opleidingssysteem, en dit opleidingssysteem erkent hun problemen niet. Integendeel, dit organisatorisch klimaat en deze sociale context stimuleren een bepaald gedrag waar presenteïsme de perfecte link vormt tussen educatie en prestatie. Is burn-out een gepaste en logisch verwachte reactie op geneeskunde als systeem? (21) Zo schrijft een HAIO hierover:

> "Als het niet klikt met de praktijkopleider, kan je echt nergens terecht, het is een dikke "trek je plan". Dan heb je een rotjaar waar je geleidelijk uitgeblust en afgestompt geraakt. En dan zijn depressie en burn-out niet veraf. De enige steun

komt dan van de seminaries en in beperkte mate het “eens je hart luchten” bij de STACO. Maar concreet kan je echt NIKS doen.”

De kern van het probleem kan zijn dat er een gevestigde medische cultuur heerst die aanvaardt dat er een hoge werklast, hoge stress en mogelijk onredelijke eisen bestaan als de norm, die een gevoel van schaamte voor de mensen (hier de HAIO) die dit ervaren geeft (22).

30,9% van de HAIO’s vermeldt dat de werkdruk vaak of altijd te hoog ligt met weinig kans tot recuperatie en hoge productie-eisen. 75,2% van hen zou minder tijdsdruk willen ondervinden tijdens de opleiding. Verschillende HAIO’s hebben ook opmerkingen geschreven in verband met de druk, zoals: “Er is vooral meer tijd voor ontspanning nodig!!”, en nog: “Minder avondraadplegingen! Meer tijd voor examens en dergelijke, zonder dat hier de weinige vakantiedagen voor moeten worden ingezet.” Zo vermeldt 47,5% van de HAIO’s dat ze vaak of altijd (door de stress/druk op het werk) dingen achterwege laten die hen normaal helpen, zoals hobby, sport, sociaal contact (familie, vrienden..).

Dit gedrag brengt een gebrek aan sociale steun met zich mee en creëert omstandigheden die de ontwikkeling van een negatieve spiraal bespoedigen.

Een vraag om controles uit te voeren in verband met het aantal werkuren wordt ook geformuleerd: “Controle op het aantal werkuren”. Maar ook: “Wachten strikter regelen.” ”Mogelijkheid hebben om enkel de verplichte wachten te moeten doen.” HAIO’s moeten inderdaad een bepaald aantal wachturen doen, maar ten eerste voelen ze zich misschien verplicht en tweede hebben ze het moeilijk om “nee” te zeggen tegen hun praktijk-opleider: ze worden tenslotte toch door hen geëvalueerd. Zo vermeldt 61,2% van de HAIO’s niet makkelijk “nee” te zeggen (vb. Bij een ongepaste of excessieve vraag van hun collega’s).

Ten tweede, zoals boven vermeld hebben de HAIO’s ook moeilijkheden om hun studies en werkeisen met hun privé-leven te combineren. Zo vermeldt 47,5% van de HAIO’s een probleem te hebben om hun privé-leven te scheiden van hun professionele leven. Voor sommigen wordt het zelfs onmogelijk: “Ik denk aan trouwen, maar heb er nu geen tijd voor”. Zo vermeldt 31,3% van de HAIO’s dat ze, vaak of altijd, vanwege verplichtingen op hun opleiding/stage, hun afspraak met partner/familie/vrienden moeten afzeggen. Onze studie heeft ook een significante relatie bevestigd tussen burn-out en het feit dat de HAIO’s hun werk en hun privé-leven niet kunnen combineren.

Een andere opmerking is de aanwezigheid op het werk met tijdsverlies. Een HAIO schrijft daarover: “Daarnaast werk ik liever een hele dag heel hard om daarna thuis te kunnen ontspannen, in plaats van een hele dag aanwezig te moeten zijn in een praktijk waar maar weinig patiënten te zien zijn, m.a.w. te moeten duimendraaien.” 38,0% zou graag minder dagen of uren in de praktijk werken terwijl 26,4% minder opgelegde seminarie-uren zou willen.

Bovendien, 48,3% van de HAIO's op stage vindt dat ze (vaak of altijd) eerder beschouwd worden als volwaardige 'vervangers' dan als 'studenten in opleiding'. Zo merkt 48,3% van de HAIO's dat "de nadruk meer ligt op werken dan op de opleiding" en 67,7% zou meer opgevolgd willen worden en meer feedback willen krijgen. 12% van de HAIO's heeft de indruk hard te werken maar weinig te bereiken.

Al die bovenvermelde aspecten worden ook bevestigd in onze studie. Zo hebben we gezien bij de HAIO's van onze populatie dat verschillende factoren een belangrijke rol spelen in de ontwikkeling van burn-out. De belangrijkste factoren zijn de volgende: 'werkt geeft geen voldoening', 'voldoening uit het werk', 'belastende praktijk', 'persoonlijke voldoening op het werk' en 'praktijk stimulerend'.

Een thesis over het welzijn bij de jonge afgestudeerde huisartsen (26) toont dat de situatie niet verbetert na het afstuderen. Zo voelden de geïnterviewde artsen zich uitgeput en hadden geen energie meer voor verdere persoonlijke of professionele activiteiten. Ze hebben verschillende concrete suggesties geformuleerd om meer artsen binnen het beroep te houden, waaronder een verbeterde huisartsenopleiding. Die vraag wordt ook gesteld door de HAIO's van onze enquête: 71,9% van de HAIO's zou graag meer praktisch georiënteerde begeleiding krijgen tijdens hun opleiding en 63,6% zou meer nadruk leggen op richtlijnen of aanbevelingen krijgen tijdens de basisopleiding.

Burn-out zou moeten gezien worden als het evidente resultaat van systemen die al ontwikkeld worden tijdens de medische opleiding en die onderhouden worden doorheen de hele medische carrière van artsen. Vroege interventies kunnen dus een potentieel blijvend effect hebben gedurende de hele hoop van een medische carrière (21).

Enkele denkpistes die zouden kunnen helpen bij het vermijden van burn-out

Een groepstherapie waarin de HAIO's hun moeilijkheden en hun vragen samen aan bod kunnen laten komen, kan mischien een opening zijn om de HAIO te steunen. Op deze manier zullen de HAIO's niet alleen minder geÏsoleerd zijn en niet denken dat ze de enige zijn in deze situatie, maar het is ook een mogelijkheid om hun bedenkingen, hun gevoelens en hun ervaring met elkaar te delen. Dit kan een uitstekende sleutel tot steun voor de HAIO's zijn. Om een overbelasting van de HAIO's te vermijden en om er zeker van te zijn dat alle HAIO's zullen deelnemen, vind ik het niet slecht om dit op een niet-verplichte manier te geven, vb. Tijdens de seminarieles. Inderdaad, zou 78,5% van de HAIO's graag samen met de andere medestudenten over moeilijkheden spreken en ervaringen delen. Een HAIO zegt hierover:

> "Seminarie voelt voor mij niet als een verplichting: het is een leuk samenzijn met collega's. Ons seminarie start steeds met een ventilatieronde (frustratie over werkdruk, nood aan vakantie, negatieve of positieve ervaringen delen…). Het duurt max een 30 min, maar heeft mi enorme meerwaarde. Je voelt je niet alleen met je probleem, je krijgt adviezen uit de groep…".

Anderen schrijven:

> “Meer tijd tijdens de seminaries om over moeilijkheden te spreken en ervaringen te delen. Duidelijk aanspreekpunt bij problemen”, “niet minder uren seminarie, maar minder vaste structuur tijdens seminarie zou ruimte creëren voor gevoelswereld van de haio” of nog “Dus zeker het seminarie moet behouden blijven, maar het is tof als dat ook eens niet over casussen gaat, maar over het praktijkfunctioneren, persoonlijke frustraties enzovoort”.

Opgevolgd en gestuurd worden door, en meer uitleg en constructieve feedback krijgen van de stagemeester, kan dus zeker helpen de ontwikkeling van burn-out te voorkomen. Een oplossing daarvoor zou zijn om een “vorming voor stagemeesters” in te lassen. De reeds bestaande opleidingsmomenten voldoen blijkbaar niet om de HAIO’s “ideaal” te kunnen begeleiden. Een andere oplossing zou zijn dat er een statuut gecreëerd wordt waar de vb. 9de jaarsstudent – of een jonge afgestudeerde (huis)arts – een stagebegeleider van de 8ste jaarsstudent zou zijn. Inderdaad groepen in paren (met twee personen) waar een “mentor” (een buddy) steun geeft aan iedere “junior-assistent” zou een sociale ondersteuning zijn (18). Een bijkomende oplossing kan zijn; een intensieve opleiding/vorming geven aan de toekomstige praktijkopleider om zijn relationele kwaliteiten en solide theoretische kennis en methodologie beter te kunnen ontwikkelen. Of de praktijkleiders selecteren op hun bereidheid om hun kennis, hun moreel, hun affectieve kwaliteiten en hun intelectuele kwaliteiten door te geven.

