Zelfzorg bij artsen

Stand van zaken in Oost-Vlaanderen

Jooris Saartje, huisarts in opleiding; Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. D. Avonts, huisarts; Universiteit Gent

Co-promotor: E. Boydens, huisarts; Doctors4Doctors

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

“Because the heart must first pump blood to itself” (1)

Abstract

Titel: Zelfzorg bij artsen. Stand van zaken in Oost-Vlaanderen.

Auteurs: S. Jooris, huisarts in opleiding (Universiteit Gent); Prof. Dr. D. Avonts, huisarts (Universiteit Gent); E. Boydens, huisarts (Doctors4Doctors).

Contactgegevens: Saartje.Jooris@UGent.be

Context: Artsen zijn mensen die tijdens hun job de hele dag door 'zorgen voor', maar paradoxaal genoeg komt daarbij het 'zorgen voor zichzelf' wel eens in het gedrang. Dit resulteert o.a. in verhoogde kans op burn-out, middelenmisbruik en suïcide. Hoewel er in het verleden al veel onderzoek gebeurd is naar deze tekenen van *onwel zijn* bij artsen, is er tot op heden nog geen onderzoek gevoerd naar het *welzijn* van artsen, en deze activiteiten welke artsen zélf uitvoeren ter bevordering van het eigen welzijn.

Onderzoeksvraag: Wat zien artsen als 'zorg voor zichzelf'? Op welke manieren zorgt een arts voor zichzelf? Hoe schatten artsen hun eigen welzijn in?

Methode: Literatuurstudie: doorzoeken van de databanken PubMed en Google Scholar, o.b.v. verschillende combinaties van volgende zoektermen: *self care, wellness, well-being, burn-out, suïcide, self-reflection, doctor, physician, ...* Opstellen vragen enquête: aan de hand van de beschikbare literatuur, de Job Satisfaction Scale en de QUALICOPC-studie werden de vragen voor deze enquête zodanig opgesteld dat verschillende domeinen van welzijn (en bijhorende zelfzorgactiviteiten) aan bod gekomen zijn. Verspreiden enquête: de enquête werd verspreid n.a.v. het avondcolloquium 'Arts in Nood' op 22 oktober 2014. Inclusiecriteria: praktiserende artsen in Oost-Vlaanderen. Exclusiecriteria: niet meer actief als arts.

Resultaten: Kwantitatieve analyses: zowel het fysiek als het psychisch welzijn wordt door ¾ van de deelnemers als 'goed' tot 'zeer goed' ingeschat. 57.7% van de artsen heeft aandacht voor maaltijden, 44.1% voelt zich 's ochtends uitgeslapen en 10.7% van de deelnemers rookt. Kwalitatieve analyses: Zelfzorg wordt over het algemeen gedefinieerd als het bewaken van de eigen grenzen en van de work-life balance (met aandacht voor tijd voor hobby's, tijd voor het gezin, familie en vrienden en tijd voor zichzelf), samenwerken, goede contacten onderhouden met collega's, tijd voor slapen en eten (voorzien in basisbehoeften), praktijkondersteuning, reorganisatie van de wachtdiensten, veranderen van job en een eigen arts kiezen.

Conclusie: Zelfzorg komt voor de meeste artsen neer op het bewaken van de eigen grenzen. Als arts is dit echter niet evident. Hier kan de maatschappij dan ook een rol spelen in een (re)organisatie van de gezondheidszorg binnen welk kader artsen de ruimte krijgen eigen grenzen aan te geven, zonder dat dit ten koste gaat van de zorg voor de patiënt.

Dankwoord

Graag wil ik mijn promotor en copromotor, Prof. D. Avonts en Dr. E. Boydens, bedanken voor het delen van hun kennis in de materie, voor hun interessante invalshoeken bij het opstellen van de enquête en voor hun steun en coaching bij het analyseren van de resultaten en het schrijven van dit werk. Ook de Orde der Geneesheren Oost-Vlaanderen en het project Arts in Nood, m.n. Dr. Michel Bafort, wil ik danken voor het helpen bij het verspreiden van de enquête onder alle artsen. Dr. A. Van Linden wil ik danken voor de zeer bruikbare feedback en interessante inzichten bij het nalezen van dit werk. De opleidingspraktijken waar ik als HAIO heb gewerkt, meer bepaald Dr. A. Schoorens en Dr. H. Haerens, wil ik danken voor het begrip en de flexibiliteit die zij toonden, wanneer ik vb. een afspraak had met mijn promotor of copromotor. Ik wil L. De Taeye en A. Decuypere danken, omwille van hun computertechnische hulp bij het analyseren van de resultaten. Mijn seminariegroep en stagecoördinator Dr. A. Courtens wil ik danken voor het luisterend oor en omdat zij mij hebben geholpen mijn weg te vinden in het omgaan met enquêtes van artsen die het moeilijk hebben. Uiteraard wil ik ook mijn familie bedanken, voor hun onvoorwaardelijke steun en hun aanmoediging op momenten dat ik het minder zag zitten. Tenslotte – maar daarom niet minder oprecht – wil ik alle artsen danken die de enquête hebben ingevuld. Zonder hen had ik dit onderzoek nooit kunnen uitvoeren.

Inhoudstafel

Abstract ii
Dankwoord iii
Inhoudstafel iv
1. Inleiding 1
1.1 Motivatie 1
1.2 Relevantie voor de huisarts 2
1.3 Stand van de literatuur over het onderwerp 2
1.3.1 Welzijn 2
1.3.2 Zelfzorg 6
1.3.3 Relatie van het welzijn van artsen tot de kwaliteit van de gezondheidszorg 10
1.4 Doelstelling van het project 10
2. Onderzoeksmethodiek 11
2.1 Onderzoeksvraag 11
2.2 Oriënterend literatuuronderzoek 11
2.3 Enquête 11
3. Resultaten 12
3.1 Non-responders 12
3.2 Fysiek welzijn 12
3.2.1 Fysieke gezondheid van artsen 12
3.2.2 Zelfzorg m.b.t. het fysieke welzijn 13
3.3 Psychosociaal welzijn 15
3.3.1 Psychisch welzijn van artsen: beleving van artsen zelf 15
3.3.2 Work-life balance 16
3.3.3 Delen van positieve en moeilijke gebeurtenissen 20
3.3.4 Toekomstperspectieven 22
3.4 Welzijn tijdens het werk 22
3.4.1 Uitputtende aspecten van het arts-zijn 22
3.4.2 Arts zijn kan de draagkracht vergroten 25
3.4.3 Autonomie binnen de dagelijkse praktijk 26
3.5 Zelfzorg 29
4. Discussie 34
4.1 Beperkingen van het onderzoek 34

4.1.1 Beperkingen in het literatuuronderzoek 34
4.1.2 Beperkingen door de vragenlijst zelf 34
4.1.3 Beperkingen door deelnemers-bias 35
4.2 Sterktes van het onderzoek 36
4.3 Resultaten van de enquête getoetst aan het literatuuronderzoek 36
4.3.1 Piramide van Maslow 36
4.3.2 Welzijnswiel 38
4.4 Observaties uit dit onderzoek 39
4.4.1 Inleiding 39
4.4.2 Maatschappelijke context: 4-ledig referentiekader 41
4.5 Voorstellen voor verder onderzoek 48
5. Conclusie 49
6. Referenties 50
Bijlage 1: Operationele definities 52
Bijlage 2: Uitgebreide bespreking ‘piramide van Maslow’ en ‘welzijnswiel’ 53
Bijlage 3: Bevorderen van welzijn (literatuur) 56
Bijlage 4: Omschrijving algemene kenmerken van de respondenten 58
Huidige gezinssituatie 58
Praktijkorganisatie 59
Bijlage 5: samenvattende tabellen 60
Bijlage 6: Hoe werd omgegaan met enquêtes van artsen die het moeilijk hebben? 65
Bijlage 7: Vragenlijst enquête 67
Bijlage 8: Protocol 69
Bijlage 9: Goedkeuring Ethisch Comité 71

1. Inleiding

1.1 Motivatie

Ik ben aan geneeskunde begonnen omwille van verschillende redenen. Mijn verlangen om mensen te helpen genezen – of in een aantal gevallen hen te helpen zichzelf te genezen – heeft hier zeker een belangrijke rol in gespeeld. Daarnaast was ik geboeid in de biologie van de mens én de psychologie – zeker wanneer deze twee hand in hand gaan.

Door de jaren door, tijdens mijn opleiding, is deze fascinatie met alles wat leven is alleen maar gegroeid – mijn liefde voor het vak is alleen maar gegroeid. Ik kan oprecht zeggen dat ik hou van mijn job en dat ik me amuseer wanneer ik aan het werk ben. Maar... *Maar* hoe langer ik bezig ben, hoe meer artsen ik zie, rondom mij, die het moeilijk hebben – die een 60-urenweek (of meer) werken, die vechten tegen een (over)volgeboekte agenda, die weinig tijd voor ontspanning of het gezin overhouden of die na een lange dag nog een hele stapel administratie overhouden. Hoe meer artsen ik zie rondom mij, die onderweg deze liefde voor hun job vergeten zijn: wat vroeger uitdagende en verfrissende patiëntencontacten zouden geweest zijn voor hen – iedere mens en dus ieder contact is immers uniek – werden door de jaren door herleid naar dagelijkse sleur en routine. Hoe meer artsen ik zie rondom mij, die langzaam aan een stukje van zichzelf verloren zijn. Dikwijls zijn dit artsen die zich ooit ten volle gegeven hebben voor hun job – die zich nog steeds ten volle geven voor hun patiënten, al valt er veel minder te geven als je 'op' bent. Dit heeft bij mij een hele hoop vragen opgeroepen. *Hoe komt dit? Waarom zijn er zoveel artsen opgebrand? Waarom gaan er zoveel artsen steeds maar door, zelfs nadat ze zelf allang niet meer kunnen?* en vooral: *Hoe kan ik voorkomen dat ik later ook zo eindig? Hoe kan ik er zelf voor zorgen dat dit niet gebeurt?*

Hoe kan ik, terwijl ik voor mijn patiënten zorg, ook voor mezelf zorgen?

Vanuit mijn interesse voor mijn eigen welzijn, en het instinctieve aanvoelen dat ik de beste zorg voor mijn patiënten kan leveren op de momenten dat ik mij zelf op mijn best voel, is mijn blik langzaam aan ruimer geworden. Uiteraard is het voor mij persoonlijk belangrijk dat ik me goed voel, maar binnen het grotere geheel – binnen het netwerk dat wij als huisarts vormen waarin we hulp aanbieden aan een patiënt – lost één huisarts die zich goed in haar vel voelt het probleem niet op. Als *ik* mogelijk kwalitatief minder goede zorg lever wanneer ik vb. een hele nacht heb gewerkt en dringend nood heb aan slaap, ben ik hierin dan alleen? Of wringen we *al* onze artsen één voor één, tot op de laatste druppel, uit, met deze organisatie van zorg die weinig ruimte laat voor een arts om heel af en toe ook zichzelf eens een keertje op de eerste plaats te zetten? De literatuur lijkt dit alleen maar te bevestigen, met een toename van burn-out, middelenmisbruik en suïcide onder artsen t.o.v. de gemiddelde bevolking (cfr. infra). (2-5)

Ik heb lang geworsteld met deze vragen. Als ik mezelf goed voelen zo belangrijk vind, is dat dan niet egoïstisch? Heb ik dan wel de juiste job gekozen, als ik niet zeker wéét of ik mijn patiënten wel onvoorwaardelijk op de eerste plaats wil laten komen, nog vóór mijn partner en kinderen – nog vóór mezelf? Hier heb ik dan ook lang over nagedacht, en uiteindelijk ben ik tot de conclusie gekomen dat *nee*, zoiets niet egoïstisch is, omdat zorgen voor mezelf juist is wat voor mij zal maken dat ik deze job zal kunnen blijven volhouden. En juist omdát ik op de momenten dat het om niet-dringende zorg gaat ook voor mezelf durf te kiezen, weet ik zeker dat ik in urgente settings ook in staat ben en zal zijn mezelf eventjes opzij te plaatsen en tot het uiterste zal gaan om mijn patiënten mijn best mogelijke zorgen te bieden.

1.2 Relevantie voor de huisarts

Studies (3-5) hebben aangetoond dat de zware werkbelasting, chronische werkgerelateerde stress en beperkte autonomie binnen de job kunnen leiden tot stress en burn-out bij artsen. De gevolgen van deze langdurige stress en burn-out zijn o.a. een toename van middelenmisbruik, relatieproblemen, depressie en suïcidaliteit. Zo wordt geschat dat de zelfdodingscijfers voor artsen ongeveer 6 keer hoger ligt dan in de gemiddelde populatie, en 8-12% van de artsen ontwikkelt in de loop van zijn of haar carrière middelenmisbruik of -afhankelijkheid. (3-5) Overwerkt zijn, slaaptekort en uitputting enerzijds en een schuldgevoel door (een subjectief gevoel van) inadequate zorgverlening anderzijds maken zo deel uit van een vicieuze cirkel en voor een aantal artsen ook van een neerwaartse spiraal. (4) Het spreekt voor zich dat zelfzorg in de eerste plaats een gunstig effect heeft op het algehele welzijn van de huisarts als persoon. Dit welzijn heeft echter een heel aantal gunstige 'nevenwerkingen', op domeinen zoals kwaliteit van de patiëntenzorg en samenwerking met collega's.

Vooral met betrekking tot de kwaliteit van de patiëntenzorg lijkt hiermee een nieuwe en handige tool te zijn gevonden. Tot nog toe waren enkel het verbeteren van de kennis en vaardigheden van artsen gekende middelen tot verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Deze beiden zijn uiteraard onmisbaar, maar worden sterk beperkt door de grenzen van het persoonlijk functioneren. Dit persoonlijk functioneren is op zijn beurt dan weer sterk gelinkt aan het welzijn van de arts in kwestie. Met zelfzorg hebben we een middel in handen dat het welzijn positief kan beïnvloeden, en zo ook de grenzen kan verleggen van het persoonlijk functioneren... en bijgevolg rechtstreeks invloed heeft op de kwaliteit van de zorg die we (kunnen) verlenen aan onze patiënten. (4, 6-8)

1.3 Stand van de literatuur over het onderwerp

1.3.1 Welzijn

Daar waar er duidelijke definities bestaan van burn-out, middelenmisbruik, suïcidaliteit, ... – allemaal gevolgen van *onwel*zijn – vindt men in de medische literatuur geen duidelijke omschrijving van het begrip *wel*zijn. Dit weerspiegelt de huidige focus, welke zich richt op ziekte, eerder dan op gezondheid. De hieruit volgende definitie van welzijn als de afwezigheid van deze ziekten of symptomen die een

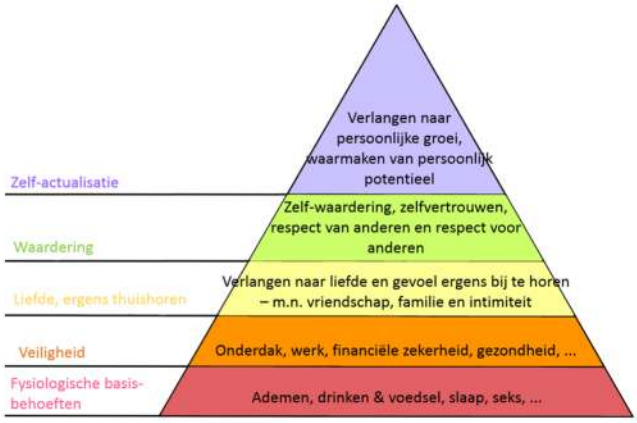
uiting zijn van het onwel zijn, is op zijn minst onvolledig en bijgevolg ook inadequaat. Het begrip welzijn is immers ruimer dan enkel de afwezigheid van ziekte en onwel zijn – emotioneel of fysiek – en omvat een evenwicht op alle niveaus van het menselijk functioneren (cfr. infra) (7, 9-11).

In de volgende paragrafen zal geprobeerd worden aan de hand van een aantal concepten uit de psychologie te komen tot een bruikbare definitie van het begrip welzijn. Voor een uitgebreide versie van de tekst over de 'piramide van Maslow' en het 'welzijnswiel' wordt verwezen naar bijlage 2.

1.3.1.1 De piramide van Maslow

In de moderne psychologie zijn verschillende stromingen bekend. Zo is er de psychoanalyse (Freud) en de gedragsgerichte psychologie, welke zich beiden vooral gericht hebben op de uiterlijk waarneembare kenmerken van gedrag en de omschrijving van mentale ziekte en ongeluk. Maslow heeft de behoeftenpiramide opgesteld als tegenreactie hierop, met als doel te omschrijven hoe mensen komen tot een *positieve mentale gezondheid* en *geluk*, niet enkel mentale ziekte en ongeluk. (12, 13)

De basis van de piramide wordt gevormd door wat Maslow beschouwde als de meest essentiële behoeften van de mens: fysiologische noden zoals ademen, voedsel, slaap en seks. (12-14) Reeds aan deze basis zijn er mogelijkheden om het welzijn van artsen te verbeteren: sommige artsen eten op onregelmatige tijdstippen of durven een maaltijd over te slaan, en ook slaaptekort (vb. na een drukke wachtdienst of t.g.v. een chronische slaapproblematiek) heeft een impact op het welzijn van artsen.



Figuur 1: De piramide van Maslow (14)

Als je een trapje hoger gaat is er de behoefte aan veiligheid: een dak boven het hoofd, een job, financiële veiligheid, een goede gezondheid, ... (12-14) Toegepast op artsen springt hier vooral de 'goede gezondheid' in het oog: ook artsen kunnen ziek worden – een onschuldige infectie, of meer ernstige gezondheidsproblemen. Hier is er weer een mogelijkheid om het welzijn van artsen te bevorderen: enerzijds door zelf een arts te raadplegen en anderzijds door, indien nodig, een of enkele dagen thuis te blijven van het werk bij ziekte.

Dit wordt dan weer gevolgd door de sociale noden, het verlangen naar liefde en het gevoel ergens bij te horen – m.n. vriendschap, familie en intimiteit. (12-14) Zoals voor elke mens is het ook voor artsen belangrijk een sociaal netwerk te hebben – vb. een partner, een gezin, familie en vrienden. In vele gevallen wordt dit potentieel bedreigd door de vele uren die artsen werken. Indien een arts door het vele werk nog weinig tijd over heeft voor zijn gezin, zijn familie en zijn vrienden, kan dit op lange termijn

leiden tot sociale isolatie. Omgekeerd kan voldoende tijd en aandacht besteden aan het sociale netwerk het welzijn van artsen ook juist bevorderen.

Op de vierde trap van de piramide komt dan de behoefte aan waardering, in de vorm van zelfwaardering, zelfvertrouwen, respect van anderen en respect voor anderen. (12-14) Arts zijn kan hier het welzijn bevorderen: het levert een arts een zekere status – en vooral respect – binnen de maatschappij. Anderzijds kan een medische fout, of het eigen gevoel het niet goed genoeg te doen, ook aanleiding zijn tot onwel zijn bij artsen. Ook de hoge dosis perfectionisme, die men bij vele artsen kan terugvinden, kan onwelzijn in de hand werken.

De top van de piramide wordt gevormd door de behoefte aan zelfactualisatie. In tegenstelling tot de vier voorgaande trappen gaat het hier niet zozeer om het opvullen van een tekort, maar wel om het verlangen naar persoonlijke groei: we willen ons persoonlijk potentieel zoveel mogelijk waarmaken. (12-14) Dit kan op verschillende manieren gebeuren. Enerzijds is de beroepskeuze die men maakt mogelijk al een uiting van dit verlangen naar persoonlijke groei, maar daarnaast gaat het ook om interesses buiten de geneeskunde welke men kan blijven nastreven.