Om de HAIO’s beter te helpen zou men deze jonge artsen moeten ondersteunen om zo optimale patiëntenzorg te kunnen verzekeren. Dit soort ondersteuning zou bijvoorbeeld een werkomgeving en een opleidingssysteem kunnen zijn die goede klinische competentie, sociale ondersteuning en de capaciteit om om te gaan met stress kan bevorderen, en die in een laagdrempelige psychiatrische hulpdienst zou voorzien indien het nodig is (18).

Op basis van de bevindingen van de litteratuur en van onze studie is het dus noodzakelijk dat de academische leidinggevenden, die verantwoordelijk zijn voor het opleiden van de toekomstige artsen, een prioriteit maken van het welzijn van de geneeskundestudenten (1). Alleen op deze manier zullen we kunnen voorkomen dat de student van nu afhaakt en dat hij de uitgebluste arts van morgen wordt (17).

Om de problematiek van burn-out te voorkomen en op te lossen, moeten we het gehele systeem aanpakken en herdefiniëren, niet alleen het individu. Er is geen reden om te verwachten dat oorzaken uit zichzelf voor oplossingen zullen zorgen (21).

VIII- Beperkingen van onze studie

Ondanks het feit dat de interne consistentie van onze burn-outschaal goed is, en ondanks het gebruik van verschillende vragen die uit gevalideerde lijsten komen om het risico van burn-out in te schatten, kunnen we alleen concluderen dat er een risico op burn-out bestaat maar we kunnen deze niet op een formele manier diagnosticeren.

Doordat burn-out het eindstadium is van een in de regel vrij langdurig proces, en doordat de antwoorden op basis van zelf-evaluatie en subjectieve indrukken ingevuld zijn, is het niet gemakkelijk een correcte objectieve waarde van burn-out te hebben. Onze resultaten kunnen m.a.w leiden tot of een over-schatting of een onder-schatting van de aspecten van burn-out.

Het feit dat de term 'burn-out' al in de titel van de studie vermeld stond, heeft mogelijk een invloed gehad op de resultaten, omdat de respondenten dan de vragen reeds in een bepaalde richting gaan beantwoorden, zeker als ze voor burn-out vatbaar zijn. Dit zou ook kunnen verklaren dat er zeer snel (binnen de week en sommige zelfs binnen de twee dagen) en relatief veel (16) enquêtes terug kwamen. Dit levert misschien ook het bewijs dat er toch een zekere behoefte aan verandering leeft bij de HAIO's.

Maar het kan ook zijn dat we net meer antwoorden bekomen van deelnemers die reeds in een mogelijke burn-out-situatie verkeren. Zij voelden zich door de titel misschien extra aangesproken temeer daar de vragenlijst rond de examenperiode werd rondgestuurd.

Mogelijk hebben HAIO's die (vermoedelijk) reeds in een burnout-situatie verkeerden, geen zin of tijd gevonden, om de vragenlijst te beantwoorden. Wij hebben de "non respondenten" niet gevraagd naar de reden van hun niet-deelname. Hier kan ook onder- of overschatting zijn opgetreden.

Tenslotte, om onze studie te kunnen vergelijken met de andere studies moeten we weten welke definitie van burn-out wordt gebruikt. Niet iedere internationale studie gebruikt dezelfde definitie van burn-out, wat de vergelijking van de resultaten moeilijk maakt. Een internationale definitie van burn-out dringt zich op.

IX- Toekomstig onderzoek

In deze studie werd de invloed van de persoonlijke factoren niet gecorreleerd met burn-out. Het zou interessant zijn om de invloed van de persoonlijke eigenschappen die mede tot een burn-out kunnen leiden meer te onderzoeken.

Binnen het mij toegewezen tijdsbestek was het niet mogelijk om de samenhang tussen de graad van medische voorbereiding binnen de opleiding en burn-out te analyseren. Omwille van dezelfde redenen was het ook niet mogelijk om de invloeden van alle

bovenvermelde factoren/dimensies op de verschillende subschaal van burn-out te analyseren. Dat zou zeker een goed idee zijn voor een volgende thesis.
Om het probleem van burn-out bij HAIO's tot in de kern te onderzoeken, zou het niet slecht zijn om – in een toekomstig onderzoek – na te gaan en te onderzoeken wat een student voldoening geeft in zijn werk.

X- Conclusie

We hebben een bevraging gedaan bij HAIO's in Vlaanderen waar we een goede respons van hebben gekregen: Eén vierde van de HAIO's hebben geantwoord. Omdat de kenmerken van onze steekproef overeen komen met het aantal ingeschreven HAIO's in Vlaanderen, kan onze conclusie dus heel waarschijnlijk veralgemeend worden.

74% van het risico op burn-out bij de HAIO's van onze populatie wordt bepaald door de volgende dimensies: 'het werkt geeft geen voldoening', ' voldoening uit werk', 'praktijk belastend', persoonlijke voldoening werk' en 'praktijk stimulerend'. De' voldoening op het werk ' beïnvloedt de problematiek van burn-out het meest. Hoe groter het gevoel van 'het werkt geeft geen voldoening' en hoe groter het gevoel van 'belasting 'in de praktijk, hoe méér risico op burn-out.

Om de HAIO's te beschermen tegen burn-out moeten we zorgen dat de 'emotionele problemen op het werk bespreekbaar zijn', dat de HAIO's "persoonlijke voldoening" en 'voldoening uit het werk' krijgen op hun werk, dat de 'praktijk stimulerend is'.

Het zou zeer interessant en leerrijk zijn om te luisteren naar de suggesties, voorstellen en ook klachten die de HAIO's hebben geformuleerd. Bijna unaniem waren er klachten van de HAIO's ivm het schrijven van de Manamathesis. Deze thesis wordt door de meesten als een dusdanige belasting beschouwd dat ze deze wensen af te schaffen.

Wij hebben aangetoond dat het proces van medische opleiding een negatief impact kan hebben op de levenskwaliteit van een arts. In onze studie zien we dat de werksituatie en de leeromgeving heel belangrijk zijn en dat de gevolgen van (negatieve) werkomstandigheden een verklaring kunnen zijn voor het oplopen van een burn-out.

De academische leidinggevenden, die verantwoordelijk zijn voor het opleiden van de toekomstige artsen, kunnen dus burn-out bij HAIO's vermijden door te zorgen dat de praktijk stimulerend is en dat de praktijk niet te belastend is. Maar ook om ervoor te zorgen dat het werk genoeg voldoening en ontplooïngskansen geeft aan de HAIO.

Zelfs als burn-out niet als een finale diagnose gezien wordt, kunnen de gevolgen ervan desastreus zijn, zowel op privé- als op werkvlak en dit heeft dan weer gevolgen op economisch en sociaal vlak. Inderdaad, we mogen stellen dat een dreigende burn-out niet alleen de artsen in opleiding (HAIO'S) aantast; er bestaat een reëel gevaar dat jonge, afgestudeerde huisartsen vroegtijdig met hun praktijk stoppen door het oplopen

van een burn-out, of ten prooi vallen aan alcohol en drugsmisbruik om een naderende burn-out (onterecht) het hoofd te bieden. Uiteraard zijn de patiënten hiervan op termijn het slachtoffer en dit heeft dan weer op langere termijn een economisch-financiëel en sociaal impact.

Kennis van de prevalentie ervan is daarom een cruciaal gegeven binnen de gezondheidszorg waar veel meer aandacht moeten worden aan besteed. Het gezegde “beter voorkomen dan genezen” is hier helemaal op zijn plaats.

Bijlage 1

Opmerkingen van de HAIO's in het algemeen

1- "Seminarie is nuttig, maar er wordt veel te veel verlangd van ons. Er is constant een wolk die daar hangt van taken en thesissen die er geschreven moeten worden. De dag die we "vrij" hebben voor seminarie en thesis wordt door de stagemeesters als een vrije dag beschouwd, door ons als een dag die broodnodig is om te recupereren en door het icho als een dag om ons nog meer werk te geven. De thesis is er echt over, er is geen enkele opleiding waar men 40 uur moet werken, week en weekendwachten moet doen en nog een thesis schrijven en taken etc. De druk moet lager, vele vriendinnen van mij hebben burnoutklachten. Het icho doet er niets aan als er gezegd wordt dat de uren niet deugen of de stagemeesters, want er zijn stagemeesters te kort. De stagemeesters zijn niet bekwaam, en vaak enkel uit op geld op geen wachten meer doen belust. Het is als het ware een grote soep waar de studenten niet in gehoord worden."

2- "Ik denk aan trouwen, maar heb er nu geen tijd voor. Het maken van sommige opleidings-taakjes is dan zo'n stomme bijzaak, dat dit kan frustreren. Ik vind dat we weinig taakjes moeten maken, maar het komt soms over als "teveel"".

3-"Ik ben zeer tevreden van mijn stageplaats, ik heb wel vrienden waar het minder gaat. Dit is volgens mij sterk afhankelijk van de opleider. Een opleider moet een luisterend oor voor zijn HAIO als voor zijn patienten."

4- Voornamelijk de extra opdrachten type 'pun pam den' en 'leeragenda' vragen veel tijd, terwijl er van huisarts in opleiding mag verwacht worden dat ze zich zullen verdiepen in de literatuur in plaats van een 'kleuterschool'houding hieromtrent te hebben. Indien er inderdaad wil gepolst worden naar de 'leerattitude', kan dit door eenvoudigere opdrachten tijdens de seminaries gebeuren.