In een latere versie heeft Maslow hieraan ook nog zelftranscendentie toegevoegd, waarbij men probeert zichzelf te overstijgen en streeft naar eenheid binnen een groter geheel – zij dit nu als deel van de mensheid of in de vorm van spiritualiteit. (12-14)

Hierbij dient opgemerkt te worden dat de nood aan deze verschillende zaken *niet* hiërarchaal is, waardoor de piramide die Maslow heeft opgesteld geen correcte weergave geeft van de werkelijkheid. Desondanks geeft de piramide *wel* een mooi beeld van wat men nodig heeft om tot welzijn te komen – mits men de verschillende trappen gelijk stelt aan elkaar. Ook kan men grosso modo stellen dat het streven naar persoonlijke groei pas komt wanneer basisbehoeften – zoals de zekerheid een dak boven het hoofd te hebben of dagelijks vaste momenten te voorzien voor maaltijden – vervuld zijn. (13)

1.3.1.2 De zes dimensies van welzijn

Aan de hand van voorgaande inzichten kan men stellen dat welzijn een zijnstoestand is, waarin voldaan wordt aan volgende 3 vereisten:

1. De menselijke behoeften zijn voldaan
2. Er is ruimte om betekenisvol te reageren op (het verlangen naar) het nastreven van eigen (levens)doelen
3. Men kan genieten van een voldoening gevende levenskwaliteit (11, 15)

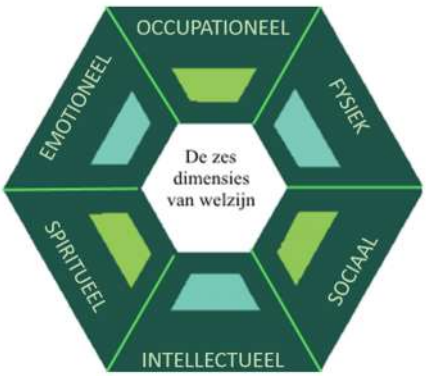
Het *National Wellness Institute* definieert welzijn als: *"an active process through which people become aware of, and make choices toward, a more successful existence"*. (15)

In de breedst mogelijke betekenis is het een algemeen concept dat zowel de objectieve als de subjectieve factoren omvat, behorend to de verschillende aspecten van het menselijk functioneren en welke elk een bijdrage leveren tot gezondheid en levenskwaliteit. Deze *verschillende aspecten van het menselijk*

functioneren, kunnen we begrijpen als de verschillende trappen van de behoeftenpiramide van Maslow (cfr. supra). (12, 13)

Het 'Welzijnswiel' is in principe gelijkaardig aan de piramide van Maslow, al wordt hier eerder vertrokken vanuit het begrip welzijn dan vanuit noden en behoeften. Door de hiërarchale structuur toont dit diagram niet alleen dat 'welzijn' zich in principe kan afspelen op 6 verschillende domeinen (zie figuur), maar ook dat elk van deze domeinen in evenwicht dient te zijn met elkaar om uiteindelijk tot algeheel welzijn te kunnen komen. (15, 16)

Ook deze zes dimensies kan men opnieuw gaan toepassen op artsen-welzijn:



Figuur 2: het welzijnswiel (15)

1. Emotioneel welzijn is een psychische zijnstoestand waarbij men harmonie ervaart in de eigen innerlijke leefwereld. Voor artsen kan *bevlogenheid* een teken zijn van emotioneel welzijn, terwijl het omgekeerde, *burn-out*, uiteraard wijst op onwelzijn.
2. Occupationeel welzijn gaat niet enkel om welzijn *op* het werk, maar ook – en vooral – om welzijn *door* te werken, omdat werken het leven ook kan verrijken. Wanneer het de werkomgeving zelf betreft, omvat welzijn o.a. veiligheid op het werk, bescherming van de gezondheid van de werknemer, psychosociale belasting (cfr. stress, pesterijen, ...), hygiëne op de werkvloer en de ergonomie en verfraaiing van de werkplaats. (17)

   Voor artsen kan hun beroepskeuze zowel een bron van welzijn als van onwelzijn vormen. Enerzijds is arts-zijn een job met veel verantwoordelijkheid, vele en onregelmatige werkuren en een job waar men soms ook met stresserende situaties kan worden geconfronteerd. Dit heeft invloed op het fysieke en psychische (on)welzijn van vele artsen. Ook een gebrek aan autonomie of invloed op de eigen agenda kan stress veroorzaken en zo aan de basis liggen van onwelzijn. Anderzijds is arts-zijn – méér dan een aantal andere beroepen – iets dat betekenis heeft en geeft aan degene die deze job uitoefent en iets dat ook heel belonend kan zijn voor de arts zelf. Hierin ligt dus een bron van welzijn.
3. Fysiek welzijn kan men begrijpen als een situatie waarin:
   - voldaan werd aan de fysieke noden (voedsel, slaap, ademen, seks, ...)
   - men in goede fysieke gezondheid verkeert
   - ruimte is voor verdere fysieke ontwikkeling, vb. d.m.v. sport en beweging

   Artsen kunnen aandacht hebben voor het eigen fysieke welzijn door enerzijds tijd en ruimte te voorzien voor basisbehoeften zoals slaap en maaltijden en anderzijds tijdig een collega-arts te contacteren in geval van ziekte. Daarnaast hebben bepaalde compensaties n.a.v. onwelzijn –

zoals overmatig alcoholgebruik of middelenmisbruik – ook een negatieve invloed op het welzijn van artsen of mensen in het algemeen.

4. Sociaal welzijn speelt zich af op twee domeinen. Als eerste is er het verlangen bij een eigen sociaal netwerk te horen – het verlangen naar liefde, vriendschap en intimiteit met een partner, gezin, familie en vrienden. Hier kan het welzijn van artsen bedreigd worden door het grote aantal uren dat ze werken, wat ten koste kan gaan van hun privéleven en de tijd die ze doorbrengen met familie en vrienden. Een tweede aspect van sociaal welzijn wordt bepaald door het verlangen bij de maatschappij te horen, en een rol op te nemen binnen deze maatschappij. Dit kan dankzij het uitoefenen van het artsenberoep bevorderd worden, omdat dit een beroep is dat betekenisvol is en een duidelijke en belangrijke functie heeft binnen de maatschappij.
5. Intellectueel welzijn omvat het welzijn dat men kan bereiken door eigen kennis en vaardigheden steeds uit te breiden. Dit kan via een job – vb. als arts is het belangrijk steeds bij te blijven, wat het werk boeiend en uitdagend maakt – maar kan ook via hobby's, waarbij men in zijn vrije tijd ervoor kan kiezen ook nog op andere terreinen buiten geneeskunde bij te leren. Omgekeerd kan men ook overbevraagd worden, indien men als arts steeds net boven het eigen niveau moet functioneren, waardoor men in een stresserende werksituatie terecht komt.
6. Spiritueel welzijn heeft te maken met de zoektocht naar een (levens)doel en naar betekenis in het leven. Voor sommige mensen kan dit zijn d.m.v. spiritualiteit en geloofsovertuiging. Voor anderen ligt hun levensdoel dan weer in het zorgen voor anderen – een doel dat ze als arts makkelijk kunnen vervullen – en geeft deze job betekenis aan hun leven.

1.3.2 Zelfzorg

1.3.2.1 Enkele definities

Zelfzorg bestaat uit alle kennis, vaardigheden en houdingen die het eigen welzijn bevorderen. Hierbij liggen het onderzoeken van de eigen grenzen en de eigenlijke zelfzorg in elkaars verlengde. (18)

Van Dale definieert *zorg* als: "1. zorgvuldigheid, aandacht, zorgzaamheid; 2. liefderijke bezorgdheid - bewaking, verzorging - bemoeienis; 3. gezondheidszorg; 4. ongerustheid" en *zorgen* als: "1. zorg dragen; 2. op iets letten, toezicht houden". (19)

Het woord 'zelfzorg' wijst dus op een 'zorg voor zichzelf': aandacht voor het zelf, of ook verzorging van zichzelf, het zorg dragen voor zichzelf of toezicht houden op [het functioneren van] het zelf. Vanuit deze context kan men begrijpen dat zelfzorg begint bij bewustzijn van het zelf en gaat tot alles wat men doet om het eigen *zijn* en *functioneren* te bevorderen. (19) Het gaat om de dingen die we doen, niet om een leegte in onszelf op te vullen, maar de dingen die ons voeden. (20)

Dit wordt verder door de World Health Organization (WHO) in 1983 – en later ook in 1998 – gedefinieerd als *"alle activiteiten die individuen, gezinnen en gemeenschappen ondernemen met als doel het verbeteren van de gezondheid, het voorkomen van ziekte en – indien er reeds ziekte aanwezig is –*

deze te beperken en de gezondheid opnieuw te herstellen. Deze activiteiten vloeien voort uit de kennis en vaardigheden van zowel professionals als leken. Ze worden door de 'gewone' mensen zelf ondernomen, hetzij in hun eentje of in samenwerking met professionals. Het inwinnen van professioneel advies is een belangrijk onderdeel in het continuüm van zelfzorg." (21, 22)

Zelfzorg gaat om de zorg die men aan zichzelf besteedt om te voldoen aan de eigen behoeften en noden, welke op deze manier bijdraagt tot het behoud en/of verbetering van eigen welzijn en persoonlijke gezondheid. Dit is de definitie waar we ons voor de rest van dit werk ook op zullen blijven baseren (zie ook bijlage 1: 'Operationele definities').

Uit deze definities kunnen we begrijpen dat zelfzorg gebaseerd is op het idee dat individuen mee een grotere verantwoordelijkheid nemen voor niet enkel hun fysieke gezondheid, maar vooral het algemeen welzijn. (19, 21) Als arts is het niet altijd onze eerste reflex ook voor onszelf te zorgen; hierbij spelen verschillende factoren een rol (22):

- het appèl van de patiënt aan de arts (22)
- de huidige cultuur van de gezondheidszorg en de houding van artsen onder elkaar (22)
- de aard van de persoonlijkheid van de arts (20, 22)

Door velen wordt deze zelfzorg gezien als een vorm van egoïsme, terwijl het daar helemaal niet om gaat. Integendeel: mensen die in onze maatschappij als 'egoïstisch' worden beschouwd, zijn dikwijls mensen die zich vullen met de aandacht die ze van anderen krijgen of zelfs opeisen, maar die er niet in slagen zich te voeden met datgene waar ze echt behoefte aan hebben. Meestal zijn dit juist mensen die weinig aan zelfzorg doen. (20) Voor anderen zorgen kan je pas op je best, wanneer je eerst ook voor jezelf hebt gezorgd. (23) Bovendien hebben mensen die goed voor zichzelf zorgen en die zich goed voelen in hun vel, dikwijls ook niet meer de behoefte aan alle aandacht die als egoïsme zou kunnen worden geïnterpreteerd.

1.3.2.2 Waaruit kan zelfzorg bestaan?

Gezien welzijn door elk individu anders wordt ervaren, is het ook logisch dat het begrip *'zelfzorg'* voor verschillende mensen een verschillende betekenis kan hebben: niet iedereen heeft dezelfde behoeften. Voor de volledigheid van dit werk volgen hier toch een aantal voorbeelden van wat zelfzorg zoal kan zijn:

1. Fysieke zelfzorg: In eerste instantie gaat het hier om het voldoen aan de noden van het lichaam (honger, dorst, slaapbehoefte, …), maar op moment dat hieraan voldaan is kan dit een stapje verder gaan d.m.v. ernaar te streven het lichaam zo fit mogelijk te houden. Bijgevolg kan fysieke zelfzorg bestaan uit dingen zoals een gezonde voeding, een regelmatig slaappatroon of regelmatig sporten. (12)
2. Sociale zelfzorg: Deze bestaat eruit de relaties met een sociaal netwerk (vb. partner, familie, vrienden, …) te onderhouden, en regelmatig tijd vrij te maken voor de mensen om wie men

geeft. Enerzijds kan het deugd doen gewoon gezellig samen te zijn, maar anderzijds betekent een goed uitgebouwd sociaal netwerk ook dat de kans groter is dat men bij één of enkele mensen terecht zal kunnen op momenten dat men het moeilijk heeft (cfr. emotioneel onwel zijn). De aanwezigheid van mensen bij wie men terecht kan wanneer men het moeilijk heeft – of zelfs maar mensen met wie men de positieve gebeurtenissen in het leven kan delen – is een vorm van sociale zelfzorg.

3. Psychische zelfzorg: In eerste instantie begint psychische zelfzorg bij het (h)erkennen van eigen emoties en bij het hier vervolgens ook adequaat op reageren. Hiervoor kunnen verschillende technieken gehanteerd worden, waaronder meditatie/mindfullness technieken en zelfreflectie. Het doel is tot een zelfbewustzijn te komen (zie bijlage 3). Wanneer men op deze manier de eigen emoties herkent en een plaats geeft (erkent) – m.a.w. wanneer men zich bewust is van wat er in zich omgaat – kan men hier vervolgens adequaat op reageren. Dit kan vb. door erover te schrijven, door er met anderen over te praten (ventileren, sociaal netwerk) en door eventueel ook te analyseren wat er aan de basis van het onwel zijn ligt en wat er aan gedaan kan worden – vb. herkennen van energiegevers en energievreters en zo een evenwicht brengen in de eigen draagkracht. Belangrijk hierbij is een mildheid t.a.v. het eigen functioneren.
4. Zelfzorg op het werk: Dit is er op gericht om de werkomgeving zo gezond mogelijk te houden. Enerzijds gaat het hier om een aantal organisatorische en praktische zaken, maar anderzijds ook om de samenwerking met collega's. Daarnaast speelt – in het kader van een gezonde werkomgeving – bij artsen ook de relatie met patiënten een belangrijke rol. Hieronder volgen enkele concrete tips om de werkomgeving gezond te houden:

   In de eerste plaats is het heel belangrijk zelf over een zekere mate van autonomie te beschikken – bijvoorbeeld door mee controle te hebben over de eigen agenda.

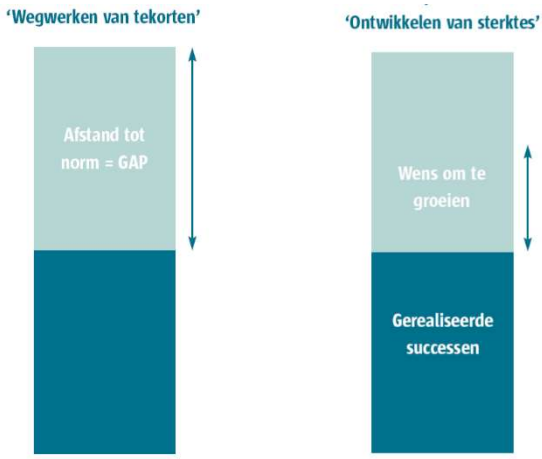
   Daarnaast is een beperking van de workload – door bijvoorbeeld een secretaresse of een tweede arts-collega aan te werven – ook belangrijk. Dit biedt bovendien ook de nodige sociale contacten tijdens het werk, en de mogelijkheid om af en toe met elkaar te overleggen.

   Het bewaken van een goede balans tussen privé en werk biedt enerzijds de kans om tijd vrij te maken voor familie en vrienden (cfr. sociale zelfzorg) en anderzijds creëert het ook de vrijheid niet 24 uur op 24 beschikbaar te moeten zijn, wat kan leiden tot stressreductie bij artsen. Dit laatste kan bijvoorbeeld door grenzen te stellen – aan de agenda, maar ook in de relatie met patiënten.

   Als laatste vormen ook intellectuele uitdagingen een belangrijke rol binnen de zelfzorg op het werk. Hier heeft men als huisarts enigszins zelf invloed op, door voor zichzelf te beslissen vanaf wanneer iemand doorverwezen wordt naar de tweede lijn. Sommige artsen maken er een persoonlijke uitdaging van een patiënt zo lang mogelijk zelf te behandelen en liefst met een zeer gerichte verwijzing en uitgewerkte differentiaal diagnose naar een collega-specialist te verwijzen, terwijl andere liever iets sneller doorverwijzen. Beiden zijn oké, zolang men de eigen

grenzen (in dit geval wat betreft kennis en vaardigheden) kent en respecteert, en geen onnodige risico's m.b.t. de patiënt worden genomen. Wanneer het gaat om het welzijn van de arts, kan men stellen dat het de bedoeling is het midden houden tussen geen verveling – voorbeeld door voldoende variatie en intellectuele uitdagingen – zonder de arts en zijn of haar capaciteiten hierbij te gaan overbevragen

Zoals hierboven reeds werd aangehaald, is het in het proces van zorg besteden aan zichzelf interessant om na te gaan of men vnl. bezig is met *voeden* of met *vullen* – m.a.w. is men bezig met die dingen die wezenlijk goed zijn voor hem/haar, of met het opvullen van een leegte. (20, 24)



Figuur 3: Vullen vs. Voeden (24)

Figuur 3 kan het verschil tussen *voeden* en *vullen* helpen begrijpen. De linker balk kan toont wat er bedoeld wordt met *vullen* – namelijk het wegwerken van tekorten of leegtes. Men kan in deze situatie een bepaald gemis voelen, en proberen dit te doen verdwijnen, het niet meer te voelen. Dit kan op verschillende manieren, waarbij de meest bekende voorbeelden misschien zijn het 'weg-eten' van emoties, of het ontwikkelen van middelenmisbruik om bepaalde gevoelens te ontwijken. Dit zijn handelingen waardoor men wel tijdelijk aan deze emoties kan ontsnappen, maar die op lange termijn geen oplossing bieden. In beeldspraak: wanneer men een leegte probeert op te vullen, is er geen bodem. Omdat je niet vanuit een bodem, een basis vertrekt, kan je blijven vullen zoveel je wilt, maar zal er nooit een moment komen waarop *leeg* veranderd naar *vol.* Men zal steeds moeten blijven vullen – steeds energie moeten blijven steken in het proces van het vullen – zonder dat er ooit ook écht fundamenteel iets wordt bereikt.

De rechter balk toont wat bedoeld wordt met *voeden*. Wanneer men voedt, vertrekt men vanuit een bodem of basis (cfr. 'gerealiseerde successen' op de figuur). Vanuit deze gerealiseerde successen gaat men eigen sterktes ontwikkelen, die bovendien ook nog eens kunnen helpen bij het verwerken van de emotionele bagage die ieder van ons meedraagt en waar men ook frequent mee geconfronteerd wordt als arts (vb. een aangrijpend patiëntencontact). Hier zal men de eigen energie vooral aanwenden om te groeien (*voeden*), en zo zal men bepaalde sterktes ook echt ontwikkelen (afgeronde gerealiseerde successen) – die dus bijgevolg niet meer dezelfde energie blijven opslorpen. *Voeden* gaat om dingen waar men sterker van wordt, waar men zich beter – en vooral ook weerbaarder – door voelt, en die energie géven – onmiddellijk of soms eerder op lange termijn. Het zijn met andere woorden die dingen, die de draagkracht van de mens vergroten.

1.3.3 Relatie van het welzijn van artsen tot de kwaliteit van de gezondheidszorg

Een gebrek aan zelfzorg, m.a.w. het verwaarlozen van het eigen welzijn door artsen, kan – naast de begrijpelijke negatieve impact op het individuele welzijn – ook gevolgen hebben voor het functioneren van onze gezondheidszorg als geheel. Een slechte fysieke of mentale gezondheidstoestand van artsen kan invloed hebben op de productiviteit en efficiëntie op de werkplaats, op de turnover van artsen in een ziekenhuis of groepspraktijk, en zelfs op de kwaliteit van patiëntenzorg. (4, 25)

Zo werd aangetoond dat vermoeidheid en uitputting, of slaaptekort t.g.v. vb. een 24-uurs shift – naast een toegenomen risico op burn-out, prikaccidenten en verkeersongevallen of bijna-verkeersongevallen onderweg naar huis – kan leiden tot een significante toename van het aantal concentratieproblemen tijdens het werk, met meer ernstige medische fouten tot gevolg in vergelijking met mensen die shifts van 16 uur of minder werken. Er werd aangetoond dat in deze gevallen slaaptekort invaliderender blijkt te zijn dan verkeerd alcoholgebruik. (4)

Ook burn-out heeft een negatieve impact op de kwaliteit van zorgverlening. Zo is er enerzijds sprake van verminderde productiviteit en efficiëntie op de werkplaats, wat dan weer gelinkt kan worden aan een toegenomen absenteïsme, interesse in een vervroegd pensioen, drastische wijzigingen in de loopbaan en de kans op het aanvragen van onnodige onderzoeken of voorschrijven van onnodige of foutieve medicatie. (4) Anderzijds heeft het ook een weerslag op het contact met de patiënt en de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt. Patiënten voelen zich in verhouding minder goed begrepen door artsen die burned-out zijn, waardoor ze op het einde van een consultatie minder tevreden naar huis gaan. (4, 25, 26) Chronische patiënten van artsen die burned-out zijn, vertonen een slechtere therapietrouw dan bij artsen die nog bevlogen zijn tijdens het uitoefenen van hun job. (4)

M.a.w. ontevreden of ongelukkige artsen hebben de neiging méér – soms onnodige of zelfs foutieve – medicatie voor te schrijven of onderzoeken aan te vragen (4), minder tevreden patiënten te hebben (4, 25, 26) en bovendien ook een minder therapietrouwe patiëntenpopulatie (4). Elk van deze zaken leidt uiteindelijk tot een verminderde kwaliteit van de patiëntenzorg. Bovendien hebben artsen met burn-out dikwijls niet meer de energie om, naast de standaard curatieve taken, ook een kwalitatief preventief gezondheidsprogramma uit te bouwen in hun praktijk. (4)

Het logisch gevolg van deze vaststellingen is dat het welzijn van artsen niet alleen een voordeel vormt voor de individuele arts, maar ook de kwaliteit van de gezondheidszorg in onze hele maatschappij bevordert. (4, 25, 26) Door dit maatschappelijk belang, kan men zich afvragen of het niet mee de taak van de maatschappij is om dit welzijn van artsen te bewaken.

1.4 Doelstelling van het project

In kaart brengen van zelfzorgactiviteiten van de arts enerzijds en het sociaal, fysisch en psychisch welzijn anderzijds van artsen in Vlaanderen.

2. Onderzoeksmethodiek

2.1 Onderzoeksvraag

Wat zien artsen als 'zorg voor zichzelf'? Op welke manieren zorgt een arts voor zichzelf? Hoe schatten artsen hun eigen welzijn in?

2.2 Oriënterend literatuuronderzoek

PICO

P: praktiserende artsen, wereldwijd

I: bewustzijn over eigen welzijn en zelfzorg

C: geen zelfzorg

O: sociaal, psychisch en fysisch welzijn, alsook welzijn op het werk

De databanken waarin gezocht werd

In het kader van de oriënterende literatuurstudie werd gezocht in de databanken PubMed en Google Scholar. De databanken werden doorzocht op volgende kernwoorden: *self care, wellness, well-being, burn-out, suïcide, self-reflection, doctor, physician, ...* Deze zoektochten werden herhaaldelijk uitgevoerd, met gebruik van verschillende combinaties van bovenstaande termen. Ingestelde filters waren vnl. m.b.t. de publicatiedata (de laatste 5 jaar voorafgaand aan december 2014).

Aanvullende referenties werden gevonden dankzij de bibliografieën van relevante artikels en het identificeren en vervolgens opsporen van belangrijke auteurs binnen het vakgebied.

2.3 Enquête

Opstellen vragen enquête

De vragenlijst werd opgesteld aan de hand van de beschikbare literatuur, de Job Satisfaction Scale en de QUALICOPC-studie. De vragen werden zodanig gekozen dat de verschillende domeinen van welzijn (en bijhorende zelfzorg) aan bod komen. Er werd gekozen om op basis van deze gestandaardiseerde vragenlijsten zelf een vragenlijst op te stellen, wat meer kansen biedt tot een ruime inventarisatie van het onderwerp dan wanneer zou gekozen worden voor de gestandaardiseerde vragenlijsten alleen.

Afbakenen onderwerp

Het onderwerp 'zelfzorg bij artsen' is zeer ruim. Om tot een haalbare masterproef onderzoeksvraag te komen, werd het huidige onderzoek beperkt tot een schriftelijke bevraging – bestaande uit zowel kwantitatieve als kwalitatieve vragen – van artsen in Vlaanderen. Deze bevraging kan hopelijk aanzet geven tot verder onderzoek binnen dit domein.

Verspreiden enquête

De enquête werd verspreid naar aanleiding het avondcolloquium 'Arts in Nood', georganiseerd door de Orde der Geneesheren Oost-Vlaanderen op 22 oktober 2014. Hierop volgend heeft de Orde der

Geneesheren Oost-Vlaanderen in oktober naar al haar leden de enquête verstuurd (+/- 3500 artsen). Vervolgens werd in januari 2015 ter herinnering de enquête opnieuw verstuurd.

Selectie deelnemende artsen

Inclusiecriteria: praktiserende artsen in Oost-Vlaanderen.

Exclusiecriteria: niet meer actief als arts, artsen welke geen lid zijn van de Orde der Geneesheren Oost-Vlaanderen.

Verwerken van de resultaten

Van de +/- 3500 artsen naar wie de mail werd verstuurd, hebben 200 artsen de enquête ingevuld. De kwantitatieve resultaten van deze enquête werden verwerkt via SPSS. Gezien de geringe respons van artsen in opleiding en artsen werkzaam in de maatschappelijke gezondheidszorg, werd ervoor geopteerd de analyses m.b.t. de kwantitatieve gegevens te beperken tot huisartsen en specialisten. Voor de kwalitatieve analyses werden wel de antwoorden van alle deelnemers gebruikt. De gegevens werden gegroepeerd op thema en vervolgens geanalyseerd.

3. Resultaten

Voor de analyse van de kwantitatieve resultaten, werden enkel de antwoorden van specialisten en huisartsen in rekening gebracht. In totaal namen 77 huisartsen en 91 specialisten deel aan de enquête. Samenvattende tabellen: zie bijlage 5.

Voor de analyse van de open vragen, werden de antwoorden van alle deelnemers benut.

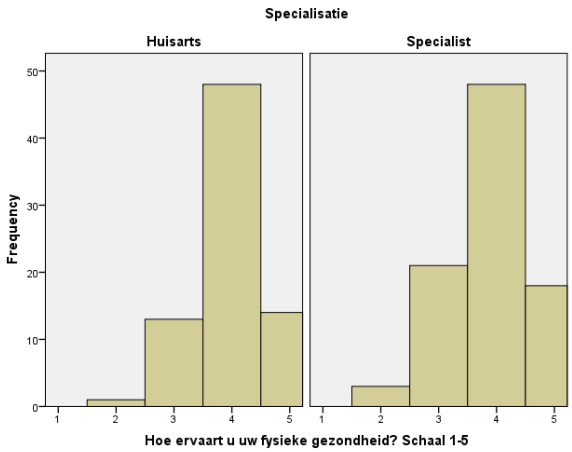
3.1 Non-responders

Het aantal non-responders verschilt per vraag, gaande van 1 tot 8% van de deelnemers. We zien dat over het algemeen het percentage non-responders iets hoger ligt bij specialisten dan bij huisartsen, al gaat het hier meestal over kleine verschillen.

3.2 Fysiek welzijn

3.2.1 Fysieke gezondheid van artsen

De deelnemende artsen ervaren hun fysieke gezondheid over het algemeen als goed, met en score ‘4’ voor zowel de mediaan als het eerste en derde kwartiel. We zien dat 76.2% van de artsen (= 128 deelnemers) hun fysieke gezondheid als goed tot uitstekend ervaart. Hierbij zien we een verschil tussen huisartsen (80.5% - 62 artsen) en specialisten (72.5% - 66 artsen). Van alle deelnemende artsen heeft 16.1% chronische pijn (27 artsen). Op de



pijnschaal geven 18 van deze 27 artsen aan dat hun pijn zich (op een schaal van 0 tot 10, waarbij 0 overeenkomt met helemaal geen pijn en 10 met de ergst denkbare pijn) situeert op een score gaande van 1 tot 4.

3.2.2 Zelfzorg m.b.t. het fysieke welzijn

3.2.2.1 Recupe

Het merendeel van de artsen (110 van de 168 deelnemers, 65,5%) geeft aan dat recupe na een wachtdienst nodig kan zijn. Tegelijk geven 91 artsen (54.2%) aan dat zij, hoewel zij veel deugd zouden hebben van recuperatie na een wacht, omwille van hun patiënten toch gewoon doorwerken de dag nadien. Hierbij kan men een verschil opmerken tussen de huisartsen (58 van de 77 deelnemers, 75.4%) en specialisten (33 van de 91 deelnemers – 36.3%). Van de deelnemende artsen geeft 19.6% (33 artsen) aan dat zij soms, afhankelijk van de drukte van de praktijk, recupe nemen (geen opmerkelijk verschil tussen huisartsen en specialisten). Tenslotte geeft 20.2% van de deelnemende artsen (34 artsen) aan steeds recupe te nemen. Hierbij is er opnieuw een verschil tussen de huisartsen (8 artsen, 10.4%) en specialisten (26 artsen, 18.6%).

3.2.2.2 Maaltijden

We zien dat 57,7% van de artsen aandacht hebben voor hun maaltijden: zij zijn akkoord met de stelling dat maaltijden belangrijk zijn, en dat zij hiervoor steeds minstens een half uur tijd voorzien. Daarnaast geeft 23,8% van de artsen aan regelmatig een maaltijd te durven overslaan en 22,7% van de artsen durft tijdens de werkuren de maaltijd te vervangen door 'iets kleins' tussendoor, zonder een echte maaltijd te nuttigen.

3.2.2.3 Slaap

44.1% van de deelnemende artsen geeft aan voldoende te slapen en 's morgens uitgeslapen wakker te worden, een cijfer dat zeer vergelijkbaar is met de 44.6% van de artsen die aangeven dit *niet* te zijn. 23,3% van de artsen geeft aan slecht in te slapen, en 33,9% van de artsen geeft toe 's morgens niet uitgeslapen te zijn omwille van een chronisch slaaptekort. We merken dat 39% van de huisartsen aangeeft op onregelmatige tijdstippen te gaan slapen (omwille van werk of sociale verplichtingen), wat verschillend is van de 49.5% van de specialisten.

3.2.2.4 Roken

Het blijkt dat 10.7% van de deelnemers rookt, met een verdeling van 16.9% huisartsen (13/77 deelnemers) en 5.5% van de specialisten (5/91 deelnemers).

Bij verdere navraag, blijkt dat voor deze artsen roken voornamelijk een rol vervult als ontspanning of beloning na een drukke of stressvolle werkdag – zo geeft een van de artsen aan vb. te roken *"In geval van stress en drukte. Niet in het weekend of op vakantie."* – en anderzijds in een sociale context, *"bij het samenzijn met vrienden, gelieerd aan alcoholconsumptie"*. Uiteraard wordt ook gerookt op de klassieke momenten, na eten, in de auto, na het werk, ...

3.2.2.5 Alcohol

Van de 77 deelnemende huisartsen telden we 18 artsen (23.4%) met een overmatig alcoholgebruik (zie operationele definities). Van de 91 deelnemende specialisten telden we eveneens 18 artsen (19.9%) met een overmatig alcoholgebruik. In totaal gaat het hier dus om 36 artsen (21.4%) bij wie men alcoholmisbruik kon vaststellen.

Daarnaast ziet men dat het gemiddeld alcoholgebruik 6 consumpties per week bedraagt. De mediaan ligt hierbij op 4,5, met een eerste kwartiel op 1 eenheid alcohol per week, en het derde kwartiel dat zich situeert op 10 eenheden per week.

3.2.2.6 De arts als patiënt – wie heeft een eigen huisarts of specialist?

"Voor een verkoudheidje of eens een beetje koorts zal ik niet naar de huisarts gaan, maar voor al de rest wel. Ik heb de bevestiging van mijn huisarts nodig over wat het gaat en soms ook zijn geruststelling. Bovendien ben ik zelf geen huisarts en blijf ik van een hele hoop medische zaken die niet tot mijn specialisme behoren, niet op de hoogte. Ik stap zelf ook niet rechtstreeks naar een specialist, passeer altijd eerst de huisarts (behalve wat betreft de gynaecoloog).Ik ben nog nooit met psychische problemen bij de huisarts geweest, hoewel het de laatste jaren niet gemakkelijk is geweest, en ik wel een therapeut onder de arm heb genomen om mee te gaan praten."

"In dezelfde gevallen waar ik een patiënt zou doorverwijzen naar een bepaald specialisme/huisarts, zou ik zelf ook een arts contacteren".

Artsen en patiënten gaan steeds weer een unieke verbintenis aan met elkaar. Als patiënt stelt men vertrouwen in een arts dat deze laatste de persoon in kwestie steeds zo goed mogelijk zal proberen helpen (zowel wanneer het gaat over de fysieke gezondheid als i.g.v. een psychisch gezondheidsprobleem), dat hij begaan is met wat een patiënt op dat moment in zijn leven doormaakt en dat hij er is wanneer zijn patiënt hem nodig heeft. Een arts is er om zijn patiënten te helpen. Dit is een rol waar men als arts zelf ook voor kiest, en waar men zich goed in voelt. Wanneer een arts dan plots zelf geconfronteerd wordt met een gezondheidsprobleem en even in de positie van patiënt komt te staan, is deze overgang niet altijd even simpel. Bovenstaande citaten zijn zeer mooi, omdat zij niet alleen antwoord geven op de vraag wanneer de artsen in kwestie zélf een arts zouden contacteren, maar omdat zij ook een beeld schetsen van wat artsen eigenlijk van hun patiënten verlangen: trapsgewijze doorverwijzing (dankzij de huisarts) en pas in tweede tijd advies vragen – indien nodig – aan een specialist ter zake. Toch vormen deze citaten slechts een minderheid binnen de groep artsen die geantwoord heeft op deze vraag. Het merendeel van de artsen geeft toe zelden een arts te contacteren, en dan alleen in gevallen waar ze het zelf niet meer kunnen oplossen. Zo zei een van de artsen: *"Ik zou enkel naar een arts gaan als het echt nodig is; als arts wil je toch alles zelf oplossen?"* Een andere arts gaf toe enkel zelf naar een collega-arts te gaan *"als er onderzoeken nodig zijn die ikzelf als arts niet kan uitvoeren"* – waarbij door verschillende artsen voorbeelden worden aangehaald zoals een colposcopie, een ECG, bloedafname, ... – of *"enkel als ik het zelf niet kan oplossen of een briefje nodig heb"*. Hierbij worden 'specialistische

zaken' en 'dingen die ikzelf niet kan behandelen' frequent in één adem genoemd, net zoals de uitspraak 'kwalen die niet meer oplosbaar zijn door een huisarts'. Een van de deelnemers deelde de huisarts de rol toe van 'second opinion', om eigen diagnosestelling of vermoedens te verifiëren.

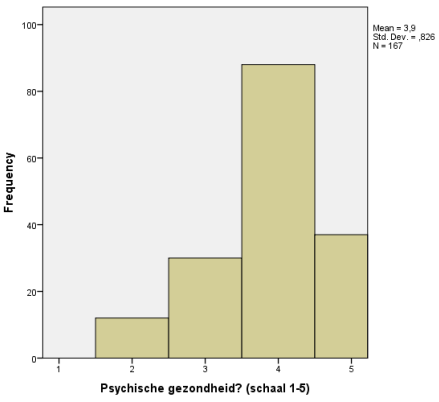
Dit geeft mooi weer, dat artsen sterk de neiging hebben hun gezondheidsproblemen *zelf* te willen aanpakken. Als artsen al situaties konden bedenken waarin ze zelf een arts zouden contacteren – in een aantal gevallen bleef de vraag ook onbeantwoord of werd er gezegd dat men het eigenlijk niet wist – dan ging dit in het grootste deel van de gevallen over een specialistische problematiek – gynaecologie (zwangerschapsbegeleiding en uitstrijkjes), orthopedie-traumatologie, cardiologie, urgenties. Een van de artsen gaf aan *"enkel bij echte alarmsymptomen"* een arts te zullen contacteren. Zelfs dan ligt de drempel hoog – zoals mooi wordt aangetoond door volgend citaat: *"Ik zou een arts contacteren, mocht ik ernstig fysiek ziek zijn, persisteren na zelfbehandeling en na informeel contact met collega's"*. Een ander criterium is wanneer de gezondheidstoestand een belemmering geworden is voor het globaal functioneren van de arts in kwestie.

Wanneer wordt dan wel een huisarts gecontacteerd? Een klein aantal artsen geeft aan in eerste instantie naar de huisarts te stappen i.g.v. ziekte – soms omwille van diens kennis ter zake, maar ook administratieve belangen spelen hier een rol: vb. ziekte-attesten voor artsen in loondienst. Andere redenen waren: invullen attesten verzekeringen (vb. gewaarborgd inkomen, schuldsaldo verzekering, ongeval, ...) en een jaarlijkse check-up (e.a. preventieve geneeskunde).

Ter aanvulling op deze open vraag werd ook gekeken hoeveel artsen een eigen huisarts of specialist blijken te hebben. Daarnaast werd er ook gevraagd naar de frequentie van de contacten en de datum van het laatste contact. We keken welke artsen zegt een eigen huisarts resp. specialist te hebben, en bovendien in de voorbije 2 jaar (1/1/2013-15/2/2015) contact heeft gehad met deze arts. Wanneer dit laatste criterium in rekening wordt gebracht, heeft minder dan een kwart van de deelnemende artsen een eigen huisarts (22.0% - 37 artsen). Hierbij zien we een onderscheid tussen huisartsen en specialisten: 31.1% van de huisartsen geeft aan een eigen huisarts te hebben, waarbij er ook minstens 1 consultatie is geweest in de voorbije 2 jaar, terwijl dit bij de specialisten om 14.2% van de deelnemers gaat. Wanneer het gaat om een eigen specialist, is er opnieuw geen significant verschil meer tussen beide groepen.

3.3 Psychosociaal welzijn

3.3.1 Psychisch welzijn van artsen: beleving van artsen zelf



Met een mediane score van 4 en een eerste en derde kwartiel van resp. 3 en 4, wordt de psychische gezondheid net iets minder goed ervaren door de deelnemende artsen dan de fysieke gezondheid. Het merendeel van de artsen (74.4%) geeft een score 4 of 5 (goed of uitstekend) aan hun psychische welzijn; hiervan gaat het om 55 huisartsen (71.4%) en 70 specialisten (76.9%).

3.3.2 Work-life balance

3.3.2.1 Werkdagen

We zien dat artsen gemiddeld 49u45min per week werken. Hierbij dienen we rekening te houden dat dit gemiddelde wordt beïnvloed door de extrema waarden (minimum ligt op 9u/w, maximum op 96u/week). Wanneer we de mediaan bekijken, ligt deze op 50u/w. De Q1-waarde ligt op 44u/w en de Q3 op 55u/w. Belangrijk is op te merken dat wachtdiensten hier niet werden meegeteld.

Huisartsen lijken over het algemeen iets meer te werken: gemiddeld 52,5u/w, met Q1, mediaan en Q3 resp. 44,5u/w, 53u/w en 60u/w. Specialisten werken gemiddeld 47,5u/w, met een mediaan van 48u/w en Q1 en Q3 van resp. 42,5u/w en 52u45min per week.

Van de 168 artsen, waren er 157 artsen (93,4%) die gedurende minstens 3 avonden per week nog na 19u aan het werk zijn. Dit aantal ligt ongeveer gelijk met het aantal artsen (159 – 94,6%) dat minstens één dag per week nog tot na 21u aan het werk is. Wanneer we enkel naar de huisartsen kijken, zien we dat 75 van de 77 deelnemende huisartsen (97.4%) meer dan 3 avonden per week na 19u werken en dat evenveel artsen minstens 1 avond per week na 21 nog aan het werk zijn. Wanneer we dit voor de deelnemende specialisten bekijken, werken 82 van de 91 specialisten (90.1%) minstens 3 avonden per week na 19u. Vierentachtig specialisten (92.3%) werkt minstens 1 avond per week later dan 21u. Als we kijken naar de verdeling man/vrouw zien we hierbij geen verschil.

Het weekend buiten beschouwing gelaten, heeft 10.3% van alle huisartsen nog een extra vrije dag in de loop van de week (1/37 mannen, 7/40 vrouwen). Daarnaast neemt 32.5% zich een halve dag per week vrij (cfr. operationele definities) (10/37 mannen, 15/40 vrouwen). Van de specialisten neemt 20.5% zich een dag per week vrij (5/36 mannen, 12/47 vrouwen). 31.4% neemt zich een halve dag per week vrij (12/36 mannen, 14/47 vrouwen).

Tenslotte werken 21 van de 77 huisartsen (27,3%) en 15 van de 86 specialisten (17.4%) los van de wachtdiensten ook nog steeds in het weekend.

3.3.2.2 Verbondenheid met partner, familie en vrienden

Partner: 79,7% van de artsen (134 artsen) voelt zich goed tot uitstekend verbonden met zijn of haar partner. Op een schaal van 1 tot 5, geeft het eerste kwartiel van de respondenten heeft een score 4 (goed), en zowel de mediaan en het derde kwartiel bevinden zich in de groep artsen die zich uitstekend verbonden voelt met zijn of haar partner. Dit is identiek voor huisartsen en specialisten.

Familie: Hier zien we dat het eerste kwartiel zich situeert in de groep artsen die zich neutraal verbonden voelt met zijn of haar partner (niet goed of niet slecht, score 3 op een schaal van 1 tot 5). De mediaan is score 4 (goed), en het Q3 is een 5 (uitstekend). Dit is opnieuw identiek voor huisartsen en voor specialisten. Concreet voelt 73,2% van de artsen zich goed tot uitstekend verbonden met familie.

Vrienden: Wanneer we dezelfde vraag over vrienden stellen, is de Q1-waarde 3 (neutraal), de mediaan ligt op 4 (goed) en ook Q3 is 4. Ook hier is er geen onderscheid voor deze waarden tussen huisartsen en specialisten. We zien dat 53,6% van de artsen zich goed tot zeer goed verbonden voelt met vrienden.

3.3.2.3 Rol binnen het gezin

Als we enkel naar de kwantitatieve gegevens kijken, zijn 57 huisartsen tevreden over de rol die ze binnen hun gezin vervullen (74,0%). Negenenvijftig specialisten zijn dit ook (64,8%) (zie tabel). Dit betekent dat een kwart van de huisartsen, en 35% van de specialisten, *niet* tevreden zijn over de rol die zij vervullen binnen hun gezin. Bovendien dient men de antwoorden van de artsen die wel tevreden zijn toch ook te nuanceren. Zo schrijft een van de artsen: *"Ja [ik ben tevreden] – als ik er ben."* Een andere arts schrijft: *"Ja, maar onvoldoende aanwezig."* of *"[Ik ben] tevreden, ja, maar mocht er per dag een uur vrijkomen door minder papierwerk, dan zou ik daar heel blij om zijn"*. Hier is ook duidelijk een mentaliteitswijziging in de jongere generaties: *"Ja [ik ben tevreden over de rol binnen mijn gezin], maar beperkende factor is de tijd. Hoewel we reeds meer vrije tijd hebben dan onze voorgangers (vooral dankzij het invoeren van de weekwacht), blijft tijd voor het gezin voor mij de grootste handicap om voor huisarts te kiezen: uiteindelijk kies je voor de patiënt ten nadele van je gezin."* Zeker de jongere generatie artsen vindt het zeer belangrijk om enerzijds hun job naar behoren te kunnen uitvoeren, maar tegelijk ook tijd over te houden voor quality time binnen hun privéleven, en hun rol als aanwezige partner en ouder binnen hun gezin op te kunnen nemen. Ze willen hun job zo goed mogelijk uitoefenen, maar niet meer ten koste van zichzelf en hun familie, terwijl oudere generaties op een andere manier in het vak staan: *"Huisarts in hart en nieren. Enkel de andere telt voor mij."* en *"Ja [ik ben tevreden], mijn gezin staat op eerste plaats na mijn werk."*

Tabel: tevreden over rol binnen gezin?