5- Het werk op zich in de praktijk als HAIO is zeker niet te zwaar. Ik heb ook een zeer goed contact met mijn praktijkopleider en zijn collega. Wat het zo zwaar maakt zijn alle bijkomende opdrachten en de onduidelijkheid daarrond. Je hebt het gevoel dat je de hele tijd achter de feiten aan loopt en van alles vergeet.

6- Aspecten van de opleiding die ik als negatief ervaar, zijn vooral de bijkomende opdrachten, zoals portfolio-opdrachten, thesiswerk, e.d. Daarnaast werk ik liever een hele dag heel hard om daarna thuis te kunnen ontspannen, in plaats van een hele dag aanwezig te moeten zijn in de praktijk maar weinig patiënten te zien, m.a.w. te moeten duimendraaien.

7- Meer duidelijkheid in het begin van de Master Huisartsgeneeskunde waar we moeten staan op het einde wat betreft competenties en visie op huisartsgeneeskundig handelen. Er was een collega-haio gebuisd op haar mondelinge proef omdat ze niet genoeg wist over e-health. Als dat niet op voorhand wordt gecommuniceerd en je hebt teveel werk op je stage dan kan het gebeuren dat dat niet genoeg bekeken wordt...

8- Aantal opdrachten kan te hoog liggen maar vooral de inhoud is belangrijk: portfolio dat te veel administratie is in plaats van gericht opleiden, geen definitie van ‘geschikte hoeveelheid’ administratief werk in praktijk dat er na de patiëntencontacten nog bij komt etc

9- Ik ben heel goed ondersteund in mijn praktijk waardoor ik, ondanks mijn vele onzekerheden, de opleiding goed kan volhouden. De grootste druk ondervind ik door de vele taken en de thesis die voor een constante stress zorgen. Hierdoor is er ook minder tijd om richtlijnen goed te bekijken, wat volgens mij een grotere meerwaarde aan mijn opleiding zou geven.

10- Ik werk in een wijkgezondheidscentrum, dit kon ik niet aanvinken, maar is vermoedelijk wel relevant. Mijn praktijkopleider werkt dus als bediende en heeft extra uren vrij om mij op te leiden. Opm 2: ik ervaar de thesis als grootste belasting, gezien hier veel tijd in kruipt en gezien hiervoor niet echt tijd voorzien is. Ik zie er ook niet echt het nut van in om een thesis te schrijven. Weinig tot geen vragen van deze vragenlijst gaan over de thesis. Opm 3: Ik ervaar de HAIO-tijd als zeer belastend, maar het feit dat dit maar tijdelijk is, zorgt ervoor dat het dragelijk is. Bijkomende belastingen bij mij zijn dat ik al 2 kinderen heb en bezig ben met verbouwingen.

11- Als het niet klikt met de praktijkopleider, kan je echt nergens terecht, het is een dikke “trek je plan”. Dan heb je een rotjaar waar je geleidelijk uitgeblust en afgestompt geraakt. En dan zijn depressie en burnout niet veraf. De enige steun komt dan van de seminaries en in beperkte mate het “eens je hart luchten” bij de STACO. Maar concreet kan je echt NIKS doen.

12- 1. De opleiding is zeer moeilijk te combineren met (kleine) kinderen. 2. Seminaries zelf nemen op zich niet veel tijd in beslag, maar de voorbereiding en het oneindig aantal werkjes wel. Ik heb ook de indruk dat het aantal werkjes zeer afhankelijk is van bij welke Stacco je zit en dit niet gelijkmatig verdeeld is. 3. Er moet meer tijd vrijkomen voor de manama. Dit doe ik ‘s avonds en ‘s nachts met alle gevolgen vandien.

Opmerkingen van de HAIO’s over de Manama thesis:

1-“De opdrachten i.v.m het portefolio zijn nuttig voor een HAIO, maar de masterproef lijkt vaak als een zwaard boven de HAIO-jaren te hangen.

2- Manama afschaffen! Seminaries voor mij erg nuttig, ik word hier een betere arts door. Manama nam heel veel tijd in beslag die ik anders in mijn gezin of ontspanning had kunnen steken. Van de manama heb ik het gevoel totaal niets bijgeleerd te hebben...

3- MASTERPROEF AFSCHAFFEN of VERKLEINEN ! Enorm arbeidsintensief zonder enige voldoening. Al de rest doe ik graag, maar dat is echt een vervelend blok aan ‘t been wat NIETS oplevert, zelfs niets bijdraagt aan de wetenschap.

4- Het afwerken van een kwalitatief goede thesis is erg moeilijk in onze opleidingssituatie.

5- manama brengt heel veel werk mee en brengt mijns inziens heel weinig bij tot de opleiding van goeie huisartsen! Seminaries mogen zeker doorgaan! Dit brengt wel iets bij.

6- Het zijn lange werkdagen, maar we leren er veel uit als er goede omkadering is van de praktijkopleider. Ook de seminaries zijn nuttig om feedback van de medehaio's te krijgen en om te reflecteren over onze klinische praktijkvoering. De punpamdens en andere opdrachten zijn eerder tijdsrovend dan dat ze echt iets bijdragen en bovendien nogal het gevoel geven van 18-jarigen te zijn hoewel we al 9 jaar universitaire studies hebben gedaan.

7- De manamaproef vraagt ook enorm veel tijd terwijl alle studenten 2 jaar voordien reeds een gelijkaardige proef hebben moeten afleggen, veel tijdsinvestering voor weinig praktische kennis in de toekomst!

8- MaNaMa thesis. Die laatste is een complete doorn in mijn oog. Ik ga daar zo goed als niets uit leren en alle tijd die erin steekt gaat ten koste van mijn kansen om te kunnen voldoen aan de verwachtingen van de opleiding, mijn eigen verwachtingen om mezelf te ontwikkelen tot de huisarts die ik wil kunnen worden en de verwachtingen voor de examens. Ik ben overtuigd dat ik bezig ben met wat ik graag doe. Dat voel ik elke dag, maar het is puur door de extra taken (vooral de MaNaMa thesis) dat ik overweeg om het volgende opleidingsjaar in twee halftijdse jaren te doen (ten koste van het inkomen en ook weer de huiselijke vrede omwille van het nog langer in opleiding zijn). Ik ben nu een slechter arts dan ik zou geweest zijn als die thesis niet bij in het takenpakket zat en ik zal om diezelfde reden ook na twee jaar huisartsenopleiding een slechter arts zijn dan ik zou worden zonder. Het enige dat ik nu nog kan doen om te vermijden dat ik een jaar langer opleiding nodig heb, is al mijn verlofdagen voor de manamathesis gebruiken en hopen dat dat voldoende is om het afgewerkt te krijgen en er tegelijk mijn privéleven niet door mis te zien gaan. Dat zou dan niet zijn door een burnout (ik heb amper ontspanning maar mis het ook niet omdat ik zowel in het werk als in het gezinsleven voldoening vind in wat ik doe) maar omdat ik alle resterende weinige qualitytime thuis moet opofferen voor een mijns inziens voor de opleiding op zich (niet voor de huisartswetenschap) niet enkel nutteloos maar zelfs nadelig is (want ook wie genoeg vrije tijd heeft, zou thesistijd in min of meerdere mate kunnen steken in het beter worden als arts).

9- De masterproef afschaffen! Dit nutteloze werk dat meestal toch in het niets verdwijnt, neemt veel te veel tijd in beslag. In die tijd zou ik me beter concentreren op mijn patiënten en de richtlijnen!

10- Thesis niet meer maken of doen.

11- De seminaries en de taken daarbij gecombineerd met de masterproef, zijn als je het goed wil doen heel tijdsrovend en een bron van stress en uitputting. Waarschijnlijk is een masterproef een verplicht onderdeel van een masteropleiding, maar dit zou m.i. ook kunnen opgevangen worden door een casus uitgebreid te bespreken als masterproef. Dit zou voor mij alvast leerzamer zijn.

12- Manamathesis in combinatie met praktijk is moeilijk. Ik verwacht VEEL MEER motivatie en begeleiding voor mijn manamathesis van mijn promotor.

13- De thesis weegt heel zwaar op de tijdsbesteding. Ik moet dingen in mijn persoonlijk leven opgeven om te recupereren van de zware week of om aan de thesis te werken. Na 9 jaar studeren ben ik het beu van hierop toegevingen te moeten doen.

14- Er gaat veel tijd naar de masterproef, waardoor je voor de andere zaken geen tijd meer hebt. Een halve dag per week om hier aan te werken is niet realistisch, je moet er enkele dagen kunnen aan doorwerken. In het weekend is dit vaak moeilijk door familiale verplichtingen en in de week is er geen tijd.

15- Thesis afschaffen

16- De manama opleiding met zowel examens, casussen, video's en ook nog een masterproef maken het extra zwaar, naast het feit dat het af en toe zwaar werken is (ook emotioneel), bovendien vind ik dat de masterproef weinig tot geen meerwaarde biedt aan de opleiding, en zouden we die tijd beter kunnen besteden aan problemen op te zoeken in het kader van patiëntencontacten.