	Ja	Nee	Totaal
Huisarts	57	17	74
Specialist	59	27	86
Totaal	116	44	160

Men merkt ook dat, hoewel het gebrek aan tijd voor een aantal artsen een bron van frustratie kan zijn, voor veel artsen het niet de kwantiteit is die telt, maar de kwaliteit van de tijd die ze met hun gezin doorbrengen. *"Ik zou soms iets meer tijd voor hen kunnen uittrekken, maar anderzijds probeer ik er te zijn als ze me nodig hebben en plan ik mijn werk in functie daarvan (bv. probeer ik beschikbaar te zijn als mijn kinderen me nodig hebben in de examenperiode)."* Een andere arts omschrijft het als volgt: *"Ja, want ik ben steeds een steun en luisterend oor voor mijn kinderen en andere familie. Er is een goed contact met de kinderen."* Dit toont dat, hoewel de tijd die men met het gezin kan doorbrengen beperkt(er) is (en dit ook zo zijn gevolgen heeft), dit niet het enige is dat telt: de familiebanden en relaties die gevormd worden, zijn wat écht telt.

Toch is dit tijdsgebrek voor een aantal artsen ook echt een probleem. Zo schrijft een jonge moeder: *"Nee [ik ben niet tevreden]; ik zou meer tijd willen kunnen steken in mijn huishouden, koken, zorg voor mijn zoontje.. Mijn baby is van 7u 's morgens tot 21u 's avonds bij mijn ouders of schoonouders, in de week*

zie ik hem enkel 's nachts." Ook een andere jonge moeder geeft aan dat de dingen binnen haar gezin toch niet lopen zoals ze gewild had: *"Nee. Te weinig tijd voor mijn zoontje. Bracht veel tijd door in crèche. Vaak geen verse maaltijd 's avonds."* Een laatste voorbeeld is een ouder die opnieuw het gevoel heeft te weinig tijd te hebben om met de kinderen om te gaan: *"enkel het hoogst noodzakelijke gebeurt: eten geven, in bed leggen. Er is weinig ruimte om samen iets leuks te doen."* Niet alleen het tijdsgebrek speelt hier een rol, maar ook het energieniveau dat men overhoudt op het einde van de werkdag: zo vertelt een arts op het einde van de werkdag zo moe te zijn, dat hij nog weinig aandacht aan de gezinsleden kan besteden.

Uit de antwoorden blijkt duidelijk dat artsen meer en meer op zoek gaan naar oplossingen voor deze – in een aantal gevallen toch wel verstoorde – work-life balance. Eén van deze oplossingen is, zoals eerder aangehaald, meer te investeren in kwaliteit dan in kwantiteit. Een andere mogelijkheid is parttime te gaan werken, om de combinatie werk en gezin meer met elkaar in evenwicht te brengen. *"De combinatie van gezin en werk lijkt leefbaar omdat ik een dag per week niet werk en die dag alleen maar partner/mama/vriendin ben, maar ik noem mezelf die dag geen dokter en leer mijn omgeving en collega's dat ook zo aan."* Voor sommige artsen was de oplossing dan weer van job te veranderen – vb. door bedrijfsarts of CLB-arts te worden.

Wanneer we dit in cijfers bekijken, ervaart 59% van de artsen dat het evenwicht tussen werk en privé overhelt naar hun werk – en dus ten koste gaat van hun privéleven. Zesenvijftig artsen (33,3%) ervaart een goed evenwicht, en 12 artsen (7,1%) geeft aan dat hun privéleven het overwicht heeft in deze balans. Hierbij merken we dat 41 huisartsen (53,3%) aangeven dat hun werk ten koste gaat van hun privéleven, en dat 30 huisartsen (39,0%) vindt dat de balans wel ok zit. Voor de specialisten gaat het hier om resp. 58 artsen (63,7%) en 26 artsen (28,6%).

3.3.2.4 Sociale contacten: frequentie en regelmaat

Er werd nagegaan wie van de deelnemende artsen de week voorafgaand aan het invullen van de enquête contact heeft gehad met hun partner, gezin, familie, vrienden of collega's.

Wanneer we de resultaten analyseren, zien we dat 82.7% van de artsen contact heeft gehad met hun partner (139 artsen). Dit percentage ligt lager, wanneer we kijken wie van de deelnemende artsen contact heeft gehad met het gezin waarin zij leven: 51.2% of 86 artsen. Achtentachtig artsen of 52.4% heeft in dezelfde periode contact gehad met hun familie. Hier noteren we een verschil tussen de huisartsen (36 artsen of 46.8%) en specialisten (52 artsen of 57.1%). Wat vrienden betreft, zien we dat 85 artsen of 50.6% contact heeft gehad met hen. Dit percentage ligt iets hoger bij de huisartsen, met 43 huisartsen die contact hebben gehad met vrienden (55.8%) tegenover 42 specialisten (46.2%). Ten slotte werd ook gekeken naar het contact met collega's. Ook hier zien we een verschil tussen huisartsen en specialisten: 48 huisartsen (62.3%) had contact met collega's tegenover 49 specialisten (53.8% van alle specialisten). Twee huisartsen en 3 specialisten geven aan in de week voorafgaand aan het invullen van de enquête met niemand contact gehad te hebben.

Daarnaast werd ook gevraagd hoe frequent men contact heeft met familie, vrienden en kennissen. Belangrijk is op te merken dat het hier gaat om persoonlijke contacten, niet via vb. telefoon of internet. We zien dat Q1 van het contact met familie voor zowel de huisartsen als de specialisten ligt op "minstens 1x/week", de mediaan is voor de huisartsen ook "minstens 1x/week" terwijl dit voor de specialisten "elke 2 weken" is, en Q3 is voor beiden "meer dan 1x/maand". Wanneer we de antwoorden gaan groeperen en in percentages bekijken, zien we dat 70.9% van de artsen contact heeft met hun familie aan een frequentie van dagelijks tot 1x per 2 weken. Toch zien we ook dat 11.3% van de artsen slechts enkele keren per jaar contact heeft met familie; dit percentage bedraagt 15.6% onder de huisartsen (12 artsen) en 7.7% van de specialisten (6 artsen).

Wanneer het gaat over contact met vrienden, zien we dat Q1 voor zowel de huisartsen als de specialisten ligt op "minstens 1x/week", de mediaan voor beiden "meer dan 1x/maand" is en Q3 voor beiden valt op "enkele keren per jaar". Achtenzeventig artsen of 46,5% van alle deelnemende huisartsen en specialisten geeft aan op frequente basis contact te hebben met vrienden, d.w.z. gaande van dagelijks tot 1x/2 weken. Omgekeerd zien we ook dat 53 artsen (31.5%) slechts enkele keren per jaar tot nooit contact heeft met vrienden.

Tenslotte werd ook gekeken naar contact met kennissen, waar blijkt dat Q1 voor zowel de huisartsen als de specialisten ligt op "elke 2 weken", de mediaan voor huisartsen "enkele keren per jaar" is en voor specialisten "meer dan 1x/maand" en Q3 voor beiden valt op "enkele keren per jaar". Procentueel gezien, merken we dat 47 artsen of 28% van alle deelnemers regelmatig contact heeft met kennissen. We registreerden dat 51,2% van alle artsen slechts enkele keren per jaar of minder contact heeft met kennissen. Hierbij gaat het om 44 huisartsen (57%) en 42 specialisten (46,2%).

3.3.2.5 Hobby's

Wanneer artsen naar hun hobby's gevraagd wordt, valt het op dat er frequent in het verleden geantwoord wordt. *"Vroeger hield ik van lezen, wandelen en volksdansen, maar daar heb ik nu nauwelijks tijd meer voor. Wandelen en volksdansen heb ik volledig geschrapt (ik ga enkel nog te voet naar het werk wegens vlakbij)."* De meeste artsen konden zeer goed aangeven *wat* hun hobby's zijn (m.a.w. waar ze plezier aan zouden kunnen beleven), maar in het merendeel der gevallen oefenen ze deze hobby niet op regelmatige basis uit. Zo antwoordde een arts bijvoorbeeld: *"Wandelen : 0 tot 2 uur per week. Tekenen : 0 tot 3 uur per week. Fotografie : 0 tot 3uur per week."* De frequentste reden voor het *niet* uitoefenen van een hobby, is tijdsgebrek: *"geen wegens geen tijd"*, *"geen tijd voor hobby's"*, *"momenteel geen tijd voor hobby's"*, ... Andere moeilijkheden die ervaren worden bij het uitoefenen van hobby's, zijn: de onregelmatige werkuren, vergaderingen op het einde van de dag (die makkelijk kunnen uitlopen), algemeen tijdsgebrek, gezin en familie, wachtdiensten, congressen, ...

Het is duidelijk dat sporten (om het even welke sport) een zeer belangrijke vorm van ontspanning kan vormen voor artsen, al blijkt het omgekeerd voor sommigen meer een verplichting dan iets wat ze graag doen: *"Ik heb geen echte hobby, probeer wel 2x/week 1 uur te 'spinnen'"*.

Sommige artsen maken bewust de keuze geen tijd te investeren in hun hobby's, om zo meer tijd over te houden voor sociaal contact en tijd voor zichzelf: *"Mijn vrije tijd bestaat vnl. uit sociaal contact: iets gaan eten met vrienden, iets gaan drinken. Ik probeer dit toch 2-3 avonden per week te doen. [...] Iedere zaterdagnamiddag organiseer ik me-time gedurende 2-3uren."*

Ook worden artsen creatief in wat ze als hun hobby beschouwen, met een gezonde dosis humor. *"Als kinderen een hobby zijn: 44 uren/week. Als rugschool een hobby is: 2u/week"*.

Opmerkelijk is dat een aantal artsen proberen het nuttige aan het aangename te koppelen, getuige: *"Momenteel is mijn dochter mijn hobby: anderhalf à twee uur per dag"* of *"Huisbezoeken met de fiets"*. Een andere arts vertelt dat zijn enige hobby is dagelijks met de auto naar het werk te rijden. Ook *"Wetenschappelijke artikels schrijven: 12 u/w"*, *"Medische en niet-medische literatuur"* en *"Mijn werk is momenteel nog mijn hoofd hobby"* passen in dit rijtje.

3.3.2.6 Vakantie

We zien dat specialisten het voorbije jaar over het algemeen meer vakantie genomen hebben dan huisartsen. Wanneer we dit in cijfers bekijken, gaan huisartsen gemiddeld 4 weken op vakantie, met een mediaan die ook op 4 weken ligt, een Q1 op 2,5 weken en een Q3 op 5 weken. Voor specialisten noteren we een gemiddelde van 5,2 weken, een mediaan van 5 weken en een Q1 en Q3 van resp. 4 weken en 6 weken. Een zeer grote meerderheid der artsen benut deze tijd om te reizen en vakanties met het gezin, en ook in mindere mate om tijd vrij te hebben voor hobby's. Er zijn echter ook – eerder per uitzondering – artsen die deze tijd gebruiken om te klussen, een thesis te schrijven, of ander werk te verrichten: *"Ik neem ook verlof om te kunnen werken (!!!), dat wil zeggen: om die werkgebonden dingen te doen waar ik geen tijd voor heb als ik altijd patiënten moet zien (wetenschappelijk en administratief werk, lessen voorbereiden en dergelijke)."*

3.3.3 Delen van positieve en moeilijke gebeurtenissen

In een job zoals die van arts komt men vroeg of laat in contact met stress – in vele gevallen eerder vroeg dan laat – en zijn ook emotionele gebeurtenissen op het werk niet ongewoon. Hoe artsen hiermee omgaan, heeft een grote impact op hun algemene welzijn, wat we ook kunnen zien in volgend voorbeeld:

"Enerzijds pieker ik gemakkelijk, ben ik perfectionistisch en heb ik vnl. moeite om dingen los te laten. Anderzijds heb ik een groot relativeringsvermogen (eerder achteraf).M.a.w. tijdens het werk ben ik gestresseerd door de tijdsdruk en wil ik ieder probleem volledig afhandelen, iedere patiënte correct behandelen en ook de administratieve kant – zoals de schriftelijke verslaggeving naar collega's – volledig en correct afhandelen. Anderzijds denk ik dat ik, zodra ik de deur van het kantoor heb dicht getrokken en ik thuis ben, helemaal niet meer aan het werk en kan ik dus goed ontspannen. Bij een weekend- of avonddienst (enkel telefonisch met minimaal risico om daadwerkelijk naar de spoedopname

te moeten gaan) ben ik wel steeds 'op mijn hoede', aandachtig voor een rinkelende gsm, 'angstig' om alsnog te worden opgeroepen."

De zaken die door deze arts worden aangehaald (tijdsdruk, administratie, ...), zijn inderdaad klassiekers waar vele artsen mee in aanraking komen. Ook wachtdiensten zijn zwaar voor vele collega's. Hoe daarmee omgegaan wordt, is verschillend voor persoon tot persoon. In het bovenstaande voorbeeld, worden de problemen van het werk niet meegenomen in het privéleven. Zo ook een andere collega, die probeert *"erover te praten met collega's, en zo weinig mogelijk 'mee te nemen naar huis'"*. Ook praten is een heel belangrijke tool in het omgaan met moeilijke gebeurtenissen. Voor meer dan de helft van de artsen in deze enquête is het belangrijk met een medemens te kunnen praten in het geval van een emotionele gebeurtenis of stresserende situatie. Wie deze persoon is, is verschillend van arts tot arts (cfr. infra). Vooral partners en collega's blijken belangrijk te zijn: sommige artsen zullen in de eerste plaats steeds naar hun partner stappen, terwijl het voor anderen belangrijk is hun werk niet mee te nemen naar huis en dus eerder met een collega te zullen praten. Praten en ventileren vormen op deze manier een belangrijke uitlaatklep om het gebeurde een plaats te kunnen geven en te kunnen verwerken – al geven sommige artsen ook aan de andere persoon er tegelijk niet te veel mee te willen belasten. Dit kan soms een innerlijk conflict geven.

Als praten zo belangrijk is, bij wie kan men als arts dan terecht? *"Erg moeilijk als arts. Je mag niet ziek zijn; niet lichamelijk en zeker niet psychisch. Je moet altijd sterk en betrouwbaar overkomen."* Dit citaat is een mooie weerspiegeling van de gangbare maatschappelijke verwachtingen t.a.v. een arts anno 2015. Het is dan ook niet verwonderlijk dat, voor artsen, de drempel om hulp te zoeken indien het moeilijk gaat, hoog ligt – zeker wanneer het gaat om een psychisch probleem. Net zoals artsen de neiging hebben om hun fysieke problemen zelf op te willen lossen, komt dit ook terug in hoe ze met psychisch belastende situaties omgaan.

We merken dat een sociaal vangnet hier uiterst belangrijk is. De meerderheid van de artsen (94.5%) kan terecht bij een of meerder van volgende personen: partner of echtgeno(o)t(e), familie (broer of zus, ouders, in mindere mate ook volwassen kinderen, ...), vrienden, collega's (informeel), ... Dit wil echter nog niet steeds zeggen dat men dit ook doet: *"Ik zou vooral bij familie terecht kunnen, maar weet niet of ik hierop beroep zou doen."* schrijft een arts. In een klein aantal van deze gevallen zet men ook de stap naar hulpverleners (artsen, psychologen, ...). Zo'n 5.5% van de deelnemers kan niemand bedenken bij wie die terecht zou kunnen in geval men het moeilijk heeft. Ook 4% van de artsen kan niemand bedenken met wie men de positieve gebeurtenissen uit het leven zou kunnen delen. Nochtans, zoals een van de deelnemers heel mooi verwoordt: *"Positieve gebeurtenissen delen is makkelijk; dit doe ik met iedereen rondom mij!"*

Een alternatief voor het delen met een andere persoon is het opschrijven op papier – m.a.w. reflecteren... en nadien ook relativeren. Sommige artsen houden een soort dagboek bij, anderen maken eerder een rationele analyse met bedenkingen in de kantlijn, om er op deze manier uit te leren.

Vele artsen proberen ook hun gedachten te verzetten en zich te ontspannen: sporten, tijd spenderen met hun kind, voldoende ontspanning tijdens het weekend, ... *"Iets doen met het gezin dat niets met werk te zien heeft."* Het belang van hobby's wordt hier ook aangehaald. Ook wijzen enkele collega's op de plaats die spiritualiteit hier kan innemen. Daarnaast zijn *"rust", "tot mezelf komen"* en *"stilte"* antwoorden die af en toe terugkomen. Eén collega verwoordt het als volgt: *"Wat doe ik? Ik "doe" niets. Ik heb trouwens geen tijd om iets te doen. Het gaat er niet om, om iets te doen, het speelt zich af op het niveau van het "zijn": een ingesteldheid, een weten dat stress erbij hoort als je dagelijks zoveel uren wil luisteren met voldoende empathie, geraakt worden en dan wordt je ook soms ge-k-raakt. Dit is de "prijs" die je betaalt voor je beroepskeuze. Maar zonder zich kwetsbaar op te stellen is er geen eerlijke geneeskunde mogelijk volgens mij. ... Als ik dan toch iets doe, is plaats en tijd nemen -hoe kort ook- voor Stilte."*

Toch gaat niet iedereen even makkelijk om met dergelijke gebeurtenissen. *"Onderdrukken"*, schrijft een arts, of *"terugtrekkingsgedrag."* Een andere arts geeft aan in zo'n situaties last te hebben van prikkelbaarheid, slecht slapen en spanningshoofdpijn, en nog een andere collega van *"zelfkritiek, angst, twijfel"*. Ook *"piekeren/in gedachten herbeleven"* komt regelmatig terug, net zoals *"uithuilen"* en *"met tranen in de ogen..."*. Een enkele arts geeft aan dat zelfmedicatie met alcohol in dergelijke situaties helpt. Van de 200 artsen die deelnamen aan de enquête, zijn er twee die toegeven zichzelf hiervoor medicatie voor te schrijven: *"desnoods een slaappil (minder dan 1 per week)"* en *"R/ Temesta 1,5mg. S/ 2x ½ dd."*

3.3.4 Toekomstperspectieven

Honderd en negen artsen (64,9%) noemt zichzelf een optimist. Deze groep artsen bestaat uit 46 huisartsen (59,8% van de deelnemende huisartsen) en 63 specialisten (69,2%). Meer dan de helft van de artsen (53,6% – 52,0% van de huisartsen en 55,0% van de specialisten) ziet de toekomst positief. Ook in hun job heeft 58,9% van de artsen het gevoel nog verder te kunnen groeien (resp. 55,9% van de huisartsen en 61,6% van de specialisten).

3.4 Welzijn tijdens het werk.

3.4.1 Uitputtende aspecten van het arts-zijn

Er werd een oplijsting gemaakt van dingen die voor artsen het uitoefenen van hun job uitputtend maakt (in willekeurige volgorde):

- Administratie: Voor veel artsen is deze *"hopeloze, uitzichtloze en vooral nutteloze papierberg"* er teveel aan. Ze ervaren dat dit ten koste gaat van de tijd die ze anders aan patiëntenzorg zouden kunnen spenderen. Bovendien lijkt het in een aantal gevallen ook eerder te gaan om paraplu-

attesten dan om attesten die de patiënt en zijn gezondheid effectief ten goede komen – kijk maar naar de afwezigheidsattesten voor de crèche, attesten om te mogen werken in de voedingssector, etc. Artsen hebben het gevoel dat vele van deze beslissingen rond administratie – en uiteraard ook andere regelgeving – te veel boven hun hoofd door de regering wordt beslist, wat enkel leidt tot een grotere werkbelasting. In ziekenhuizen zien we op kleinere schaal vergelijkbare situaties.