Voorstellen van de HAIO's

1-Rekening durven en kunnen houden met het feit dat HAIO's ook een gezin hebben of willen hebben. Dit zou prioritair mogen zijn, zonder te hoeven inboeten aan opleiding. Beter een maand ter beschikking aan opleiding en taken dan voortdurend tussen de werkuren door aan taken en bijkomende opleidingsvereisten moeten voldoen. Dit compromitteert een zorgeloos gezinsleven.

Bedenk dat een HAIO minimaal 27 jaar is bij afstuderen en dat een stabiel gezinsleven een bepalende factor kan zijn om depressie en burn out te voorkomen.

"Het maken van kleinere, meer duidelijk afgelijnde projecten of korte kwaliteitsverbeterende projecten gekoppeld aan het portefolio zou mischien een alternatief kunnen bieden."

2-"Minder opdrachten in het stageportefolio"

3- "Graag bouwen aan een stevige visie van studenten ook al in de basisopleiding en dan hen wapenen tegen de echte wereld waar veel gefrustreerde mensen rondlopen; uiteindelijk kan je met een visie echt wel steeds kleine stapjes vooruit zetten. Als je geen visie hebt en puur reactief werkt dan heb je niet genoeg controle op je eigen situatie en vraag je volgens mij om een burnout."

4- "budget HAIO voorzien voor maandelijks bezoek aan psycholoog ofzo.."

5- "meer gezamenlijke lesmomenten door specialisten."

6- “Psychosociale kapstokken zijn zeker welkom”

7- Tijdens mijn basisopleiding zat ik in een tutorgroep, een groep bestaande uit medestudenten en een lesgever aan de universiteit. Er werden maandelijks sessies georganiseerd waarin ervaringen tijdens stages gedeeld konden worden. Ik vond deze sessies erg nuttig.

8- Controle op het aantal werkuren

9- Minder opdrachten zoals videoconsultaties, portfolio, ... Meer tijd tijdens de seminaries om over moeilijkheden te spreken en ervaringen te delen Duidelijk aanspreekpunt bij problemen

10- Geen masterproef (manama) moeten schrijven

11- opleiding met betrekking tot zelfzorg

12- “niet minder uren seminarie, maar minder vaste structuur tijdens seminarie zou ruimte creëren voor gevoelswereld van de HAIO”

13- Er is vooral meer tijd voor ontspanning nodig!!

14- Minder avondraadplegingen! Meer tijd voor examens en dergelijke, zonder dat hier de weinige vakantiedagen voor moeten worden ingezet.

15- Duidelijk omschreven werkbelasting, minder taken voor het seminarie

16- tijdens de opleiding ook aandacht voor timemanagement

17- De icho site en alle vereisten (leeragenda, reflecties, casussen, punpamden, videocons..) zijn een frustrerend schoolmeesterlijk onoverzichtelijk kluwen. Minder opdrachten en alles overzichtelijker (bvb als chronologisch ‘draaiboek’) maken zou ons veel tijd en ergernis besparen

18- Wachten strikter regelen. Mogelijkheid hebben om enkel de verplichte wachten te moeten doen.

19- Tussen haakjes: Ik ga één keer per maand naar een psycholoog, omwille van een burnout (of toch het begin van een depressie) die ik heb doorgemaakt op het einde van jaar 5 en doorheen jaar 6. Ik heb hier zeer veel aan. Ten slotte: de frustraties die ik bij collega’s hoor zijn altijd dezelfde: de thesis is er te veel aan, sommige patiënten zuigen je leeg (of je kan er gewoon totaal geen empathie voor opbrengen) en het contact met collega HAIO’s werkt troostend en opbeurend. Dus zeker het seminarie moet behouden blijven, maar het is tof als dat ook eens niet over casussen gaat, maar over het praktijkfunctioneren, persoonlijke frustraties enzovoort.

Opmerkingen van de HAIO's over de seminaries

1-Seminarie momenten echt lesmomenten maken zodat je effectief iets bijleert.

2-Tijdens de seminaries is het juist mogelijk om gevoelens kwijt te kunnen en te communiceren met andere HAIO's, dus daar zou ik zeker niet minder uren aan toekennen. Misschien zou er wel een betere controle moeten zijn op het aantal uren dat een HAIO werkt.

3- seminarie voelt voor mij niet aan als een verplichting: het is een leuk samenzijn met collega 's. Ons seminarie start steeds met een ventilatieronde (frustraties over werkdruk, nood aan vakantie, negatieve of positieve ervaringen delen...). Het duurt max een 30min, maar heeft mi een enorme meerwaarde. Je voelt je niet alleen met je probleem, je krijgt adviezen uit de groep...

4- Samen zitten met collega's en verschillende visies over werkdruk bespreken, vb: oudere generatie die zichzelf soms wegcijferde voor patiënt tegenover jonge generatie die gezinsleven wilt combineren met werk (normale werkdruk)

Opmerkingen van de HAIO's over onze vragenlijst:

1- Een minder lange vragenlijst, dit was uitputtend

2- Interessant onderzoek. Succes!

3- Goed dat hierover onderzoek gebeurd, doe zo voort! Er moet immers wel degelijk iets veranderen in de opleiding en ons beroep later. Bedankt!

4- Vraag naar tijdsinvestering in uren: opdrachten zoals thesis en voorbereiding van examens worden niet bevraagd, en hier gaat momenteel vrijwel al mijn tijd naar toe, zowel op weekavonden als tijdens het weekend...

5- Deze enquete is een goed initiatief! Veel succes met je thesis. Sommige vragen vond ik wel wat dubieus.

Bijlage 2 De vragenlijst

Uw visie over de persoonlijke belasting van uw opleiding

Geachte Geneeskundestudenten, Geachte Collega's, Burn Out krijgt meer en meer aandacht. Ook bij artsen in opleiding komt dit reeds voor. Via een onderzoek willen we een zicht krijgen op de factoren die dit fenomeen beinvloeden en nagaan wat er kan gedaan worden om burn out te voorkomen. Wij vragen jouw medewerking aan een onderzoek over het risico dat studenten geneeskunde lopen via een enquête. Hieronder volgen een aantal pagina's met grotendeels gevalideerde vragen.Gelieve steeds eerst aandachtig de instructies te lezen voordat u aan de vragen begint.De instructies zullen steeds in het vet gedrukt staan. Er zijn geen juiste of foute antwoorden. Deelnemen neemt ongeveer 10 à 15 minuten in beslag. We appreciëren bijzonder de tijd die je aan deze studie wil besteden. Door mee te doen help je de omkadering van artsen in opleiding te verbeteren. Na afloop van de studie ontvang je uiteraard de bevindingen wanneer je jouw e-mail hiervoor opgeeft. Al deze informatie wordt uiteraard strikt anoniem en vertrouwelijk verwerkt en enkel gebruikt voor onderzoeksdoeleinden en ter verbetering van de opleiding. Hartelijk dank voor uw medewerking! Dr. ATRTCHINE Zahra, HAIO

1° Sociale achtergrond

1° Ben je : *

- [ ] Man
- [ ] Vrouw

2. Jouw gezinssamenstelling *

- [ ] Alleenwonend
- [ ] Getrouwd en samenwonend
- [ ] Samenwonend met partner
- [ ] Samenwonend met ouders of anderen

3° Heb je kinderen ? *

- [ ] Ja
- [ ] Nee

4° Is jouw moedertaal: *

- [ ] Nederlands
- [ ] Een andere taal

5. Aan welke universiteit heb je je geneeskunde-master behaald: *

- [ ] KULeuven
- [ ] Antwerpen
- [ ] Gent
- [ ] VUB
- [ ] Andere

6-In welk jaar zit je? *

[ ]

7. Je keuze voor de huisarts opleiding was: *

- [ ] Jouw eerste keuze
- [ ] Ik had geen andere keuze

☐ Andere situatie (specfieer):

8. De praktijk waar je stage loopt is (jezelf niet meetellen) *

☐ Solo praktijk

☐ Duo praktijk

☐ Groepspraktijk

2° Belasting

9-Hoeveel tijd heb je nodig om naar je werk of les te gaan? *

☐ <15 min

☐ 15 min – 30 min

☐ 31 – 45 min

☐ 46 – 60 min

☐ > 60 min

10. Hoeveel uur per week besteed je gemiddeld

- op de praktijk/stageplaats (wacht inbegrepen)? *

☐

- aan de seminaries of lessen? *

☐

- aan zelfstudie? *

☐

- aan huishoudelijke taken of familiale verantwoordelijkheden? *

☐

- aan ontspannen of een hobby uitoefenen? *

☐

11. Uw contacten : *

	Ja	**Nee**
Heb je vrienden onder de andere HAIO's?		
Heb je vrienden onder de andere AIO's?		
Heb je vrienden buiten je werk of lessen ?		
Krijg je genoeg erkenning door jouw collega's?		
Krijg je genoeg erkenning door jouw medisch team?		
Krijg je genoeg erkenning door jouw patiënten?		