- Het weliswaar kleinere – maar desalniettemin aanwezige – percentage eisende patiënten (of familie) en de ondankbaarheid van patiënten weegt zwaar door op een aantal artsen en kan de job potentieel uitputtend maken. Mensen die bv. dringend een afspraak willen en dan toch afbellen, of die veeleisend zijn naar werkverlet, antibiotica of verdovende middelen toe. *"Veeleisendheid van sommige patiënten . Ik zeg dan dat ik ook maar een mens ben en slechts 24u per dag heb. Ik zeg ook dat ze gerust een andere huisarts mogen nemen; veelal doen ze dat niet ."*
- Ook de artsengemeenschap kan veeleisend zijn naar de individuele arts toe: *"Mentaliteit van anderen alsof je dag en nacht 24/7 moet willen werken, zoniet ben je niet gemotiveerd. Het 'in mijn tijd waren we elke dag van wacht' telkens moeten horen terwijl je je kapot werkt."* Veel artsen hebben het idee dat, omdat zij indertijd werkprestaties hebben geleverd waarbij ze soms de eigen grenzen voorbij gingen, ze dit nu ook mogen verwachten van jongere collega's.
- Een aantal artsen ervaren, door de hoge werkdruk, moeilijkheden om in hun basisbehoeften te voorzien: *"Geen tijd om op normale wijze te leven en te voorzien in basisbehoefte: onvoldoende etenstijd (3x per dag 5tal minuten) - dagelijks minstens 1 uur te weinig slapen sinds 30 jaar - geen tijd om dagelijks even te ontspannen.*"
- Vele artsen ervaren de wachtdiensten als een zware belasting. *"Het dagelijkse werk is ok, maar de wachten zijn er teveel aan. Ik zeg altijd: mochten de wachten er niet zijn, dan vind ik mijn job een droomjob."* Een andere arts schrijft: *" Als ik geen wachten moest doen, zou ik nog verder willen werken. Mijzelf belonen na een wacht."* Niet alleen de drukte tijdens en de frequentie van deze (nacht)wachten spelen hierbij een rol, maar ook het misbruik dat hiervan gemaakt wordt door patiënten, en de veeleisendheid van patiënten tijdens deze diensten. *"Als hier NIETS aan gedaan wordt zijn er geen huisartsen meer binnen de tien jaar die wachten willen doen!"* Bovendien voelen lang niet alle artsen zich gewaardeerd voor de grote inspanning die ze leveren om deze continuïteit van zorg voor patiënten in stand te houden. Zelfs wanneer de wachtdienst rustig verloopt, vraagt dit nog steeds een inspanning van de arts: *"Ik ervaar de wachten als zeer belastend, slaap dan slecht, wachtend op het volgende telefoontje, wind mij op over de (onnodige) eisen die patiënten stellen"*
- *"Twaalf uur werken is niet te veel, maar 12 uur opgejaagd onder stress en tijdsdruk werken is dit wel."* Uit de kwantitatieve analyses blijkt dat 102 artsen (60,7%) hun job als stressvol ervaren. Hierbij kan er geen significant onderscheid gemaakt worden tussen huisartsen en

specialisten (resp. 59,8% vs. 61,5%). Daartegenover staat dat 17,9% van de artsen hun job als niet stressvol beschouwt.

Artsen staan onder een zware tijdsdruk, een *"constante race tegen de klok"*, zoals een van de artsen het omschrijft, waarbij men dikwijls het gevoel heeft tegenover patiënten tekort te schieten wanneer men even tijd vrij maakt voor zichzelf om te onthaasten. Een van de deelnemende artsen schrijft: *"Je kan niet altijd voor iedereen goed doen"*, maar tegelijk is dit wel wat men nog steeds probeert. Een nobel doel, waarbij men zichzelf durft uit het oog te verliezen.

Deze werkdruk wordt bovendien verhoogd door het continue multitasken, en door het gevoel steeds minder tijd per patiënt over te houden, wat een opgejaagd gevoel geeft.

- Avondactiviteiten (vergaderingen, bijscholingen, ...): Wanneer men na een lange werkdag 's avonds nog tijd moet investeren in bijscholingen en vergaderingen (welke dan nog niet eens consequent resultaat opleveren), in plaats van tijd voor zichzelf en het gezin vrij te maken, is het begrijpelijk dat dit voor artsen bijdraagt tot de hoge werkbelasting. Of de *"Intellectuele ontwikkeling die werkgerelateerd moet gebeuren, naast het werken op zich."*
- Patiënten die zich niet aan gemaakte afspraken houden (vb. telefonisch spreekuur, te laat op consultatie verschijnen, ...)
- Confrontatie met de miserie van anderen. Als arts ben je betrokken bij het leven van je patiënten. Soms gebeurt het wel eens dat je kan delen in de hoogtes van hun leven (vb. de zwangerschap en de geboorte van een kind), maar meestal komen patiënten naar de arts op momenten dat ze een probleem ervaren – hetzij fysiek of emotioneel. Dit kan voor sommige artsen zeer belastend zijn. *"Continue confrontatie met de 'negativiteit' in de mensen hun leven. Je bent een vergaarbak voor alles wat misgaat in mensen hun leven."* Ook het moeten vaststellen van een overlijden kan emotioneel slopend zijn.
- Onmacht om bepaalde personen te helpen: voor sommige ouderdomspathologie bijvoorbeeld is er niet steeds een adequate behandeling, en ook biopsychosociale problematieken kunnen zeer belastend zijn. Moeilijke (soms vnl. ethische) tot "onoplosbare" medische of andere problemen in de praktijk.
- Enerzijds de spoedgevallen die een volledige agenda overhoop kunnen gooien, maar meer nog de vals-dringendheid van een aantal van deze spoedgevallen. *"De zovele vals 'dringende' gevallen die je door patiënten (met drogredenen) en soms ook huisartsen worden opgedrongen tussen de andere patiënten."* Alles is dringend en moet nog diezelfde dag bekeken worden ondanks dat de agenda eigenlijk vol zit. Op deze manier wordt de arts gedwongen telkens weer de keuze te maken tussen het welzijn van zijn patiënten en dat van zichzelf (dikwijls ten koste van dit laatste).
- Omgaan met diagnostische onzekerheid blijkt voor een aantal artsen ook moeilijk te zijn. Enerzijds is er de angst om een belangrijke diagnose te missen – *"men werkt uiteindelijk met*

mensenlevens" – en ook het omgaan met complicaties of fouten, en anderzijds de toenemende schrik voor juridische procedures van patiënten die vinden dat een arts hen op een niet correcte manier heeft behandeld. *"Het feit dat er geen artsenrechten zijn maar alleen patiëntenrechten! Rechters kunnen u correctioneel vervolgen, alsof we misdadigers zijn wanneer er iets fout zou gaan: 'opzettelijke slagen en verwondingen'..."*

- *"Te snelle toevloed van allerlei ICT-toepassingen (recip-e, e-health , ...) . Ik maak me vooral zorgen over hoe en wanneer we dit allemaal kunnen aanleren ."*
- Ook de routine wordt door een minderheid van de artsen als belastend ervaren. Zeventien artsen (10,1%) ervaart hun job als enkel routine, en geen of onvoldoende uitdaging of variatie. Omgekeerd vinden 73 artsen (43,5%) dat hun job te veel uitdaging biedt, waardoor ze op de toppen van hun tenen lopen. Daartussenin bevinden zich 77 artsen (45,8%) die een combinatie van routine enerzijds en variatie en uitdaging anderzijds ervaren tijdens het uitoefenen van hun job.
- Opsomming van enkele andere belastende factoren: (griep)epidemie, patiënten met 'lijstjes', communicatieproblemen en taalbarrières, het niet steeds over de eigen agenda kunnen beslissen, telefoons tijdens consultaties, (medische) vragen van familie en vrienden buiten de werkuren, de continue beschikbaarheid, onvoorspelbaarheid van de spoedgevallen, ...

3.4.2 Arts zijn kan de draagkracht vergroten

Er spelen verschillende factoren een rol die maken dat artsen hun job graag blijven doen en volhouden. Deze kunnen opgedeeld worden in zaken die rechtstreeks met de uitoefening van het werk als arts te maken hebben, en dingen die zich afspelen in het privéleven van artsen.

Van de beroepsgebonden factoren, is interesse in het vakgebied hierbij uiteraard een zeer grote motivator, net zoals de intellectuele uitdaging die geneeskunde kan vormen. Bij het peilen naar interesse in het werk dat men doet, blijkt dat 138 artsen (82,1%) nog steeds even veel geïnteresseerd is in hun job als op het moment dat ze ermee begonnen. Ook ervaart 67,2% (113 artsen) een goed evenwicht tussen wat zijzelf voor de patiënten doen, en wat ze ervoor terugkrijgen.

Toch gaat het ook verder dan interesse alleen: *"Studiedagen, congressen, waar je niet alleen inhoudelijk bijleert, maar ook het gevoel hebt deel uit te maken van een groter geheel, een soort verbinding onder alle specialisten van mijn discipline."*

De geneeskunde beoefenen is méér dan gewoon een job uitoefenen: *"Ik ben geboren om deze job te mogen doen, ik zie het als een 'roeping'"*, schrijft een van de deelnemende artsen. Een andere arts haalt *"de zinvolheid van het beroep"* aan, en het sociale contact met patiënten en collega's. Het gevoel *"net dat tikkeltje verschil te maken"* speelt ook een belangrijke rol bij de voldoening die men uit de job haalt, net zoals het wederzijdse respect en appreciatie, en de dankbaarheid van patiënten: *"De spontane appreciatie van veel patiënten: door het geven van zelfgekweekte groenten of aardappelen, het sturen*

van een bedankings- of nieuwjaarskaartje, het expliciet komen afscheid nemen bij een verhuis, ..." Als laatste lijkt ook onthaasten te helpen als tegenwicht tegen de – soms iets té – drukke werkdagen. De ene arts doet dit door een krant te lezen tussen twee consultaties door, een andere arts vertelt enorm te kunnen genieten van een tas koffie op huisbezoek. Hoewel dit voor iedereen verschillend zal worden ingevuld, gaat het hier vooral om een moment van rust dat wordt ingebouwd in de alledaagse drukte op de werkvloer.

Voor sommige artsen vormen dan weer hun plichtsgevoel en het verantwoordelijkheidsgevoel t.o.v. hun patiënten – maar ook het eigen gezin en familie – een grote drijfveer, alsook de financiële compensatie voor het werk dat geleverd wordt. Bij navraag blijkt dat op financieel gebied de meeste artsen het behoorlijk goed doen, waarbij 76,2% van de artsen zich in een financieel voorspoedige situatie bevindt, waarbij men kan voorzien in het levensonderhoud en eventuele extra's (daguitstappen, een reisje, ...) én in meer of mindere mate te sparen en aan pensioensparen te doen. Een zeer beperkt percentage van de deelnemers (3 artsen, 1,8%) bevindt zich in een financieel zeer moeilijke situatie, waarin het moeilijk is om rond te komen en er mogelijk zelfs ook schulden zijn.

Verder vermelden artsen ook nog *"de enorme variatie in het beroep", "de dagelijkse nieuwe uitdagingen", "de status in de maatschappij"* en een bediendenstatuut als zaken die maken dat ze hun beroep volhouden. Ook het gebouw waarin je werkt en de infrastructuur kunnen een weerslag hebben op hoe men zich voelt op de werkvloer.

In de privésfeer zijn deze zaken die energie geven en de draagkracht vergroten de dingen die ook maken dat men dit beroep kan blijven uitoefenen (cfr. supra). Hier spelen hobby's en vrije tijd enerzijds (m.n. bewaren van de work-life balance, met eventueel parttime werken om deze te bewaken), en de contacten met het gezin, familie en vrienden anderzijds een grote rol (cfr. supra). Ook een positieve kijk op de wereld en zelfrelativering worden genoemd.

3.4.3 Autonomie binnen de dagelijkse praktijk

Bij dit deel van de enquête werd er nagegaan hoe artsen de autonomie binnen hun dagelijkse praktijk ervaren, en hoe ze zelf de autonomie binnen hun werk proberen te bewaken.

Iets meer dan de helft van de artsen (53% - 89 artsen) ervaart voldoende autonomie binnen de job die ze uitoefenen. Achtendertig artsen (22,6%) heeft het gevoel helemaal geen autonomie te hebben binnen hun job. De overige artsen geeft hierbij geen mening. We merken hierbij geen verschil tussen huisartsen en specialisten.

Een van de respondenten gaf als tip dat *"een duidelijke visie van wat je wil met je job"* een basis kan vormen voor het behoud van autonomie binnen een praktijk. Pas wanneer men zelf weet *wat* precies belangrijk is, kan men ook bepalen hoe men deze zaken – o.a. dankzij autonomie – kan beschermen.

Verder werden ook nog volgende tips meegegeven:

1. Agenda:

   Agendabeheer blijkt volgens de deelnemende artsen cruciaal in het behoud van autonomie. Dit begint bij het vaststellen van een begin- en einduur en deze uren ook min of meer respecteren. Buffers inplannen, ruimte voorzien voor het beantwoorden van e-mails en administratie (administratie is ook werken!), telefonisch spreekuur voor opvragen van resultaten, ... m.a.w. duidelijk afgelijnde blokken voor bepaalde taken binnen de agenda. Ook is het belangrijk vrije tijd expliciet in te plannen in de agenda... en zich daaraan te houden, of *"patiëntvrije dagen in te lassen"*. Het werken op afspraak, en inplannen (en verminderen) van huisbezoeken kunnen hierbij helpen. Een andere tip is *"zelf de consultatiemomenten te kiezen i.f.v. de drukte van het privéleven"*.

   Zelfs met deze tips – of goede voornemens – is het niet altijd evident de autonomie te bewaren. Zolang het enkel bij voornemens blijft, en men dit niet durft communiceren naar patiënten en collega's *("blijf baas over de eigen agenda")*, bereikt men niets. *"Kom op voor uzelf i.v.m. werkschema, wachtdienst, recupe, enz."* Tegelijk moet hier ook met de nodige souplesse mee omgegaan worden, zodat de samenwerking met collega's niet strop loopt.

   Een voorbeeld uit de praktijk:

   "Ik werk altijd op afspraak: dit is ideaal om te kiezen wanneer je werkt. Wil je beginnen om 10h omdat je de avond ervoor van wacht was? Geen probleem. Wij hebben ook een secretaresse die de patiënten wat kan afblokken: 'sorry, de agenda zit vol', en ze een afspraak kan geven de volgende dag. Als je als arts zelf de patiënt aan de lijn hebt, kan dit moeilijker zijn."

2. Praktijkondersteuning – samenwerken met collega's:

   Zoals bovenstaand voorbeeld aantoont, kan een praktijkassistente of een secretariaat een bufferfunctie uitoefenen tussen de patiënt en de arts: daar waar een arts moeilijk(er) *nee* kan zeggen tegen een patiënt aan de telefoon – cfr. volgend citaat: *"zeer moeilijk... als er iemand belt, dan moet die gezien worden..."* –, geven verschillende artsen aan dat dit door patiënten vaker aanvaard wordt indien een secretaresse dezelfde boodschap geeft. Of zoals een van de deelnemers het verwoordde: *"Werk samen met een secretaresse die goed kan afblokken en enkel doorschakelt bij dringende zaken."*

   Door een goede werkrelatie met collega's op te bouwen, kunnen ook afspraken gemaakt worden die bijdragen tot het gevoel van autonomie – vb. waarnemen voor elkaars patiënten op een vrije (halve) dag. *"Respecteer de rust van een collega."*

   "Taken delegeren, goede afspraken maken, maar weten dat niets volmaakt is en je dus moet soepel zijn."

3. Grenzen stellen – antwoordapparaat:

   Ook dit is belangrijk om de autonomie binnen een praktijk te bewaren. Indien men geen grenzen stelt – aan vb. de verlangens en verwachtingen van de patiënten – zullen het uiteindelijk de patiënten zijn die de agenda van de arts gaan bepalen (cfr. supra). 'Neen' leren zeggen – of 'neen' *durve*n

zeggen – is een eerste stap om dit te bereiken. Zoals in het vorige topic werd aangehaald, kan een secretaresse hier een bufferende functie uitvoeren, die mee de grenzen van de arts bewaakt. Ook het invoeren van een antwoordapparaat kan mee helpen de grenzen van de praktijk – en de arts – af te schermen. Andere tips van artsen zijn: *"patiënten opvoeden dat je niet 24/24 beschikbaar kan zijn", "aantal patiënten beperken"* en *"maximum 2 avonden per week avondconsultaties houden"*. Hou er rekening mee: *"Durven grenzen stellen is durven patiënten verliezen!"*

4. Vrije tijd:

   Dit kwam reeds aan bod bij het bespreken van de agenda: tijd voorzien waarin men volledig vrij is om te doen wat men zelf belangrijk vindt op dat ogenblik van zijn leven. Autonomie wil zeggen dat men vrij is van extern bestuur – in welke vorm dan ook (patiënten, de praktijk als 'systeem' en zelfbesturend organisme, ...). Logischerwijze leiden patiëntvrije dagen dan ook tot het wegvallen van een zekere externe vorm van sturing (als een patiënt nood heeft aan gezondheidszorg, kan een dokter deze moeilijk weigeren...) op deze dagen, en bijgevolg tot het bewaken van de eigen autonomie. Ook overdag, tijdens de werkdag, kunnen tussendoor eventueel vrije momenten worden ingepland.

5. Therapeutische autonomie:

   " 'Autonomie = ik mag zelf veel beslissen': qua therapeutische vrijheid e.d. ervaar ik een grote autonomie (volgens EBM + in overleg met patiënt weliswaar); qua agenda enorm weinig autonomie (bediendefunctie met vaste uren en vaste afspraken in groep)." Dit citaat toont aan dat in het artsenberoep er méér autonomie is dan het bewaken van grenzen en het beheer van de agenda.

6. Communicatie naar patiënten:

   "Meld uw wensen kort, zakelijk maar vriendelijk en kordaat aan uw patiënten: de meesten accepteren dat". Op deze manier communiceert men naar patiënten wat kan en wat niet kan, en welke gewoonten er in de praktijk gelden. Dit zal niet élke discussie met een patiënt kunnen vermijden, maar vele patiënten aanvaarden de geldende gebruiken wel, mits deze duidelijk gecommuniceerd worden en schappelijk zijn. Communicatie kan verlopen d.m.v. bv. een website of het opstellen van een praktijkfolder.

Toch blijft het niet evident: *"De druk om steeds meer te werken is groot en moeilijk te weerstaan: te weinig artsen voor te veel patiënten."* Als iedereen enkel zijn eigen agenda zal bewaken en afblokken, zullen uiteindelijk de patiënten hier de dupe van zijn. De kunst is dus een middenweg te vinden tussen het bewaken van de autonomie en de eigen agenda en tegelijk op zo'n manier samen te werken met collega's dat de continuïteit van zorg bewaard blijft.

3.5 Zelfzorg

Er werd aan de deelnemende artsen de volgende 3 vragen gesteld:

- Hoe denkt u uw eigen welzijn nog te kunnen verbeteren?
- Heeft u een gouden tip voor collega's huisartsen?
- Wat is voor u 'zelfzorg'?

De antwoorden op deze vragen werden gepoold en vervolgens geanalyseerd. Na analyse blijkt 34,7% van de artsen (69 artsen) niet te weten hoe ze het eigen welzijn kunnen verbeteren of wat zelfzorg voor hen precies betekent: *"Ik denk niet dat in de huidige omstandigheden mijn welzijn kan verbeteren. Als ik nu ernstig ziek zou worden en niet zou kunnen werken, zou dat een echt drama zijn: ik zou niet weten hoe ik mijn huis verder zou moeten afbetalen en zo."* Een tweede antwoord: *"Huisarts blijven en 'welzijn verbeteren' kunnen niet samen gaan."*

Daarnaast werden volgende 11 categorieën gedefinieerd, welke door de artsen als zelfzorg worden beschouwd – los van of men deze zaken momenteel al toepast in hun dagelijks leven of niet:

1. <u>Bewaken van eigen grenzen:</u>

   "Ik zou mijn welzijn kunnen verbeteren door meer respect te tonen voor mijn eigen uurrooster, waarin ook tijd voor gezin, zelfontplooiing, etc. wordt voorzien i.p.v. enkel werk."

   61,8% van de artsen (123 artsen) geeft op een of andere manier te kennen dat het bewaken van de eigen grenzen een belangrijke rol speelt in het bevorderen of behoud van het eigen welzijn. In de eerste plaats gaat het hier om grenzen stellen naar patiënten en collega's toe m.b.t. de agenda: uren afbakenen (cfr. supra: autonomie), *"tijd vrijmaken voor vrije tijd"* – tijd voor zichzelf, familie, vrienden (cfr. infra) – maar ook de eigen limieten in dagelijks functioneren (h)erkennen, en hier aandacht aan schenken: *"Zelfzorg is voor mij je eigen grenzen te kennen en te leren af en toe NEE te zeggen."*

   Verschillende artsen geven aan dat dit toch niet evident is, o.a. omwille van:

   - maatschappelijke verwachtingen naar artsen toe: *"Welzijn verbeteren zou kunnen door een minder strak keurslijf: ben ik er even niet, wel... dit is ook OK."*
   - artsgebonden factoren en het verantwoordelijkheidsgevoel naar patiënten toe: "*Ik zou graag iets minder werken (momenteel werkweken van 80-90 uur), maar kan dit pas als ik weet dat patiënten en medewerkers hier niet onder lijden."*.
   - verwachtingen van collega's: *"Ik zou mijn welzijn kunnen verbeteren door wat minder lang te werken 's avonds, maar niet haalbaar volgens de collega o.w.v. wachttijden voor de patiënten."*
   - de veeleisendheid van patiënten en hun familie. *"Laat patiënten niet de baas zijn over jou."*

2. Work-life balance

Enkele citaten:

Zelfzorg is... *"Geloven in jezelf en het eigen recht op een individueel leven naast het professionele leven dat je – zonder dat je het beseft – vlug opeist."*

Zelfzorg is... *"Zorgen dat je niet geleefd wordt en dat het leven plezierig blijft."*

Zelfzorg is... *"Op tijd en stond ontspanning nemen: werk om te leven, leef niet om te werken."*

De work-life balance wordt door de deelnemende artsen omschreven als het *"evenwicht tussen het beroep en al de rest."* Vijfenvijftig artsen (27,6% van alle deelnemers) geeft expliciet aan dat zelfzorg voor hen is dit evenwicht sterker te bewaken. Wanneer we kijken naar de verschillende aspecten van het evenwicht tussen werk en privéleven, liggen deze cijfers voor sommige aspecten zelfs nog hoger. Uiteraard is zelfzorg niet beperkt tot één van deze zaken op zichzelf, maar gaat het dikwijls om een combinatie van verschillende factoren.

Op nummer één staat hierbij tijd voor vakantie, reizen, hobby's en sport: 42.7% van de artsen (85 artsen) geven aan dat voor hen 'zelfzorg' betekent hier voldoende tijd aan te besteden – wat niet steeds wil zeggen dat ze dit ook doen. *"Iets meer met partner en kleinkinderen kunnen bezig zijn en iets (véél) meer van mijn hobby's kunnen genieten..." "Meer tijd vrijmaken om aan persoonlijke ontwikkeling te werken (lezen, sporten, tijd met familie en als koppel). Maar dat betekent een andere job aanvaarden, met minder autonomie en bijhorend financieel plaatje?"*

Op de tweede plaats (26.6% of 53 artsen) komt de tijd die doorgebracht wordt met gezin en familie: *"Familie is het belangrijkste, al het andere is bijzaak – óók een goede praktijk."*

Dit wordt gevolgd door tijd voor zichzelf (47 artsen, 23.6%). *"Voldoende me-time inplannen."*

Tijd voor vrienden komt op de laatste plaats: 32 artsen of 16.1%. *"Regelmatig contact met collega-vrienden maakt het mogelijk om de pijnpunten aan te kaarten, om te zien dat het overal wel iets is en om te besluiten dat het toch de moeite is om verder te gaan. Het is soms moeilijk om, gezien de drukte, deze contacten te onderhouden, maar ik besef dat die wel heel belangrijk zijn. Ik ben blij dat ik een aantal vrienden heb waarvan ik weet dat , ondanks het feit dat onze contacten niet zo frequent zijn, ik die te allen tijde kan contacteren."*

"vrienden voor het leven maak je op jonge leeftijd, niet in je pensioen."

"Ik had wel graag iets van tijd gehad voor vrienden en hobby's, maar werk en gezin slorpen bijna alles op. Die tijd is grotendeels definitief verloren, misschien nog wat in te halen als ik op pensioen ben binnen 4 jaar."

Ook rust, vrije momenten of dagen, en het al dan niet parttime werken vallen onder deze categorie. – 43; 21,6%. *"zorgen dat je genoeg energie hebt door voldoende te slapen, vrije tijd*

te nemen voor jezelf - gezin zodat je energie je werk aankan, wat op zich ook meer voldoening geeft."

"80% werken i.p.v. fulltime is enige mogelijkheid om je wat ademruimte te geven"

3. Samenwerkingsverbanden met collega's artsen (vb. in vennootschap of groepspraktijk)

   Bijna een kwart van de artsen (24.1%) geeft aan het welzijn te kunnen verbeteren door het vinden van een collega die in het plaatje past – en op deze manier de werkdruk meer te kunnen verdelen. Toch zijn er ook artsen die solo werken en dit zo willen houden: *"Associëren of groepspraktijk is geen optie: ik ben daarvoor te individualistisch. Trouwens ik denk dat dat ook de nodige stress meebrengt."*

   "Arbeidsduurvermindering naar 8u per dag door vinden van een collega (helaas moeilijk in ons huidige wachtgebied)"

4. Voorzien in basisbehoeften

   Dertig artsen (15.1%) zien zelfzorg als het aandacht schenken aan de basisbehoeften van de mens: tijd voorzien voor slapen en eten. Zij geven aan dat zelfzorg is: niet in de auto te moeten eten, meer te slapen, en regelmatiger te leven: *"uren van slapen en eten niet te veel wijzigen."*

5. Aandacht voor eigen psychische en fysieke symptomen

   Twee voorbeelden zijn hier: *"Anticiperen op het gevoel dat het me te veel wordt en dan gas terugnemen"* en *"op tijd alarmsignalen (burn-out) herkennen."* Dertig artsen (15.1%) geven aan dat zelfzorg voor hen is aandacht te hebben voor het eigen fysieke en psychische functioneren, en hier ook de nodige consequenties aan te verbinden.

6. Betere organisatie van de workload en time-management

   Dit aspect werd reeds uitvoerig besproken in het onderdeel 'autonomie', en meer specifiek de agenda-planning en afbakening. Time-management wordt door 13,6% van de artsen als een belangrijk deel van zelfzorg beschouwd.

7. Goede contacten onderhouden met collega's

   Vanzelfsprekend is het belangrijk goede contacten te onderhouden met de collega's met wie men rechtstreeks samenwerkt – m.n. in een groepspraktijk of associatie. Voor 11,1% (22 artsen) houdt zelfzorg echter ook in op niet-professionele basis goede relaties te onderhouden met collega's. Enerzijds is dit omdat collega's – gezien zij zelf ook arts zijn – meer dan andere mensen kunnen begrijpen welke impact dit soort werk heeft op het privéleven en het welzijn van de desbetreffende arts: *"Goede contacten onderhouden met collega's (= lotgenoten = niet geïsoleerd geraken) vb. via medische kring (niet alleen bijscholing, maar ook eens gezellig tafelen of andere activiteiten samen doen)."* Anderzijds zijn deze informele contacten ook belangrijk omdat collega's voor elkaar mogelijk een signaalfunctie kunnen uitoefenen: *"Zelfzorg is er zeker voldoende op tijd over te praten als je ergens mee zit, vooral informeel met collega's die dan mogelijk een signaalfunctie hebben. Artsen zijn over het algemeen veeleisende mensen, zowel voor hun omgeving als voor zichzelf, en zullen veel moeite hebben met het*

toegeven van een probleem." Ook zijn er enkele artsen die aangeven dat intervisie met 'peers' hun welzijn zou kunnen bevorderen.

8. Minder wachtdiensten en/of reorganisatie van de wachten

   Eén op tien artsen (21 deelnemers) geeft aan dat de huidige wachtdiensten voor hen te belastend zijn – hetzij door de drukte tijdens de dienst, of door de frequentie ervan. Zo stelt een van de huisartsen dat er *"een oplossing moet komen voor ALLE huisartsen i.v.m. nachtwachten, waarbij de echte zieken NU al het slachtoffer zijn... en nog meer zullen worden."* Een andere deelnemer omschreef het als volgt: *"De wachten weg en weg de kopzorgen."*

   Zelfs artsen die zich over het algemeen goed voelen, geven aan dat de wachtdiensten belastend zijn: *"Eigenlijk weet je op voorhand waar je aan begint, vind ik. Het enige dat mij opviel, is dat de wachten zwaar kunnen doorwegen op persoonlijk en sociaal leven."*

   Hoewel er een aantal artsen zijn die een – misschien wat onrealistisch – verlangen hebben de wachtdienst volledig af te schaffen, pleit de meerderheid vooral voor een reorganisatie van het systeem, waarbij gezocht wordt naar een oplossing die zowel voor de artsen als voor de patiënten geschikt is. De wachtposten die meer en meer in ons land verschijnen, lijken door velen als een goede oplossing gezien te worden.

9. Veranderen van job of op pensioen gaan

   Zes procent van de deelnemers geeft aan óf af te tellen naar het pensioen (en zo het eigen welzijn te kunnen verbeteren), óf een jobverandering in overweging te nemen. Dit laatste kan betekenen van werkplaats (vb. ziekenhuis of huisartsenpraktijk) te willen veranderen, maar voor sommige artsen betekent dit ook over te stappen naar vb. arbeidsgeneesheer, of helemaal te stoppen met geneeskunde. Zo is er een collega die 10 jaar geleden (op 52-jarige leeftijd) overgestapt is van huisarts naar ambtenaar: *"geen stress meer door moeilijke patiënten en door zware wachtdiensten."*

   Voor een jongere collega is veranderen van job dan weer een back-up plan: "*Straks, als afgestudeerd specialist, vooral een groep goede collega's zien te vinden!! Met een vast wachtsysteem en veel collegialiteit, een goede sfeer onder elkaar. Hopelijk ook ruimte om wat minder te werken en meer tijd aan het gezin (dat nog uitgebouwd moet worden) te besteden, en aan zelfzorg (sporten, gezonder eten..) Zo nodig... van job veranderen."*

10. Praktijkondersteuning

    Voor 9 deelnemers (4,5%) is het verder uitbouwen van praktijkondersteuning een vorm van zelfzorg. Het aannemen van een secretaresse als buffer tussen de arts en de patiënt werd eerder al besproken (zie: autonomie), maar kan ook een hulp betekenen op vlak van de administratieve werklast. Daarnaast kunnen vb. online agenda, telesecretariaat, antwoordapparaat (vb. na 19u), computerhulp, ... ook helpen de workload in te perken.

11. Een eigen arts contacteren

    "Eigenlijk zou elke arts verplicht een eigen huisarts dienen te hebben..." Zover zijn de meeste artsen nog niet. Slechts 7 artsen of 3,5% van de deelnemers noemt het contacteren van een huisarts of specialist als een vorm van zelfzorg (cfr. supra: in welke gevallen contacteren artsen zélf een arts). Eén van de deelnemers geeft het volgende advies: *"Hanteer dezelfde 'alarmsignalen voor jezelf als voor anderen, en verbind er ook dezelfde consequenties aan – vb. recent bezoek aan psycholoog i.v.m. nieuwe jobkeuze die zich opdrong..."*

Bovenstaande een opsomming vormt een niet-limitatieve lijst van de frequentst voorkomende antwoorden. Uiteraard zijn er nog vele andere vormen van zelfzorg welke tijdens dit onderzoek werden aangekaart. Hieronder volgen nog enkele interessante of opvallende categorieën en bijbehorende citaten:

- Belang van intervisie/zelfzorggroepen:
  - *"Op tijd en stond kunnen stilstaan en reflecteren over het eigen functioneren, liefst gespiegeld door de juiste 'peers' of coaches"*
  - *"Aansluiten bij een zelfzorggroep huisartsen (hoeven eigenlijk ook niet noodzakelijk (enkel) huisartsen te zijn"*
  - *"Doen wat goed is voor mezelf, voor fysiek en psychisch welzijn. Ik ben al van de 'oude' generatie – zie 'Balint'."*
  - *"Zelfzorg zou voor mij zijn wat vroeger bekend stond als het prachtige project van de 'Balint groepen'. Ik mis een eerlijk contact met collega's."*
- Relativeren:
  - *"Men leert elke dag bij. En hoe ouder men wordt, hoe meer men beseft dat men nog niet veel weet."*
  - *"Beseffen dat we geen Supervader kunnen zijn, geen superdokter, geen superechtgenoot."*
  - *"Relativeer veel en accepteer dat er geen absolute waarheden in de geneeskunde zijn."*
  - *"Zorgen dat uw manier van werken niet te veel van uw draagkracht vergt, voelen waar uw limieten liggen, niet tegen heug en meug van alles willen bewijzen, kunnen relativeren, niet denken dat je onmisbaar bent."*
- Optimisme:
  - *"Zelfzorg is voor mij het behouden van een positieve kijk op de wereld."*
  - *"Pluk de dag!"*
- Levenslang bijleren:
  - *"Blijven bijleren en evolueren in mijn vakgebied is voor mij belangrijk."*
  - *"Voldoende uitdaging brengen in beroepsleven, onder andere d.m.v. bijscholingen, congressen, ..."*

- *"Medicus cura te ipsum!" (of "dokter, genees uzelf!")*
  - *"Vooral fysiek: mezelf de nodige medicijnen voorschrijven waar nodig (sporadisch); weinig psychisch."*
  - *"Uw eigen zorgen of problemen zelf oplossen."*
  - *"Kwaaltjes zoals een keer zere rug of zo: ik kijk een keer tussen mijn stalen medicatie."*

4. Discussie

4.1 Beperkingen van het onderzoek

4.1.1 Beperkingen in het literatuuronderzoek

Binnen de huidige beschikbare literatuur zijn er weinig gegevens beschikbaar over het welzijn van artsen. Zaken zoals ziekte, burn-out, middelenmisbruik en suïcide zijn reeds zeer regelmatig en uitgebreid bestudeerd, maar er zijn weinig of geen gegevens beschikbaar m.b.t. de gezondheid en het welzijn van artsen.

4.1.2 Beperkingen door de vragenlijst zelf

Zoals in het onderdeel 'Onderzoeksmethode' werd aangehaald, werd gekozen om een niet-gestandaardiseerde vragenlijst te verspreiden onder de artsen. Dit heeft als voordeel dat er heel wat informatie rond zelfzorg en het welzijn van artsen verzameld werd, maar anderzijds als nadeel dat de gegevens niet kunnen vergeleken worden met andere populaties of met referentiewaarden. Het zou interessant zijn dit in een verder onderzoek aan de hand van gestandaardiseerde vragenlijsten verder te kwantificeren.

Tijdens het onderzoek werd voornamelijk gefocust op het welzijn op de werkvloer en fysiek, psychisch en sociaal welzijn. Echter, zoals er in de literatuurstudie werd aangetoond, zijn er nog andere aspecten van welzijn, welke niet aan bod kwamen. Men denkt hierbij m.n. aan de vierde en vijfde trap van de piramide van Maslow – waardering binnen de maatschappij, zelfactualisatie en zelftranscendentie – en aan het spiritueel en intellectueel welzijn welke aan bod kwamen in het welzijnswiel. Deze werden niet rechtstreeks bevraagd, hoewel ze wel ten dele door de deelnemers zelf naar voren werden gebracht in de open vragen. Het zou interessant zijn in een verder onderzoek hier verder op in te gaan.

Sommige vragen werden bovendien niet éénduidig opgesteld. Men denkt hierbij m.n. aan de stellingen i.v.m. recupe, maaltijden en slaap(kwaliteit). Hierbij werden soms twee stellingen in één vraag gegoten, waardoor het niet altijd eenvoudig was de antwoorden te interpreteren: betekende een score 'niet een'Hierbij werden soms twee stellingen in één vraag gegoten, waardoor het niet altijd eenvoudig was de antwoorden te interpreteren: betekende een score 'niet eens' nu dat men niet akkoord was met het eerste deel van de stelling, het tweede deel van de stelling of beide?

Daarnaast werd op het einde van het onderzoek de vraag rond de 'gouden tip' verkeerdelijk gericht aan enkel de huisartsen. Dit was omdat, in eerste instantie, het onderzoek inderdaad voornamelijk aan huisartsen gericht was. In een latere voorbereidende fase werd deze invalshoek opengetrokken naar alle artsen, maar werd er over het hoofd gezien deze vraag aan te passen. Logischerwijze kan men concluderen dat een aantal niet-huisartsen óók interessante tips zouden gehad hebben voor jonge collega's, maar deze niet gedeeld hebben, omdat de vraag niet rechtstreeks aan hen gericht was. Zij hebben veelal de vraag blanco gelaten, wat een vertekend beeld kan geven van de resultaten.

4.1.3 Beperkingen door deelnemers-bias

Wanneer we terugblikken op de onderzoeksvraag, stellen we vast dat we slechts ten dele de vraag hebben kunnen beantwoorden. De oorspronkelijke onderzoeksvraag was om zelfzorg enerzijds en het welzijn van artsen in Vlaanderen anderzijds in kaart te brengen. Om praktisch-organisatorische redenen hebben we dit uiteindelijk verder beperkt tot Oost-Vlaanderen – en dus niet voor Vlaanderen, zoals oorspronkelijk gesteld werd. In deze regio zijn we erin geslaagd welzijn en zelfzorg in kaart te brengen onder een aantal artsen, maar tegelijk kan men ervan uitgaan dat er een responsbias is opgetreden door wie de enquête wel – of juist niet – heeft beantwoord. We weten dat er een 3500-tal artsen lid zijn van de Orde van Geneesheren Oost-Vlaanderen (de enquête werd niet buiten Oost-Vlaanderen verspreid). Van deze artsen – die allen de enquête kregen toegestuurd – hebben slechts 200 artsen gereageerd. Hoewel dit een zeer mooi aantal is, gaat het hier tegelijk om slechts 5% van de oorspronkelijk aangeschreven artsen. Dit percentage is te klein om een representatief beeld te vormen van de geselecteerde populatie (m.n. alle leden van Orde der Geneesheren Oost-Vlaanderen).

Wie voelt zich aangesproken om te antwoorden op deze enquête? Wie niet? Wanneer we naar resultaten van de enquête kijken, zien we dat de meerderheid van de respondenten artsen zijn, met wie het over het algemeen vrij goed gaat. Inderdaad kunnen we vermoeden dat artsen met wie het minder goed gaat enerzijds misschien gewoonweg niet meer geïnteresseerd zijn in dergelijke onderzoeken en anderzijds deze extra werkbelasting van het antwoorden op een vragenlijst er niet meer bij kunnen nemen. Dit heeft er uiteindelijk toe geleid dat zij niet hebben deelgenomen aan het onderzoek. Binnen de huidige opzet van het onderzoek – m.n. het verspreiden van een online enquête met medewerking van de Orde der Geneesheren Oost-Vlaanderen – viel dit ook niet te vermijden. Vanop afstand – welke er steeds is al men online werkt – is het zeer moeilijk artsen te motiveren deel te nemen, indien zij hier uit zichzelf niet reeds enige motivatie toe vertonen. Zo kan men dus vermoeden dat de artsen die wél hebben deelgenomen aan het onderzoek ook artsen zijn die mogelijk zelf al enige interesse in het onderwerp 'welzijn bij artsen' vertonen.

Het gevolg is dat men uit dit onderzoek *niet* zal kunnen afleiden hoe het met het welzijn van de algemene artsen-populatie in Oost-Vlaanderen gesteld is. Vermoedelijk zullen er méér artsen zijn die met een duidelijke hulpvraag zitten, dan de enkele die de vragenlijst nu hebben ingevuld (ongeveer 1.5% van alle deelnemers). Zij vormen slechts het topje van de ijsberg. Wat men daarentegen *wel* kan leren uit dit

onderzoek, is wat artsen – met wie het over het algemeen vrij goed gaat – doen om hun eigen welzijn te bewaken en te bevorderen. Hierdoor is er een schat aan informatie verzameld over zelfzorg bij artsen.

4.2 Sterktes van het onderzoek

- Hoewel er reeds verschillende onderzoeken gevoerd zijn naar burn-out, middelenmisbruik en suïcidaliteit bij artsen, is de invalshoek van welzijn van artsen nog niet eerder gebruikt. Dit creëert specifieke kansen m.b.t. arts-empowerment en wat men kan doen om het welzijn van artsen te verbeteren.
- Ondanks de enquêtevorm (online verspreiding onder artsen, enkel via Orde der Geneesheren) zijn er toch 200 artsen die gereageerd hebben.
- Het weinige aantal non-responders en de uitvoerige antwoorden op de open vragen zijn een teken dat dit onderwerp lééft onder artsen en dat zij zich aangesproken voelden door de vragen.

4.3 Resultaten van de enquête getoetst aan het literatuuronderzoek

4.3.1 Piramide van Maslow

De piramide van Maslow werd reeds eerder besproken tijdens de literatuurstudie van dit onderzoek. Uit de enquête blijkt dat artsen het op een aantal vlakken in deze piramide goed doen, maar dat op andere gebieden het welzijn ook in het gedrang komt – o.a. door de uitoefening van hun job, en vooral dan de tijd en energie die ze hierin steken.

Op basis van de resultaten, kan men concluderen dat, hoewel voor veel van de deelnemende artsen deze basisbehoeften vervuld worden, er toch ook een significant percentage is voor wie dit geen evidentie is. Vooral regelmatig eten en voldoende slapen blijken wel eens in het gedrang te komen. Het seksleven van artsen werd echter niet bevraagd. Als men naast deze gegevens ook de deelnemers-bias in rekening brengt (nl. dat de artsen die de enquête hebben ingevuld vnl. artsen zijn met wie het relatief goed gaat), kan men vermoeden dat dit in werkelijkheid om een groter percentage van de artsen in Vlaanderen gaat dan we in dit onderzoek hebben kunnen aantonen.