3° Leefwijze

12. Hoe vaak gebruik je stimulantia (koffie, energie dranken...) ? *

☐ Nooit

☐ Minder dan maandelijks

☐ Maandelijks

☐ Wekelijks

☐ Dagelijks of bijna dagelijks

13. Hoevaak gebruikje slaap- of kalmeermiddelen of antidepressiva? *

- [ ] Nooit
- [ ] Minder dan maandelijks
- [ ] Maandelijks
- [ ] Wekelijks
- [ ] Dagelijks of bijna dagelijks

14. Hoe vaak drink je een alcoholische drank (bier,wijn, aperitief of sterke alcohol)? *

- [ ] Nooit
- [ ] Maandelijks of minder
- [ ] 2 à 4 keer per maand
- [ ] 2 à 3 keer per week
- [ ] 4 of meer keer per week

15. Wanneer je alcohol drinkt, hoeveel glazen drink je dan gewoonlijk per dag? *

- [ ] 1 of 2
- [ ] 3 of 4
- [ ] 5 of 6
- [ ] 7 of 9
- [ ] 10 of meer

16. Hoe vaak gebeurt het dat je 6 of meer glazen met alcohol drinkt bij één enkele gelegenheid? *

- [ ] Nooit
- [ ] Minder dan maandelijks
- [ ] Maandelijks
- [ ] Wekelijks
- [ ] Dagelijks of bijna dagelijks

4° Je werk

17. In welke mate hebben volgende uitspraken op jou betrekking? *

	1 Helemaal niet waar	2 Eerder niet waar	3 Neutraal	4 Eerder waar	5 Helemaal waar
Door de stress/druk op mijn opleiding, doe ik vaker dingen die niet goed zijn voor mij: roken, drinken, drugs (cannabis…)					
Ik kan makkelijk "nee" zeggen (vb. Bij een ongepaste of excessieve vraag van uw collega's)?					
Ik sta bekend als iemand die zeer precies is in zijn werk.					
Ik ben onzeker over wat ik aan de patiënt					

of zijn familie kan/moet vertellen over de gezondheidstoestand van de patiënt en/of de behandeling?
Als er problemen zijn, kan ik hiermee bij niemand terecht
Ik kan met de anderen buiten het werk helemaal niet praten over mijn studie/stage, ze begrijpen dat toch niet
Ik ben de voorbije maand frequent gehinderd door depressieve gevoelens of hopeloosheid
Dit leidt tot belangrijke beperkingen in mijn sociaal of beroepsmatig functioneren
Ik ben de voorbije maand frequent gehinderd door weinig interesse of plezier in de dingen die ik deed
Als ik opnieuw kon kiezen, zou ik nog geneeskunde doen
Mijn studie of stage is een reden om een ouderschap uit te stellen
Ik kan mijn studie, stage en prive- en gezinsleven goed combineren

5° Hulpbronnen

18. In welke mate zijn volgende uitspraken waar? *

	1 Helemaal niet waar	2 Eerder niet waar	3 Neutraal	4 Eerder waar	5 Helemaal waar
• Ik denk dat ik genoeg gevormd ben tijdens mijn opleiding					
• Ik kan over mijn persoonlijke problemen of mijn moeilijkheden met mijn collega's praten					
• In mijn stageplaats voel ik een band met mensen					
• Mijn stageplaats biedt genoeg emotionele steun					
• Mijn stagemeester maakt tijd vrij om me te helpen en problemen op te lossen					
• Mijn stagemeester verduidelijkt dingen die ik niet begrijp					
• Mijn stagemeester geeft me advies als ik zelf ergens niet uitkom					
• Mijn stagemeester geeft me					

opbouwende kritiek
• Mijn stagemeester begrijpt me
• Indien ik me opgebrand zou voelen zou ik professionele hulp zoeken

19. Ben je ooit naar een huisarts, psycholoog of psychiater gewest tijdens het afgelopen jaar om psychische hulp te zoeken?
Item #58 *

1 Neen,ik heb het niet nodig	2 Neen , ik durf niet	3 Neen, ik heb geen tijd	4 Neen, maar dat is een goed idee	5 Ja ik heb dat gedaan
-				

20. In welke mate zijn volgende uitspraken waar? *

	1 Helemaal niet waar	2 Eerder niet waar	3 Neutraal	4 Eerder waar	5 Helemaal waar
• Ik mis duidelijke richtlijnen over de klinische praktijk tijdens mijn stage?					
• Ik mis het werken in teamverband (oa. Delen van verantwoordelijkheid, beschikbaarheid, interacties met collega's)					
• Op de stage ligt de nadruk meer op werken dan op opleiding.					
• In mijn stage geef ik veel, maar ik ontvang er weinig voor terug					
• De laatste tijd vind ik geen nieuwe en interessante aspecten in mijn opleiding of stage					
• In mijn stageplaats voel ik dat mijn idealen tot hun recht komen					
• In mijn stageplaats voel ik dat ik ruimte heb om beslissingen te nemen die helemaal bij mij passen					
• De werkdruk ligt continu hoog (weinig rust pauzes, weinig kans tot recuperatie, hoge productie eisen)					
• Ik voel me vaak gekwetst door de meeste mensen van het werk					
• Door de stress/druk op het werk, laat ik veel vaker dingen achterwege die me normaal helpen (hobby, sport, sociaal contact: familie, vrienden..)					
• Ik heb de controle over verschillende aspecten van mijn werk zoals de uurroosterregeling, het maken van overuren, de manier waarop ik mijn werk uitvoer?					

- **Ik heb veel administratieve taken**
- **Ik heb veel taakinterrupties (tel...)**
- **Ik moet gedurende vele uren beschikbaar zijn met een lage patiëntenomloop**
- **Ik heb een lange werktijd**
- **Mijn opleiding, stage of assistentschap is uitdagend**

Uw gevoel

21. Hoe vaak komt het voor dat, ... *

	1 Heel zelden of nooit	2 Zelden	3 Soms	4 Vaak	5 Heel vaak of altijd
• je van je werk houdt					
• je door het werken met patiënten energie krijgt					
• je je goed voelt in jouw contact met patienten en dat je tevreden ben over de hulp die je hen kan aanbieden					
• je het gevoel heb om vast te zetten in het opleidingssysteem					
• je nog altijd dezelfde persoon bent die je altijd wilde zijn					
• je voldoening krijgt door jouw werk					
• je door jouw persoonlijke overtuigingen gesteund ben					
• je een probleem hebt om je privé leven te scheiden van de professionele leven					

22. Hoe vaak komt het voor dat, ... *

	1 Heel zelden of nooit	2 Zelden	3 Soms	4 Vaak	5 Heel vaak of altijd
• je door je werk geen energie heb om met mijn partner/familie/vrienden leuke dingen te doen?					
• je vanwege verplichtingen op mijn opleiding/stage afspraken met mijn partner/familie/vrienden moet afzeggen?					
• je de eisen die je opleiding/werk aan je stelt het moeilijk maken je thuis te ontspannen					
• je gespannen bent					
• je gelukkig bent					
• je je zenuwachtig of angstig voelt					
• je je moeilijk kunt concentreren op je werk					
• je moeilijkheden hebt om in te slapen of door te					

slapen

• je heel gemakkelijk moe wordt

• je last hebt van lichamelijke klachten (bijv pijnlijke spieren)

• je vergeetachtig bent

• je gemakkelijk geërgerd of geprikkeld bent

• je cynischer, kritischer of sneller geïrriteerd bent in vergelijking met vroeger

• je de indruk heb dat je "de controle verliest " over jouw leven

• je het gevoel hebt dat er geen uitweg is uit jouw situatie

• je ooit zelfmoordgedachten hebt gehad tijdens mijn opleiding

• je het gevoel hebt dat het leven niet de moeite waard is

• je een verandering in je stemming of denken ervaar

• je hard werkt maar weinig bereikt

• je nergens meer zin in hebt (ook buiten jouw werk/stage-sfeer)

• je ooit gedacht hebt om met geneeskunde te stoppen of van richting te veranderen

23. Hieronder volgen drie reeksen uitspraken met kleine nuances om op een valiede manier inzicht te geven op uw beleving. Geef aan hoezeer elke uitspraak op u betrekking heeft.
Item #42 *

	1- nooit	2- sporadisch (een paar keer per jaar)	3- af en toe (eens per maand of minder)	4- regelmatig (een paar keer per maand)	5- dikwijls (eens per week)	6- zeer dikwijls (een paar keer per week)	7- altijd (dagelijks)
1. Ik voel me mentaal uitgeput door mijn werk							
2. Aan het einde van een werkdag voel ik me leeg							
3. Ik voel me vermoeid als ik 's morgens opsta en er weer een werkdag voor me ligt							
4. De hele dag met							

patienten/collega's werken vormt een zware belasting voor mij
5. Ik voel me 'opgebrand' door mijn werk
6. Ik voel me gefrustreerd door mijn stage en seminariewerken
7. Ik denk dat ik me te veel inzet voor mijn studie
8. Ik voel me aan het einde van mijn latijn

Item #43 *

	1- nooit	**2- sporadisch (een paar keer per jaar)**	**3- af en toe (eens per maand of minder)**	**4- regelmatig (een paar keer per maand)**	**5- dikwijls (eens per week)**	**6- zeer dikwijls (een paar keer per week)**	**7- altijd (dagelijks)**
1. Ik heb het gevoel dat ik sommige patiënten te onpersoonlijk behandel							
2. Ik heb het idee dat ik onverschilliger ben geworden tegenover andere mensen sinds ik deze opleiding volg							
3. Ik maak me zorgen dat mijn werk me gevoelsmatig afstompt							
4. Het kan me niet echt schelen wat er met sommige patiënten gebeurt							
5. Ik heb het gevoel dat patiënten mij							

hun problemen verwijten

Item #44 *

	1- nooit	2- sporadisch (een paar keer per jaar)	3- af en toe (eens per maand of minder)	4- regelmatig (een paar keer per maand)	5- dikwijls (eens per week)	6- zeer dikwijls (een paar keer per week)	7- altijd (dagelijks)
1. Ik kan me gemakkelijk inleven in de gevoelens van patiënten							
2. Ik weet de problemen van mijn patiënten adequaat op te lossen							
3. Ik heb het gevoel dat ik het leven van andere mensen op een positieve manier beïnvloed door mijn stage							
4. Met mijn patiënten kan ik gemakkelijk een ontspannen sfeer scheppen							
5. Het werken met patiënten vrolijkt mij op							
6. Ik heb in deze stage veel waardevolle dingen bereikt							
7. In mijn werk ga ik heel rustig om met emotionele problemen							

Suggesties

24. Welke suggesties voor ondersteuning zou jij geven ? *

	Ja	Nee
• Meer praktisch georiënteerde begeleiding krijgen tijdens mijn opleiding		
• Meer opgevolgd worden en meer feedback krijgen		
• Minder tijdsdruk tijdens de opleiding		
• Meer collegiale ondersteuning		
• Zorgen voor een anonieme hulp, vb telefonische dienst die 24u/24 bereikbaar is		
• Meer nadruk leggen op de richtlijnen of aanbevelingen krijgen tijdens de basis opleiding		
• Samen met de andere medestudenten over moeilijkheden spreken en ervaringen delen		
• Minder opdrachten krijgen?		
• Minder dagen of uren in de praktijk werken?		
• Minder uren seminarie opleggen ?		

Hebt u andere voorstellen of bemerkingen? *

Bijlage 3: Toelating van het Ethisch comité

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK VAN DE UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN KULEUVEN
U.Z. GASTHUISBERG
HERESTRAAT 49
B-3000 LEUVEN (BELGIUM)

Aan Prof. J. Goedhuys
Huisartsgeneeskunde, KULeuven

KATHOLIEKE
UNIVERSITEIT
LEUVEN

ONS KENMERK S56080 (ML9946)
LEUVEN, 21 mei 2015

Ultieme uitdrukking van burn out ?

Geachte Collega,

De Commissie Medische Ethiek van de Universitaire Ziekenhuizen KU Leuven/ Onderzoek heeft vermeld protocol onderzocht en besproken.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy.

Dit project valt niet onder het toepassingsgebied van de wet van 7/5/2004.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Een ledenlijst wordt bijgevoegd.

Aandachtspunten (indien van toepassing)

De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

*Indien er een **Clinical Trial Agreement** is, kan de studie pas aangevat worden wanneer dit Clinical Trial Agreement goedgekeurd en ondertekend is door de gedelegeerde bestuurder van UZ Leuven (en/of desgevallend door bevoegde vertegenwoordiger(s) van KU Leuven R&D).*

Studies met geneesmiddelen en sommige studies met "medische hulpmiddelen" dienen door de opdrachtgever aangemeld te worden bij het FAGG.

Studies met geneesmiddelen mogen slechts aanvangen op voorwaarde dat de minister (FAGG) geen bezwaren heeft kenbaar gemaakt binnen de wettelijke termijnen zoals

SECRETARIAAT
Tel +32 16 34 86 00 Fax +32 16 34 86 01 ec@uzleuven.be ec-submission@uzleuven.be
www.uzleuven.be/ec

ONS KENMERK S56080 (ML9946)
UW KENMERK
LEUVEN . 21 mei 2015

beschreven in art.13 van de Belgische wet van 7/5/2004 inzake experimenten op de menselijke persoon. Voor bepaalde studies met medische hulpmiddelen gelden eveneens wettelijke termijnen (zie KB van 17/3/2009). Voor meer informatie hieromtrent verwijzen we naar de website van het FAGG www.fagg-afmps.be

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het Ethisch Comité ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.

Gelieve ook rekening te houden met de regelgeving van het ziekenhuis betreffende weefselbeheer en met de beschikkingen van de wet van 19 december 2008.

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk. 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.
U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door U waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan de commissie medische ethiek moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Gelieve ons mee te delen indien een studie niet wordt aangevat, of wanneer ze wordt afgesloten of vroegtijdig onderbroken (met opgave van reden).

*Indien de studie niet binnen het jaar beëindigd is, vereist de ICH-GCP dat een **jaarlijks vorderingsrapport** aan de commissie wordt bezorgd.*

*Gelieve tenslotte het (vroegtijdige of geplande) stopzetten van een studie binnen de door de wet vastgelegde termijnen mee te delen en een **Clinical Study Report** aan de Commissie te bezorgen.*

Met collegiale groeten,

Prof. Dr. Walter VAN DEN BOGAERT
Voorzitter Commissie Medische Ethiek
UZ K.U.LEUVEN

Prof. dr. W. Van den Bogaert
Voorzitter
Commissie Medische Ethiek van de UZ KULeuven

SECRETARIAAT
Tel +32 16 34 86 00 Fax +32 16 34 86 01 ec@uzleuven.be ec-submission@uzleuven.be
www.uzleuven.be/ec

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK VAN DE UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN K.U.LEUVEN
TOETSINGSCOMMISSIE
UZ GASTHUISBERG E330
HERESTRAAT 49
3000 LEUVEN BELGIUM

KATHOLIEKE
UNIVERSITEIT
LEUVEN

Ledenlijst Commissie Medische Ethiek/Toetsingscommissie (OG032)
vanaf 16 juli 2014 tot heden
List of Members Ethics Committee/IRB (OG032)
from July 16th, 2014 until present

Prof. Walter Van den Bogaert, M.D.	Chairman (M)	Radiotherapy-Oncology
Prof. Guido Verhoeven, M.D.	Vice-Chairman (M)	Experimental Medicine
Dr. Sabine Graux, M.D.	Secretary (F)	Physician
Dr. Sonja Haesendonck, M.D.	Secretary (F)	Physician
Prof. Xavier Bossuyt, M.D.	Member (M)	Immunology
Prof. D. Bullens, M.D.	Member (F)	Paediatrics
Prof. Willem Daenen, M.D.	Member (M)	Cardiac Surgery
Dr. Lut De Groote, M.D.	External Member (F)	General Practitioner
Prof. Jan de Hoon, M.D.	Member (M)	Clinical Pharmacology
Prof. Ivo De Wever, M.D.	Member (M)	Surgical Oncology
De heer Karel Op de Beeck	Member (M)	Head Nurse
Mrs. Christine Mathieu, Law	Member (F)	Medical Legislation
Dr. José Thomas, M.D.	Member (M)	Medical Oncology
Prof. Josse R. Thomas	External Member (M)	Clinical Pharmacology
Prof. Ben Van Calster	Member (M)	Statistics
Prof. Jan Van Hemelrijck, M.D.	Member (M)	Anesthesiology
Prof. Raymond Verhaeghe, M.D.	Member (M)	Cardiology

(M) = Male (F) = Female

De Commissie voor Medische Ethiek volgt de voorschriften van ICH Good Clinical Practice en de lokale wettelijke bepalingen terzake (wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon en bijbehorende KB's en programmawet)

The Ethics Committee operates according to ICH Good Clinical Practice and local applicable regulations.

Bijlage 4: Resultaat van model na lineaire regressieanalyse

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	ubosreal	2264,483[a]	5	452,897	2,096	,071	,082
	Meer dan twee subschalen sterk verstoord	,454[b]	5	,091	,406	,844	,017
Intercept	ubosreal	2220,107	1	2220,107	10,277	,002	,081
	Meer dan twee subschalen sterk verstoord	3,329	1	3,329	14,875	,000	,113
Geslacht_	ubosreal	528,290	1	528,290	2,445	,121	,020
	Meer dan twee subschalen sterk verstoord	,146	1	,146	,651	,421	,006
Kinderen_	ubosreal	310,368	1	310,368	1,437	,233	,012
	Meer dan twee subschalen sterk verstoord	,089	1	,089	,398	,529	,003
Gezinssamenstelling	ubosreal	1453,222	3	484,407	2,242	,087	,054
	Meer dan twee subschalen sterk verstoord	,281	3	,094	,418	,740	,011
Error	ubosreal	25276,249	117	216,036			
	Meer dan twee subschalen sterk verstoord	26,180	117	,224			
Total	ubosreal	31278,000	123				
	Meer dan twee subschalen sterk verstoord	39,000	123				
Corrected Total	ubosreal	27540,732	122				
	Meer dan twee subschalen sterk verstoord	26,634	122				

a. R Squared = ,082 (Adjusted R Squared = ,043)

b. R Squared = ,017 (Adjusted R Squared = -,025)