Aan een aantal behoeften binnen de tweede trap van de piramide van Maslow, welke gaat om veiligheid, -huisvesting, werkzekerheid en financiële veiligheid – lijkt over het algemeen voldoende voldaan te worden bij artsen. Wat betreft de werkzekerheid, is er in dit onderzoek een bias door de inclusie- en exclusiecriteria: voorwaarde om deel te nemen aan het onderzoek, was dat men op het moment van invullen van de enquête werkzaam was als arts. Bijgevolg kan men stellen dat 100% van de deelnemende artsen over werk beschikt. Dit hangt dan weer samen met de financiële situatie waarin de artsen zich bevinden: gezien allen actief werkzaam zijn als arts, beschikken ook alle deelnemers over een inkomen. Slechts 3 artsen geven aan zich in een financieel moeilijke situatie te bevinden – m.a.w. 98,2% van de artsen beschikt over voldoende middelen om rond te komen. De tweede trap van de piramide gaat echter ook om de gezondheid van mensen. Wanneer we hiernaar kijken, blijkt dat driekwart van de artsen hun

fysieke gezondheid als goed tot zeer goed ervaart. Dit betekent echter ook dat ongeveer een kwart van de artsen toch duidelijk gezondheidsproblemen ervaren. Tegelijk heeft slechts 1 op 4 artsen een eigen arts (huisarts dan wel specialist) en kunnen we dus vermoeden dat niet elke arts met gezondheidsproblemen hier dus ook mee naar een arts stapt. Ook nemen artsen niet de tijd om ziek te zijn – vb. door ziekteverlof te nemen bij een infectieziekte. Dit is vooral omdat er momenteel ook geen vervangingspool bestaat voor zo'n kortdurende vervangingen.

De sociale noden, welke in de derde trap van de piramide van Maslow aan bod komen, – m.n. de relaties met een partner, het gezin, familie en vrienden – worden door de deelnemende artsen als zeer belangrijk beschouwd om een job als arts vol te houden, maar tegelijk komt uit de enquête duidelijk naar voren dat hun werk dikwijls voor gaat op dit sociaal contact. Artsen zijn in staat deze relaties aan te gaan – de meerderheid van de deelnemers heeft een partner, een gezin, contacten met familie en in mindere mate ook met vrienden – maar de hoge werkdruk en de vele uren die men als arts presteert, hebben wel een duidelijke impact op de tijd die men in deze relaties kan investeren. Nochtans geven artsen ook aan dat hun draagkracht binnen hun job positief bekrachtigd wordt wanneer ze tijd en ruimte krijgen om deze contacten te onderhouden en zo nodig bij enkele vertrouwenspersonen te ventileren over datgene wat er in hen omgaat. N.b.: Met de term 'vrienden' worden door de deelnemende artsen zowel de 'echte vrienden' bedoeld – relaties welke zich volledig buiten de werksfeer situeren –, als goede collega's met wie men buiten de uren afspreekt.

Hoewel hier niet rechtstreeks naar gepeild werd, lijkt aan de behoefte aan waardering, in de vorm van zelfwaardering, zelfvertrouwen, respect van anderen en respect voor anderen, over het algemeen voldaan te worden onder artsen. Dit vormt, zoals eerder besproken, de 4de trap van de piramide. Het beroep van arts brengt in de maatschappij nog steeds een zekere status met zich mee – alhoewel dit misschien niet meer even veel is als vroeger. Bovendien vermelden vele artsen dat de dankbaarheid van patiënten een van de dingen is die maken dat ze hun job volhouden en graag doen – en dat omgekeerd de ondankbaarheid en soms veeleisendheid van patiënten hun job uitputtend kunnen maken. Ook weet men dat perfectionisme – een trekje dat bij artsen wel vaker voorkomt – gelinkt is aan een toegenomen risico op burn-out. Vaak is perfectionisme gelinkt met een te geringe zelfwaardering, waarbij men de waardering voornamelijk laat afhangen van anderen (vb. patiënten en collega's).

De top van de piramide wordt gevormd door de behoefte aan zelfactualisatie. Ook hier werd niet rechtstreeks naar gevraagd, maar uit de antwoorden op de open vragen komt naar voren dat het beroep van arts op zich reeds een vorm van zelfactualisatie is voor vele deelnemers. Toch is dit op zich voor vele artsen niet voldoende – men heeft de behoefte om méér te zijn dan alleen maar arts, om meer dingen te doen dan 'alleen maar' het genezen van mensen. Artsen blijven de behoefte hebben om in hun privé-tijd ook zichzelf verder te ontwikkelen. Sommigen geven aan hiervoor de hulp te vragen van vb. een persoonlijke coach, terwijl dit voor anderen kan door 's avonds na het werk nog een extra cursus te

volgen of hobby's uit te oefenen. Gezien het aantal werkuren dat per week gepresteerd wordt, is het echter niet steeds even vanzelfsprekend deze behoefte aan zelfactualisatie te bevredigen.

Zoals eerder besproken, heeft Maslow in een latere versie hieraan ook nog zelftranscendentie toegevoegd, waarbij men probeert zichzelf te overstijgen en streeft naar eenheid binnen een groter geheel – zij dit nu als deel van de mensheid of in de vorm van spiritualiteit. Hier is niet rechtstreeks naar gevraagd, en ook uit de antwoorden op open vragen zijn weinig artsen hier spontaan over begonnen – op enkele artsen na die spiritualiteit of vb. een kerkbezoek zien als een manier om hun werk vol te houden, of een arts die het gevoel had samen met zijn collega's deel uit te maken van een groter geheel. Het kan zijn dat dit toch een minder grote rol speelt in welzijn dan oorspronkelijk gedacht, maar anderzijds is het ook een thema waar in onze huidige maatschappij meer een taboe op rust, en waar artsen dus ook minder snel spontaan over zullen beginnen als er niet rechtstreeks naar gevraagd wordt.

4.3.2 Welzijnswiel

Zoals besproken tijdens het literatuuronderzoek, geeft het welzijnswiel de zes verschillende dimensies van menselijk welzijn weer. Ter herinnering gaat het hier om fysiek, emotioneel, sociaal, occupationeel, intellectueel en spiritueel welzijn.

Uit de enquête blijkt dat arts zijn op een aantal vlakken het welzijn kan bevorderen, maar tegelijk ook een belemmering kan vormen voor het welzijn van de arts zelf.
Zo blijkt het voor artsen niet altijd even simpel te zijn tijd en aandacht te besteden aan het eigen fysieke welzijn. Dit komt o.a. door het drukke werkrooster, waardoor er weinig tijd overblijft om vb. op regelmatige basis te gaan sporten. Daarnaast is er voor artsen een duidelijke drempel om bij gezondheidsproblemen hulp te zoeken en bij een collega-arts ten rade te gaan; dit laatste geven de meeste artsen aan enkel te doen bij noodgevallen, of wanneer ze het zelf niet (meer) kunnen oplossen. Ook de basisbehoeften blijken relatief makkelijk in het gedrang te komen (zie eerder), waarbij zowel regelmatig eten als een regelmatig slaapritme moeilijk(er) in te plannen zijn in het werkrooster.
Wat betreft het emotionele welzijn, is dit moeilijker te scheiden van de andere dimensies van welzijn – m.n. het sociale welzijn. Beiden zullen hier dus samen worden besproken. Artsen halen uit de positieve (sociale) contacten met hun patiënten energie om hun job vol te houden. Omgekeerd zijn moeilijke patiëntencontacten dan weer situaties die hun job uitputtend maken. Het emotionele welzijn heeft te maken met de work-life balance die ze zelf ervaren. Iedereen maakt in de loop van het leven emotioneel belastende gebeurtenissen mee, en het is hoe men daarmee omgaat wat bijgevolg de belangrijkste invloed heeft op het emotionele welzijn. Hierbij halen artsen het sociale vangnet als belangrijkste vorm van zelfzorg wat betreft het emotioneel welzijn, alsook de ruimte en tijd voor hobby's en vrije tijd. Tegelijk geven artsen aan dat juist voor deze sociale contacten zowel als voor vrije tijd, hobby's en vakantie, na de vele werkuren in realiteit nog weinig tijd overblijft. Uit de enquête is duidelijk geworden dat de rol van arts sociaal welzijn met zich meebrengt – m.n. door het opnemen van de taak als arts en de betekenis die deze job heeft binnen een maatschappij – maar dat deze tegelijk ook ten koste kan gaan

van het sociaal welzijn, omdat de work-life balance verstoord kan worden door de vele uren werk. Zoals in de analyse van de resultaten werd aangetoond, geeft een duidelijk percentage van de artsen aan dat zelfzorg voor hen betekent méér tijd vrij te maken voor deze sociale contacten en vrijetijdsbesteding, dan tot nu toe mogelijk is.

Opvallend is dat er door de deelnemers weinig wordt verteld over de emoties die sommige patiëntencontacten kunnen opwekken bij de arts zelf. Er komt weinig naar voor dat artsen echt in de rats zitten met (het verhaal van) hun patiënten, terwijl dit toch ook een belastende factor kan zijn binnen deze job. Enerzijds valt dit te verklaren omdat dit misschien toch onvoldoende expliciet werd bevraagd, maar anderzijds kan men zich ook afvragen of dit niet als een alarmteken kan worden beschouwd – een signaal dat er te weinig empathie kan worden opgebracht voor de patiënten.

Het werkelijke welzijn op de werkvloer werd niet rechtstreeks bevraagd. Wel werd gevraagd naar de stress die men op de werkvloer ervaart, het gevoel van autonomie binnen de job, variatie vs. routine, de interesse in het werk dat men doet en toekomstperspectieven. Hieruit blijkt dat de combinatie van de vele werkuren en de hoge werkdruk (weinig tijd per patiënt) het welzijn op het werk sterk benadelen. Ook de wachtdiensten blijken zeer belastend te zijn. Een significant percentage van de artsen geeft aan het occupationeel welzijn – en bijgevolg het algeheel welzijn – te kunnen verbeteren door meer grenzen aan te geven naar patiënten en medewerkers toe.

Zowel het spiritueel als het intellectueel welzijn werden tijdens de enquête niet rechtstreeks bevraagd. Dit eerste werd bovendien slechts door enkele artsen spontaan benoemd. Het intellectuele welzijn werd wél door verschillende artsen aangehaald bij de open vragen van de enquête: de intellectuele uitdagingen die een job als arts bieden enerzijds, en de kans tot bijscholingen anderzijds zijn aspecten die voor verschillende artsen maken dat ze hun job graag doen. Daarnaast geven sommige artsen aan dat ze graag wat meer tijd vrij zouden hebben om de kans te hebben nieuwe intellectuele uitdagingen aan te gaan – zoals het volgen van een avondlijke cursus.

4.4 Observaties uit dit onderzoek

4.4.1 Inleiding

Zoals eerder werd aangehaald, was het doel van deze thesis het welzijn van artsen te bevragen en de zelfzorgactiviteiten die dit welzijn kunnen bevorderen. Echter, door het welzijn te bevragen, hebben we ook kunnen afleiden dat het met een aantal artsen *niet* zo goed gaat. Zo geeft ongeveer 1 op 4 artsen aan dat de fysieke gezondheid *niet* goed is, en wordt ook het psychische welzijn door ongeveer een kwart van de deelnemers als *niet* goed ingeschat. Deze groep artsen maakt een belangrijk deel uit van de actief werkzame huisartsen en specialisten op basis van wiens gegevens deze analyses werden uitgevoerd. De fysieke zelfzorg onder artsen schiet tekort, waarbij artsen weinig tijd nemen voor beweging, regelmatig zelf dokteren bij klachten, en een belangrijk deel van de artsen ook overmatig alcohol gebruikt. Dit druist rechtstreeks in tegen de adviezen die man als arts aan patiënten geeft…

Het is nog een taboe in onze maatschappij dat dokters ook ziek kunnen worden. Mensen staan hier niet bij stil en willen het eigenlijk ook liever niet weten. Nochtans heeft ziekte – zeker wanneer het gaat om psychische ziekte – van een arts ook een invloed op de gezondheidszorg die deze arts verstrekt aan zijn patiënten (cfr. supra: 'inleiding literatuur'). Tegelijk is ook dit iets wat patiënten niet kunnen accepteren: hun arts moet hen steeds zo goed mogelijk behandelen. Dat de term 'zo goed mogelijk' ook afhankelijk is van het globaal functioneren van een arts, ziet men nog niet in.

Toch is dit de keuze waar men nu voor staat: óf men gaat verder met een gezondheidszorg die mank loopt (door het onwel zijn van artsen), óf men gaat investeren in dingen die artsen – zowel in het algemeen als specifiek de artsen die het moeilijk hebben – kunnen ondersteunen. Hiervoor dient men los te komen van een aantal ideeën en praktijken die historisch zo gegroeid zijn, om verder te kijken naar een gezondheidszorg die anno 2015 goed werkt – zowel voor patiënten als ook voor de artsen.

In dit onderzoek hebben artsen *zelf* aangegeven wat dingen zijn die hun draagkracht vergroten. Veelal gaat het om zaken waar men nu de tijd niet voor heeft, omdat de vele werkuren weinig ruimte laten voor iets anders. Het gaat hier om tijd voor partner, gezin en familie, tijd voor zichzelf en voor het uitoefenen van hobby's, en tijd voor vakantie. Tijd investeren in deze zaken die voor hen belangrijk zijn, betekent echter ook dat er grenzen gesteld zullen moeten worden aan het aantal uren dat men besteedt aan het werk – m.n. patiëntencontacten, administratie, vergaderingen en bijscholingen.

Als arts is grenzen stellen echter niet zomaar evident. Wanneer men kiest voor geneeskunde, kiest men ervoor andere mensen te willen helpen. Staat er niet in de Artseneed, zoals deze door de Orde der Geneesheren werd opgesteld op basis van de teksten van Hippocrates: "*Ik zal boven alles voor mijn patiënten zorgen, hun gezondheid bevorderen en hun lijden verlichten"*? Artsen zijn – vanuit wie zij als mens zijn – al niet geneigd het eigen welzijn op de voorgrond te plaatsen. *'Neen'* zeggen is iets wat ze tot nu toe niet snel hebben gedaan – iets wat ook niet in hun aard ligt. Dit is te begrijpen – en uiteraard ook te verwachten – wanneer het om een spoedgeval gaat. In andere, niet urgente situaties echter, is dit op zich niet noodzakelijk voor de continuïteit van de gezondheidszorg.

Tegelijk staat ook het volgende in diezelfde artseneed: *"Ik zal (mij blijven bijscholen en) de grenzen van mijn mogelijkheden niet overschrijden."* Als arts heeft men dus ook de verantwoordelijkheid – én het recht – de eigen grenzen te bewaken. Hoewel het in deze artseneed in de eerste plaats gaat over de grenzen in kennis en vaardigheden, kan men dit ook veralgemenen. De eigen grenzen overschrijden komt de verzorging van de patiënten *niet* ten goede. Een arts met wie het niet goed gaat – vb. t.g.v. een burn-out, of middelenmisbruik, ... – levert niet dezelfde kwaliteit van zorg als wanneer het algemene welzijn wel bewaard zou zijn.

Tenslotte komt ook het belang van de work-life balance uit dit onderzoek sterk naar voren. Het is duidelijk dat voor vele artsen het werk in min of meerdere mate voorgaat op de familie. Dit vormt vooral een probleem, wanneer dit in zou gaan tegen de normen een waarden van een arts. In dit laatste geval

weegt het zwaarder door (vnl. op het emotioneel welzijn, en bijgevolg mogelijk ook op de bevlogenheid van de arts) dan wanneer de arts in kwestie dit niet zo'n probleem vindt. Als het werk voor zijn/haar gezin komt, wil die arts dat dan? Of doet hij dit onder maatschappelijke druk en een verantwoordelijkheidsgevoel naar patiënten toe – m.a.w. omdat hij niet anders durft? Leeft een arts in dat geval nog wel volgens zijn eigen waarden; is die arts nog trouw aan zichzelf?

Binnen de huidige organisatie van de gezondheidszorg, kunnen we verwachten dat artsen niet snel *'neen'* zullen zeggen tegen hun patiënten. Pas wanneer artsen gerust zullen kunnen zijn dat hun patiënten niets tekort zullen komen wanneer ze zelf even niet bereikbaar zijn – m.a.w. wanneer ze erop kunnen vertrouwen dat er een kwalitatief en goed georganiseerd vangnet bestaat – zullen zij de ruimte ervaren om ook het eigen welzijn en de eigen grenzen te *durven* respecteren.

4.4.2 Maatschappelijke context: 4-ledig referentiekader

Op basis van de resultaten uit dit onderzoek, werd er nagedacht op welke manier het maatschappelijk draagvlak voor artsen kan vergroot worden. Het gaat hier enkel om ideeën, suggesties, welke als doel hebben het maatschappelijk debat op gang te brengen.

Zijn er wel écht zoveel avondconsultaties nodig? Kan dit niet op een andere manier opgevangen of opgelost worden, waarbij er meer beperkingen worden ingelast m.b.t. het aantal werkuren van de artsen en de avonduren die zij presteren? Is het per se noodzakelijk dat de artsen die overdag werken, ook de nachtpermanentie voorzien?

Over deze en andere vragen zal eerst grondig moeten worden nagedacht – én gediscussieerd – vooraleer men uiteindelijk tot een oplossing zal komen die zowel voor de patiënten, als voor de artsen én voor de maatschappij als geheel haalbaar is. Het is dan ook perfect mogelijk dat – na het voeren van dit debat – er voor andere oplossingen geopteerd zullen worden dan deze welke in dit werk worden voorgesteld.

De interventies en organisatorische aanpassingen waar op dit moment aan worden gedacht, kunnen worden onderverdeeld in volgende 4 categorieën:

1. Grootschalige organisatorische ondersteuning van artsen
2. Hulp voor artsen die het moeilijk hebben
3. Screening naar artsen die het moeilijk hebben
4. Preventie

4.4.2.1 Grootschalige organisatorische ondersteuning van artsen (toegepast op huisartsen)

Het doel is hier dat een kader gecreëerd wordt waarbinnen artsen de eigen grenzen *kunnen* aangeven. Momenteel is de gezondheidszorg zodanig georganiseerd, dat dit niet het geval is – tenzij het ten koste gaat van de patiënt. Nochtans zijn er tal van mogelijkheden die een oplossing zouden kunnen bieden die enerzijds *niet* ten koste gaat van patiënten en anderzijds *toch* toelaat aan artsen de eigen grenzen en het eigen welzijn te bewaken.

1. Beperken van de werkuren en afbakenen van de agenda

   Om dit in de praktijk mogelijk te maken, dient het maatschappelijk debat hierover te worden opengetrokken (cfr. supra). In plaats van erop te hameren dat het 'vroeger ook zo was' en dat dit nu eenmaal bij de job hoort, zou men vooruit moeten denken en kijken hoe het ook anders kan. Zo zijn er nu al meer en meer artsen die ervoor kiezen parttime te werken, om zo de balans tussen werk en privé terug meer in evenwicht te houden.

   Er bestaat een Europese richtlijn die grenzen stelt aan de wekelijkse arbeidstijd. Vanuit deze richtlijn werd de 48-urenweek gedefinieerd (inclusief overwerk), net zoals het recht op een pauze indien de dagelijkse arbeidstijd meer dan 6 uren bedraagt. Ondanks het bestaan van deze richtlijn, zien we dat artsen prestaties leveren tot soms zelfs 80 à 90 uur per week. Hoewel dit niet de norm is (deze situeert zich in de 50 à 60-urenweek), is het zeker ook geen uitzondering. Zijn artsen dan niet ook mensen – onderhevig aan dezelfde noden en kwalen als de patiënten welke zij zo op het hart drukken voor zichzelf te zorgen? En gelden deze richtlijnen dan niet voor *alle* inwoners van Europa?

   Een verklaring hiervoor is dat arts zijn een vrij beroep is. De meerderheid der artsen is niet in loondienst, waardoor ze om te beginnen ook een stukje 'eigen baas' zijn over het aantal uren dat ze presteren, maar daarnaast ook voor hun inkomen volledig afhankelijk zijn van de prestaties die zij leveren. Hierdoor worden zij steeds aangespoord *meer* te gaan werken, temeer ook omdat het werk nooit gedaan is: er zullen altijd patiënten blijven zijn die een arts nodig hebben. Werk dat vandaag niet gedaan is, schuift automatisch op naar morgen, waardoor er op den duur een berg werk ontstaat die ook de privétijd overschaduwt. Op dat moment lijkt het soms makkelijker net die ene patiënt toch nog dezelfde dag te zien, om de druk van morgen weg te nemen. We zien dan ook dat steeds meer artsen ervoor kiezen in loondienst te treden – zij het nu als arbeidsgeneesheer, CLB-arts of adviserend geneesheer, of vb. als huisarts in een forfaitair huisartsgeneeskundig centrum (welke ook in verschillende vormen bestaan). Echter, het merendeel van de artsen werkt nog steeds onder het statuut van de vrije beroepen. Binnen dit systeem is er geen begrenzing van de werkuren, geen begrenzing van de agenda en geen ruimte om als arts even niet beschikbaar te zijn voor de patiënten. Als maatschappij zouden we hier een vangnet kunnen creëren, een soort permanentie waar patiënten terecht kunnen wanneer hun arts er niet is.