Bijlage 5: Hoge AUDIT C

AUDITC HIGH					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laag	75	57,3	63,6	63,6
	hoog	43	32,8	36,4	100,0
	Total	118	90,1	100,0	
Missing	System	13	9,9		
Total		131	100,0		

Bijlage 6: Depressieve symptomen

	Meer dan twee subschalen ubos sterk verstoord			
	nee		Ja	
	Median	Percentile 75	Median	Percentile 75
1 depressief risico	-,36358	,31390	,62627	1,33155
1 lichte of matige depressiviteit	-,44600	,22115	,62585	1,45377
2 matig depressief	-,38816	,05036	,52817	1,51884
2 zware depressiviteit	-,33467	,00642	,06747	,58729
1 suicide gevoelens en wenst te stoppen (zwaar depressief)	-,31427	,12011	,03573	,64667
2 angstreactie en gespannenheid	-,29944	,35616	,47602	,97068
3 somatiforme stoornissen	-,32663	,40736	,54772	1,41978

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
1 depressive symptomen	131	-1,59619	4,40629	,0000000	,97665048
1 lichte of matige depressiviteit	125	-2,14359	2,66487	,0000000	1,00000000
2 matig depressief	125	-1,65456	3,50184	,0000000	1,00000000
2 zware depressiviteit	125	-1,32131	4,07076	,0000000	1,00000000
1 suicide gevoelens en wenst te stoppen (zwaar depressief)	125	-1,37977	4,13316	,0000000	1,00000000
2 angstreactie en gespannenheid	131	-2,52933	2,95157	,0000000	,97665048
3 somatiforme stoornissen	125	-2,36894	2,33519	,0000000	1,00000000
Valid N (listwise)	125				

Bijlage 7: AUDIT C en Geslacht

		Geslacht					
		Man		Vrouw		Total	
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %
AUDITC HIGH	laag	22	29,3%	53	70,7%	75	100,0%
	hoog	9	20,9%	34	79,1%	43	100,0%

Bijlage 8: Resultaten depressieschaal

depressieschaal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	113	86,3	86,3	86,3
	twee vragen pos beantwoord	18	13,7	13,7	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

depressieschaal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	121	92,4	92,4	92,4
	drie vragen pos beantwoord	10	7,6	7,6	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Bijlage 9: Crosstabulatie

Crosstab

			Meer dan twee subschalen sterk verstoord		
			nee	Ja	Total
@_je_van_je_werk_houdt_21#_Hoe_vaak_komt_het_voor_dat_####	2,00	Count	1	4	5
		% within Meer dan twee subschalen sterk verstoord	1,2%	10,3%	4,0%
		% of Total	0,8%	3,2%	4,0%
	3,00	Count	10	20	30
		% within Meer dan twee subschalen sterk verstoord	11,6%	51,3%	24,0%
		% of Total	8,0%	16,0%	24,0%
	4,00	Count	60	13	73
		% within Meer dan twee subschalen sterk verstoord	69,8%	33,3%	58,4%
		% of Total	48,0%	10,4%	58,4%
	5,00	Count	15	2	17
		% within Meer dan twee subschalen sterk verstoord	17,4%	5,1%	13,6%
		% of Total	12,0%	1,6%	13,6%
Total		Count	86	39	125
		% within Meer dan twee subschalen sterk verstoord	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	68,8%	31,2%	100,0%

Bijlage 10: Resultaat van model na lineaire regressieanalyse

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,615	,378	,373	11,58784	,378	78,361	1	129	,000
2	,713	,508	,500	10,34502	,130	33,857	1	128	,000
3	,789	,623	,614	9,09541	,115	38,587	1	127	,000
4	,813	,661	,650	8,65883	,038	14,130	1	126	,000
5	,860	,740	,729	7,61731	,079	37,812	1	125	,000

a. Predictors: (Constant), 1 werk geeft geen voldoening

b. Predictors: (Constant), 1 werk geeft geen voldoening, 3 voldoening uit werk

c. Predictors: (Constant), 1 werk geeft geen voldoening, 3 voldoening uit werk, 2 praktijk belastend

d. Predictors: (Constant), 1 werk geeft geen voldoening, 3 voldoening uit werk, 2 praktijk belastend, 1 persoonlijke voldoening werk

e. Predictors: (Constant), 1 werk geeft geen voldoening, 3 voldoening uit werk, 2 praktijk belastend, 1 persoonlijke voldoening werk, 3 praktijk stimulerend

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
		B	Std. Error	Beta	t	Sig.
1	(Constant)	-5,653	1,012		-5,584	,000
	1 werk geeft geen voldoening	9,138	1,032	,615	8,852	,000
2	(Constant)	-5,653	,904		-6,255	,000
	1 werk geeft geen voldoening	6,369	1,037	,428	6,141	,000
	3 voldoening uit werk	-6,084	1,046	-,406	-5,819	,000
3	(Constant)	-5,653	,795		-7,114	,000
	1 werk geeft geen voldoening	5,409	,925	,364	5,848	,000
	3 voldoening uit werk	-7,070	,933	-,472	-7,578	,000
	2 praktijk belastend	5,175	,833	,345	6,212	,000
4	(Constant)	-5,653	,757		-7,473	,000
	1 werk geeft geen voldoening	3,439	1,025	,231	3,356	,001
	3 voldoening uit werk	-6,358	,908	-,424	-7,003	,000
	2 praktijk belastend	5,298	,794	,354	6,675	,000
	1 persoonlijke voldoening werk	-3,778	1,005	-,252	-3,759	,000
5	(Constant)	-5,653	,666		-8,494	,000
	1 werk geeft geen voldoening	2,374	,918	,160	2,587	,011
	3 voldoening uit werk	7,308	2,362	,488	3,094	,002
	2 praktijk belastend	3,974	,731	,265	5,439	,000
	1 persoonlijke voldoening werk	-10,347	1,387	-,690	-7,461	,000
	3 praktijk stimulerend	-13,198	2,146	-,881	-6,149	,000

Bijlage 11: Descriptieve analysen

		Meer dan twee subschalen sterk verstoord	
		Ja	nee
		Row N %	Row N %
Geslacht	Man	25,81%	74,19%
	Vrouw	31,00%	69,00%
Burgelijke stand en woonst	Alleenwonend	38,10%	61,90%
	Getrouwd en samenwonend	33,33%	66,67%
	Samenwonend met ouders of anderen	25,93%	74,07%
	Samenwonend met partner	27,69%	72,31%
Heb je kinderen?	neen	30,70%	69,30%
	ja	23,53%	76,47%
Moedertaal	Een andere taal	66,67%	33,33%
	Nederlands	27,05%	72,95%
universiteit afstuderen	Antwerpen	20,00%	80,00%
	Gent	29,41%	70,59%
	KULeuven	31,08%	68,92%
	VUB	37,50%	62,50%
Jaar van huisartsopleiding	8	28,77%	71,23%
	9	29,09%	70,91%
Mij stagepraktijk is	Duo praktijk	21,43%	78,57%
	Groepspraktijk	30,00%	70,00%
	Solo praktijk	36,36%	63,64%

RELATIE MET TWEE OF MEER SUBSCHALEN VAN UBOS POSITIEF

p < .05
p <.01 **
p <.001 ***

alle hieornder genoemde vragen werden gescoord op een 5 punt Likerts schaal	TAU c	
Heb je vrienden onder de andere HAIO	-0,08	
Heb je vrienden onder de andere AIOs	-0,08	
Heb je vrienden buiten je werk of lessen	-0,16	
Krijg je genoeg erkenning door jouw collegas	-0,21	**
Krijg je genoeg erkenning door jouw medisch team	-0,16	*
Krijg je genoeg erkenning door jouw patiënten	0,22	**
Door de stressdruk op mijn opleiding doe ik vaker dingen die n	0,17	
Ik kan makkelijk nee zeggen bij een ongepaste of excessieve vragen	0,02	
Ik sta bekend als iemand die zeer precies is in zijn werk	-0,06	
Ik ben onzeker over wat ik aan de patiënt of zijn familie kanmo		
V17 Ik sta bekend als iemand die zeer precies is in zijn werk	-0,06	
V17 Ik ben onzeker over wat ik aan de patiënt of zijn familie kanmo		
V17 Als er problemen zijn kan ik hiermee bij niemand terecht	0,22	**

V17 Ik kan met de anderen buiten het werk helemaal niet praten over	0,18	*
V17 Ik ben de voorbije maand frequent gehinderd door depressieve gevoelens	0,46	***
V17 Dit leidt tot belangrijke beperkingen in mijn sociaal of beroeps	0,42	***
V17 Ik ben de voorbije maand frequent gehinderd door weinig interesse	0,44	***
V17 Als ik opnieuw kon kiezen zou ik nog geneeskunde doen	-0,26	**
V17 Mijn studie of stage is een reden om een ouderschap uit te stellen	0,16	
V17 Ik kan mijn studie stage en prive en gezinsleven goed combineren	-0,17	
V18 Ik denk dat ik genoeg gevormd ben tijdens mijn opleiding	-0,17	
V18 Ik kan over mijn persoonlijke problemen of mijn moeilijkheden	-0,20	*
V18 In mijn stageplaats voel ik een band met mensen	-0,28	***
V18 Mijn stageplaats biedt genoeg emotionele steun	-0,35	***
V18 Mijn stagemeester maakt tijd vrij om me te helpen en problemen	-0,21	*
V18 Mijn stagemeester verduidelijkt dingen die ik niet begrijp	-0,17	*
V18 Mijn stagemeester geeft me advies als ik zelf ergens niet uitk	-0,23	**
V18 Mijn stagemeester geeft me opbouwende kritiek	-0,34	***
V18 Mijn stagemeester begrijpt me	-0,36	***
Indien ik me opgebrand zou voelen zou ik professionele hulp zoeken	0,12	
V20 Ik mis duidelijke richtlijnen over de klinische praktijk	0,30	***
V20 Ik mis het werken in teamverband oa delen van verantwoordelijkheden	0,24	**
V20 Op de stage ligt de nadruk meer op werken dan op opleiding	0,19	*
V20 In mijn stage geef ik veel maar ik ontvang er weinig voor ter	0,42	***
V20 De laatste tijd vind ik geen nieuwe en interessante aspe	0,36	***
V20 In mijn stageplaats voel ik dat mijn idealen tot hun recht kom	-0,43	***
V20 In mijn stageplaats voel ik dat ik ruimte heb om beslissingen	-0,41	***
V20 De werkdruk ligt continu hoog weinig rust pauzes weinig kans	0,02	
V20 Ik voel me vaak gekwetst door de meeste mensen van het werk 2	0,32	***
V20 Door de stressdruk op het werk laat ik veel vaker dingen ach	0,25	**
V20 Ik heb de controle over verschillende aspecten van mijn werk z	-0,26	**
V20 Ik heb veel administratieve taken	0,08	
V20 Ik heb veel taakinterrupties tel	0,27	**
V20 Ik moet gedurende vele uren beschikbaar zijn met een lage pati	0,10	
V20 Ik heb een lange werktijd	-0,02	
V20 Mijn opleiding stage of assistentschap is uitdagend	-0,31	***
V21 je van je werk houdt	-0,44	***
V21 je door het werken met patiënten energie krijgt	-0,35	***
V21 je je goed voelt in jouw contact met patienten en dat je tevre	-0,42	***
V21 je het gevoel heb om vast te zetten in het opleidingssysteem	0,26	**
V21 je nog altijd dezelfde persoon bent die je altijd wilde zijn	-0,39	***

V21 je voldoening krijgt door jouw werk	-0,41	***
V21 je door jouw persoonlijke overtuigingen gesteund ben	-0,50	***
V21 je een probleem hebt om je privé leven te scheiden van de prof	0,20	*
V21 je door je werk geen energie heb om met mijn partnerfamiliev	0,29	***
je vanwege verplichtingen op mijn opleidingstage afspraken me	0,31	***
je de eisen die je opleidingwerk aan je stelt het moeilijk ma	0,35	***
V22 je gespannen bent	0,41	***
V22 je gelukkig bent	-0,37	***
V22 je je zenuwachtig of angstig voelt	0,40	***
V22 je je moeilijk kunt concentreren op je werk	0,47	***
V22 je moeilijkheden hebt om in te slapen of door te slapen	0,29	***
V22 je heel gemakkelijk moe wordt	0,37	***
V22 je last hebt van lichamelijke klachten bijv pijnlijke spieren	0,31	***
V22 je vergeetachtig bent	0,33	***
V22 je gemakkelijk geërgerd of geprikkeld bent	0,43	***
V22 je cynischer kritischer of sneller geïrriteerd bent in vergel	0,44	***
V22 je de indruk heb dat je de controle verliest over jouw leve	0,48	***
V22 je het gevoel hebt dat er geen uitweg is uit jouw situatie	0,41	***
V22 je ooit zelfmoordgedachten hebt gehad tijdens mijn opleiding	0,12	
V22 je het gevoel hebt dat het leven niet de moeite waard is	0,21	**
V22 je een verandering in je stemming of denken ervaar	0,38	***
V22 je hard werkt maar weinig bereikt	0,37	***
V22 je nergens meer zin in hebt ook buiten jouw werkstagesfeer	0,33	***
V22 je ooit gedacht hebt om met geneeskunde te stoppen of van richting te veranderen	0,43	***

Bijdrage 12: Relatie tussen meer dan twee subschalen sterk verstoord en depressie

	Meer dan twee subschalen ubos sterk verstoord			
	nee		Ja	
	Median	Percentile 75	Median	Percentile 75
1 depressief risico	-,36358	,31390	,62627	1,33155
1 lichte of matige depressiviteit	-,44600	,22115	,62585	1,45377
2 matig depressief	-,38816	,05036	,52817	1,51884
2 zware depressiviteit	-,33467	,00642	,06747	,58729
1 suicide gevoelens en wenst te stoppen (zwaar depressief)	-,31427	,12011	,03573	,64667
2 angstreactie en gespannenheid	-,29944	,35616	,47602	,97068
3 somatiforme stoornissen	-,32663	,40736	,54772	1,41978

Bijlage 13: Bijdrage EU, DP, PP, 'meer dan twee subschalen sterk verstoord'

hoge emotio nele uitputting

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	94	71,8	75,8	75,8
	1	30	22,9	24,2	100,0
	Total	124	94,7	100,0	
Missing	System	7	5,3		
Total		131	100,0		

hoge depersonalisatie

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	52	39,7	41,9	41,9
	1	72	55,0	58,1	100,0
	Total	124	94,7	100,0	
Missing	System	7	5,3		
Total		131	100,0		

lage persoonlijke prestatie

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	94	71,8	75,8	75,8
	1	30	22,9	24,2	100,0
	Total	124	94,7	100,0	
Missing	System	7	5,3		
Total		131	100,0		

Meer dan twee subschalen sterk verstoord

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	92	70,2	70,2	70,2
	Ja	39	29,8	29,8	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Referenties:

1- 2013 John Wiley & Sons Ltd. The clinical teacher 2013; 10: 242–245

2- Utrechtse Burn-out Schaal, Psychodiagnostisch gereedschap; Wilmar Schaufeli, Dirk van dierendonk, januari 2001

3- Burn-out bij huisartsen, preventie en aanpack, KCE rapport 2011,

4- Risk of burn-out in perioperative clinicians, Steve A. Hyman, JASA, 2011

5- Knipperlicht voor burn-out. December 2014

6- Onderzoek naar de arbeidsbeleving bij artsen en verpleegkundigen in België, In opdracht van de FOD volksgezondheid en de FOD werkgelegenheid – KU Leuven en IDEWE – 2012

7- Le burn-out de l'etudiant en medecine, Elise KAINS, thesis Ulb, juni 2013

8- How does burn-out affect physician productivity, Dewa et al. BMC Health Services research 2014, 14: 325GFF

9- Samenvattend rapport: een onderzoek naar burnout en bevlogenheid bij artsen en verpleegkundigen in Belgische ziekenhuizen, In opdracht van de FOD volksgezondheid en de FOD werkgelegenheid – KU Leuven en IDEWE – 2012

10- Burn-out bij Nederlandse geneeskundestudenten, Ned. Tijd.Geneesk, 2015;159: A8255P

11- Schaufeli e.a. 2000

12- Roelofs et al. 2005

13- Correlates of physician burn-out across regions and specialties: a meta-analysis; Lee et al. Human Resources for Health 2013, 11:48

14- Belgische nationaal profiel voor veiligheid en gezondheid op het werk, versie 2015

15- Kan ultrakorte screening accuraat depressie ontdekken in de eerste lijn?

16- Presse Med. 2012; 41: 1056–1063

17- Burn-out bij Nederlandse geneeskundestudenten.Prevalentie en oorzaken. Onderzoek. 29-04-2015. Maartje Conijn, Henri J.M.V. Boersma en Willem van Rhenen.

18- Harv Rev Psychiatry. 2002 May-Jun; 10(3):154-65. Mental health problems among young doctors: an updated reviewof prospective studies. Tyssen and Vaglum.

19- Burn-out, de verstoring van een evenwicht; Schaufeli en Van Yperen

20- Onderzoek naar burn-out in een universitair ziekenhuis, Nele Van Dievoort, Manama 2015

21- The inevitability of physician burn-out: Implications for interventions, A. Montgomery / Burnout Research 1 (2014) 50–56

22- Impact of assessments on learning and quality of life during anaesthesia training in Australia and New Zealand, Anaesth Intensive Care 2011; 39: 35-39

23- Huisartsgeneeskunde: aantrekkingskracht en beroepstrouw bevorderen. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2008. KCE reports 90A (D/2008/10.273/63), Lorant V, Geerts C, D'Hoore W, Sauwens D, Remmen R, Peremans L, et al

24- Instrument voor de vroegtijdige opsporing van burn-out, Onderzoek over Burn-out in België, samenvatting, 2013

25- http://doctors4doctors.be/wie-zijn-we/

26- Minerva

27- Occup Environ Med 2003;60(Suppl I):i16–i20

28- cf. Opleding over burn-out, KULeuven

29- Oriënterende vragenlijst surmenage en burn-out, Domus medica

30- Via internet (google) gevonden