   In de eerste plaats denkt men hier nu uiteraard aan de wachtdiensten, welke in de meeste regio's ondertussen zijn uitgebouwd tot georganiseerde week- en weekendwachten. Meer en meer ontstaan er nu ook huisartsenwachtposten, welke op dit moment vooral gebruikt worden tijdens de weekends. In sommige regio's zijn er ook tijdens de week 24-uurs wachtdiensten, om de patiënten van collega's die op verlof zijn op te vangen. Hoewel dit een mooi initiatief is en inderdaad de mogelijkheid creëert voor artsen om er eens even niet te zijn, is dit tegelijk opnieuw een bijkomende belasting van de collega's die elk om beurten op die manier extra patiënten dienen te zien.

In Nederland bestaat er zoiets als een 'spoedlijn' binnen de huisartsenpraktijk, waarbij patiënten de praktijk wel continu kunnen bereiken voor spoedgevallen, maar vb. tijdens de middagpauze niet kunnen bellen voor het maken van afspraken of het opvragen van uitslagen. Hoewel dit in theorie een mooie ontlasting van de praktijk betekent, vormt dit geen echte oplossing voor de patiënt: wie bepaalt er wat spoed is en wat niet? En waar kunnen de patiënten terecht die zich oprecht zorgen maken, maar in feite niet ernstig of urgent ziek zijn?

Wanneer we kijken naar bovenstaande oplossingen, zien we dat de eerste situatie een goede oplossing biedt voor de patiënten, maar niet voor de artsen, terwijl de tweede situatie omgekeerd sterk de grenzen van de arts bewaakt, maar naar patiënten toe toch wel wat te wensen overlaat. Het is dus zaak op zoek te gaan naar een alternatief dat de sterktes van beide systemen combineert. Hiervoor is het op gang komen van het maatschappelijk debat essentieel. Eén mogelijkheid hierbij, zou kunnen zijn dat men een call center opricht op nationaal niveau, waarbij per provincie zo'n centrum zou bestaan. Dit centrum kan bemand worden door enkele huisartsen (vb. artsen die omwille van fysieke gezondheidsproblemen niet meer een eigen praktijk kunnen hebben) en continu patiënten die om een of andere reden niet bij de eigen huisarts terecht kunnen, triëren. Doel van dit triage-systeem is enerzijds patiënten die dringende medische hulp nodig hebben eruit te filteren en onmiddellijk door te verwijzen, en anderzijds de patiënten die zich zorgen maken – wat de belangrijkste reden is tot hun vraag naar een dringend artsencontact – maar die niet in de categorie van medische urgenties behoren, gerust te stellen, zodat zij ook zelf met een gerust gemoed kunnen wachten tot het moment dat hun eigen huisarts terug beschikbaar is – zónder dat zij zich deze hele periode ongerust voelen.

Wanneer er een dergelijk (of ander) permanentie-systeem zou bestaan, zouden artsen ook sneller tijd voor zichzelf vrij kunnen maken, in de wetenschap dat hun patiënten goed geholpen worden zonder dat ze daarmee hun directe collega's zwaarder belasten.

2. Reorganisatie van de wachtdiensten

De wachtdiensten worden door vele artsen als belastend ervaren. Nachtdiensten – in om het even welke job – zijn sowieso zwaar. Wat het binnen de geneeskunde nog veel vermoeiender maakt, is dat men dit bovendien combineert met een job overdag, die zélf dikwijls al veel meer uren bedraagt dan de gemiddelde werkweek. Hoewel in vele regio's de wachtdiensten meer en meer georganiseerd verlopen – óók de weekwachten – en artsen vanaf 19u het antwoordapparaat kunnen opzetten, is het in de huidige situatie nog steeds zo dat vele artsen blijven werken tot 21u of later (cfr. supra, 'resultaten'). Dit heeft grotendeels te maken met de mentaliteit van artsen – *"Ik kan mijn patiënten toch niet in de steek laten"* – en patiënten, die o.w.v. hun werk overdag niet tot bij de dokter kunnen geraken. Het maatschappelijk beeld, waarbij patiënten verwachten dat *hun* arts elke dag van de (werk)week beschikbaar is – en dan nog liefst op elk moment van de dag – dient te veranderen, en

patiënten zullen moeten leren aanvaarden dat de beschikbaarheid van *een* arts belangrijker is dan *hun* arts. Dit kan echter opnieuw pas gebeuren, wanneer het maatschappelijk debat hierover wordt geopend.

De koppeling tussen een praktijk overdag en wachtdiensten 's nachts is historisch gegroeid, maar men kan zich afvragen of dit in de huidige tijd nog steeds de beste en meest efficiënte manier is om continuïteit van zorg te bewaken. Waarom kunnen deze twee – in principe heel verschillende – jobs niet losgekoppeld worden van elkaar? Waarom moet het per se zo zijn dat de artsen die zich overdag kapot werken voor hun patiënten, hier ook nog eens hun nachten aan moeten schenken? Waarom moeten de artsen die 's nachts gewerkt hebben, de volgende ochtend er gewoon opnieuw staan voor hun eigen praktijk?

De wet van 12 december 2010 (tot vaststelling van de arbeidsduur van de geneesheren, tandartsen, dierenartsen, kandidaat-geneesheren in opleiding, kandidaat-tandartsen in opleiding en studenten-stagiairs die zich voorbereiden op de uitoefening van deze beroepen), welke in werking is getreden sinds 1 februari 2011, is een mooi begin, maar bepaalt slechts enkel voor *werknemers* de grenzen die van toepassing zijn inzake arbeidsduur. Bovendien wordt deze wet lang niet altijd nageleefd. Het is duidelijk dat zo'n wet alleen er niet voor zal zorgen dat artsen sneller recuperatietijd nemen, en dat er dus naar andere oplossingen gezocht moet worden.
Een van die andere oplossingen is, zoals zonet aangehaald, het loskoppelen van de praktijk en de wachtdienst. Er zijn voldoende huisartsen opgeleid, maar dat wil niet zeggen dat we al dit menselijk potentieel op de best mogelijke manier benutten. Efficiënter zou zijn om deze twee zaken te splitsen. Op die manier blijven de artsen met een eigen praktijk fris en monter, omdat ze niet meer belast worden met nachtwerk waarvoor geen tijd voor recuperatie wordt voorzien, en krijgen de artsen die de nachten werken tijd om overdag te recupereren. Er zijn voldoende artsen voor wie het ene of juist het andere beter aansluit bij wat zij op dat moment in hun leven willen doen. Er zijn voldoende jonge artsen die misschien liever wat meer 's nachts zouden werken omdat ze toch niet zoveel slaap nodig hebben, waardoor ze dan overdag meer tijd met familie en vrienden door kunnen brengen. Omgekeerd zijn er artsen voor wie de wachtdiensten fysiek heel zwaar vallen, waardoor ze – als ze de keuze hadden – deze liever niet meer zouden willen doen. Het zou logischer zijn een groep artsen te voorzien die overdag een eigen praktijk hebben, en een *andere* groep artsen welke instaan voor de nachtdiensten. Dit kan in de loop van het leven wijzigen, wat bovendien nog extra variatie kan geven in de loopbaan van een arts – een alternatief voor de routine waar sommige artsen momenteel mee kampen.
Uiteraard spreekt het voor zich dat de verloning ook navenant mag zijn, en artsen die ervoor kiezen 's nachts te werken in verhouding méér mogen verdienen dan degenen die overdag werken – dit zijn dan bewuste keuzes die men maakt, en kan zelfs een rol spelen om voldoende artsen te motiveren ook voor de nachtdiensten te werken.

Tenslotte kan men zich ook de vraag stellen waarom men de wachtposten, die er *toch* zijn, enkel in het weekend gebruikt en in de week leeg laat staan. Dezelfde ondersteuning krijgen tijdens de week als tijdens het weekend, zou voor de zwaarte van de diensten ook reeds een verschil kunnen maken.

3. Overige interventies om de werkdruk voor artsen te verminderen

   Naast de vele uren die artsen spenderen aan patiëntencontacten, wordt de werkbelasting nog verder vergroot door de grote berg administratie en de vele avondlijke activiteiten die hen worden opgelegd – waaronder bijscholingen, LOK's, vergaderingen, ... Een reorganisatie van het werk, waarbij er een grens wordt gesteld aan de vele en in de beleving van vele artsen ook nutteloze administratie – waardoor er dus meer tijd terug vrijkomt voor effectieve patiëntencontacten – lijkt bijgevolg zinvol. Wanneer hier iets aan gedaan zou worden en deze werklast een stuk verkleind zou worden, zou de algemene werkbelasting van artsen ook verminderd worden *zonder* dat dit ten koste gaat van de patiënt.

   Daarnaast kan men zich ook afvragen hoeveel informatie zal blijven hangen, wanneer een arts na een hele dag werken om 20u30 nog een twee uur durende bijscholing volgt. Is dit het beste tijdstip om informatie over te brengen? En als we per se voor dit moment van de dag kiezen, heeft het dan nog wel zin dat de bijscholing gegeven wordt? Het lijkt interessanter om bijscholingen in dat geval online te organiseren, zodat artsen vrij zijn deze te volgen op het moment dat hen dat het beste past. De permanentie-voorziening, zoals vb. in de vorm van een callcenter, die hierboven werd besproken, kan ook de ruimte bieden dat artsen in de toekomst in staat zijn overdag bijscholingen te volgen zonder zich hierover schuldig te voelen tegenover patiënten: er is immers steeds iemand bereikbaar voor wie dit echt nodig heeft.

4. Vervangingen

   Momenteel is er enerzijds voldoende aanbod aan artsen die vervangingen willen doen en artsen die op zoek zijn naar iemand die hen wil vervangen – om welke reden dan ook. Er is binnen onze huidige maatschappij echter geen enkele manier om deze twee groepen met elkaar in contact te brengen.

   Voor andere jobs bestaan interimkantoren, om werkzoekenden en werkgevers met elkaar in contact te brengen. Voor artsen bestaat er geen gelijkaardig initiatief. Er zijn voldoende artsen die ervoor kiezen geen vaste praktijk te hebben, maar enkel vervangingen te doen. M.a.w. er *is* een beschikbare vervangingspool voor zieke of afwezige huisartsen (vb. voor familiale doeleinden). We zien echter dat beide partijen niet op een efficiënte manier met elkaar in contact worden gebracht. Een interimkantoor dat hun service ook aan artsen aanbiedt – of een kantoor specifiek voor artsen – zou hier een oplossing kunnen bieden.

4.4.2.2 Hulp voor artsen die het moeilijk hebben

4.4.2.2.1 Organisaties

Tot voor kort waren er in onze maatschappij geen organisaties voor artsen die het moeilijk hebben. Hoewel er de laatste jaren enkele initiatieven opgericht werden, is het aanbod nog steeds gering. In de eerste plaats is er in Oost-Vlaanderen het project Arts in Nood, een volledig autonoom functionerende organisatie opgericht door de Orde der Geneesheren. Doctors4Doctors, welke in Antwerpen werd opgericht, zal ook buiten Antwerpen meer en meer uitgebouwd geraken. Daarnaast kan de cursus Mindful@Work, georganiseerd door het ITAM instituut, mensen helpen om te gaan met stress op het werk. Ook is er het online hulpprogramma MijnKwartier.be, en biedt ECCHT hulp wanneer het gaat om samenwerking en praktijkorganisatie.

Hoewel deze initiatieven zeer zinvol zijn, is dit slechts een begin. Ze bieden een plaats waar artsen terecht kunnen wanneer ze hulp nodig hebben, maar worden nog onvoldoende gedragen door de maatschappij. Stel dat een arts kampt met vb. een alcoholprobleem. Soms is ambulante hulp onvoldoende, maar zomaar een praktijk en de patiënten achterlaten – in de beleving van vele artsen 'in de steek laten' – is niet evident. Waar kunnen de patiënten in tussentijd terecht? Maar ook: wat wacht de arts nog bij thuiskomst, nadat hij de nodige hulp heeft gekregen en genezen is van zijn probleem? In België bestaan hier geen richtlijnen voor, geen programma's, geen ondersteuning voor de artsen in kwestie. Daar waar in het buitenland hier wél over wordt nagedacht, en in sommige landen vb. de arts zonder loonsonderbreking enkele maanden kan opgenomen worden o.w.v. een therapie – waarbij bij terugkomst de praktijk gewoon op hem wacht (dankzij een interim-arts) op voorwaarde dat de arts zelf kan bewijzen dat hij genezen is – bestaan er in België geen dergelijke maatregelen. Ook dit kan een drempel vormen voor artsen om hulp te zoeken.

Ten slotte kruipt er tijd in het zoeken van hulp. Op een moment dat dikwijls binnen zijn werkuren valt – artsen werken immers regelmatig tot 's avonds laat – moet een arts die het moeilijk heeft tijd vrijmaken om met een collega te praten of in therapie te gaan. Als we weten dat de vele werkuren, de werkdruk en een onevenwicht tussen werk en privé juist een belangrijke oorzaak zijn binnen het ontstaan van *onwel*zijn bij artsen, kan men ook begrijpen dat het in dergelijke omstandigheden niet eenvoudig is om de stap naar hulp te zetten.

De maatschappij heeft hier bijgevolg een belangrijke rol én de verantwoordelijkheid mee zorg te dragen voor haar artsen, o.a. door in eerste instantie mee na te denken over initiatieven welke artsen in moeilijkheden kunnen opvangen en begeleiden naar herstel.

4.4.2.2.2 Rol eigen huisarts

Uit het onderzoek blijkt dat slecht een klein percentage van de deelnemende artsen een eigen huisarts heeft. Nochtans kan een arts juist een vertrouwenspersoon zijn, iemand bij wie men terechtkan wanneer het moeilijk gaat. De voorwaarde hiervoor is wel dat de vertrouwensband reeds is opgebouwd vóórdien, in de periode dat het wel goed gaat. Hoewel vele artsen het idee hebben dat ze *zelf* wel hun banale klachten en infectieziekten kunnen behandelen, is het juist tijdens consultaties zoals deze dat een

vertrouwensband met een huisarts ontstaat. Door ook voor deze kleine kwalen naar de huisarts te gaan, zal de drempel lager liggen om de huisarts te contacteren wanneer het écht nodig is. Vanuit deze invalshoek kan het dus zeker zinvol zijn moest iedere arts een eigen huisarts hebben.
Daarnaast kan men betwijfelen of artsen wel op dezelfde objectieve manier naar zichzelf kunnen kijken als dat ze naar hun patiënten doen – m.a.w. de kans bestaat dat ze niet steeds alle *'niet-pluis'* signalen bij zichzelf zullen herkennen, en bijgevolg mogelijk ernstige diagnoses sneller bij zichzelf over het hoofd zullen zien dan bij hun patiënten. Ook hiervoor kan het dus interessant zijn tóch een eigen huisarts te nemen.

4.4.2.3 Maatschappelijk herkennen van artsen die het moeilijk hebben

Het doel is hier dat er een kader gecreëerd wordt dat het mogelijk maakt de artsen die het moeilijk hebben er uit te filteren, zodat zeer gericht hulp op maat kan aangeboden worden. Hierna volgen enkele mogelijkheden of suggesties die hier een rol zouden kunnen spelen. Het doel van dit werk is niet deze als de absolute waarheid naar voor te schuiven, maar opnieuw eerder mensen aan te zetten hier mee verder over na te denken en zo het maatschappelijk debat op gang te trekken.
Eén van de mogelijkheden zou hier kunnen zijn dat men artsen verplicht jaarlijks op controle te gaan bij de arbeidsgeneesheer. Ook een verplicht bezoek aan de psycholoog of huisarts 4x/jaar zou een rol kunnen spelen in een grootschalig screeningsprogramma. Nog een andere optie is verplichte deelname aan intervisie-groepen, waarbij artsen enerzijds ruimte krijgen om te ventileren onder collega's – en elkaar op deze manier te ondersteunen – maar waarbij artsen anderzijds ook een signaalfunctie kunnen vormen (in de eerste plaats naar elkaar toe, maar in noodsituaties kan dit ook naar een hulpinstantie toe zijn). Hierbij is er uiteraard steeds een wankel evenwicht, waarbij er een omgeving gecreëerd moet worden waar artsen veilig kunnen bespreken wat er in hun omgaat, zonder de schrik te hebben door collega's gerapporteerd te worden aan verdere instanties. Daarom ook dat de signaalfunctie in eerste instantie onderling dient te gebeuren, waarbij artsen de arts met wie het niet goed gaat proberen te motiveren verdere hulp te zoeken.
Er zijn maatschappijen waar dit anders zou verlopen – waar mensen verplicht zijn het aan te geven wanneer een arts tekenen van depressie of alcoholmisbruik vertoont. In de context binnen België weegt het beroepsgeheim en de collegialiteit echter zwaarder door, waardoor men niet snel geneigd zal zijn een collega te rapporteren – zelfs niet bij instanties zoals 'Arts in Nood' of D4D. Bovendien zullen artsen – net zoals andere patiënten – beter meewerken met de hulp die aangeboden wordt, indien zij uit vrije beweging deze hulp zelf opzoeken.
Uiteraard dient er dus in eerste instantie geprobeerd te worden de arts in kwestie te motiveren zélf hulp te zoeken. Maar wat als die arts het niet doet? Wat als deze alle aangeboden hulp afwijst, en doorgaat alsof er niets aan de hand is? Kunnen we – als arts én als mens – dan echt zomaar toekijken, wetende welke consequenties dit heeft voor de patiëntenzorg die de arts levert, en níets doen? Kunnen we in eer en geweten toekijken en afwachten... en achteraf zeggen, wanneer er wéér eens een arts is die uit het

leven stapt, dat we het wel hebben zien aankomen, maar ervoor gekozen hebben niet in te grijpen omwille van beroepsgeheim? Hier bestaat geen pasklaar antwoord op, maar tegelijk is het duidelijk dat ook hier het maatschappelijk denkkader toe is aan groei en evolutie, zodat er hulp kan komen voor zowel de arts in kwestie, als zijn patiënten. Uiteindelijk gaat het hier om méér levens dan alleen dat van de arts in kwestie zelf.

4.4.2.4 Preventie

Naast het vergroten van het maatschappelijk draagvlak, is er ook ruimte om de draagkracht van artsen zelf te vergroten. Zo zou het misschien zin kunnen hebben een online programma te ontwikkelen – voor specifieke doelgroep – met een aantal gerichte psychotherapeutische interventies die artsen op hun eigen tempo thuis kunnen doorlopen en die hun welzijn bevorderen. Ook het oprichten van intervisie-groepen (cfr. supra) kunnen bijdragen tot preventie. Men dient na te denken over manieren waarop de bevlogenheid onder artsen gestimuleerd kan worden. Dit zal uiteraard deels individueel verschillend zijn, maar heeft opnieuw ook een maatschappelijke basis.

4.5 Voorstellen voor verder onderzoek

- Er zijn reeds vele aspecten van welzijn besproken tijdens deze enquête, maar enkele kwamen hier minder of niet aan bod: vb. intellectueel welzijn, spiritueel welzijn, of de behoefte naar zelfactualisatie en zelftranscendentie in de piramide van Maslow. Deze domeinen bieden interessante invalshoeken voor verder onderzoek.
- Nu het welzijn van artsen met dit onderzoek in kaart werd gevraagd, kan het interessant zijn dit in een volgende fase verder te exploreren aan de hand van gestandaardiseerde vragenlijsten.
- Minstens even interessant kan het zijn dit onderzoek open te trekken naar andere provincies in dit land.
- Hoewel de enquête werd afgenomen onder alle artsen, werd in deze thesis tijdens de discussie vooral geredeneerd vanuit het huisartsenkader. Het kan interessant zijn een gelijkaardig onderzoek te laten uitvoeren door iemand die meer thuis is in de ziekenhuis-setting – zoals bijvoorbeeld een assistent geriatrie.
- In dit onderzoek werd er weinig aandacht besteed aan huisartsen en specialisten in opleiding. Het kan interessant zijn dit onderzoek voor hen te herhalen, wat mogelijk andere antwoorden zal geven dan in deze enquête. Verder kan men ook nagaan hoe men deze groep weerbaarder kan maken, en hoe de bevlogenheid kan bewaard of verbeterd worden.
- Aanvullend op dit onderzoek kan het interessant zijn artsen te bevragen die omwille van ziekte of ongeval langdurig arbeidsongeschikt zijn.
- Ook het bevragen van naaste familie van artsen die ervoor gekozen hebben uit het leven te stappen, kan zeer zinvol zijn. Onderstaande mail toont hoe sterk dit onderwerp leeft – en dat we de mensen die het het moeilijkst hebben (of hebben gehad), ook de mensen zijn die we dikwijls niet (meer) kunnen bereiken.

"Beste collega,

Misschien ook eens kijken of je de achtergebleven partners kunt betrekken in Uw verhaal. Ze hebben nl. de zelfdoding van hun partner meegemaakt. Ik heb dit jaar 3 collega artsen verloren op deze manier."

- Ontwikkelen van een cursus arts-empowerment die artsen verder kan ondersteunen en hun draagkracht kan vergroten
- Ontwikkelen online zelfhulp programma voor artsen (cfr. supra: preventie)
- Onderzoek naar de loskoppeling van praktijkvoering en wachtdiensten bij huisartsen
- Is er een verschil tussen artsen die solo werken of in groep? Nu is de tendens om meer in groep te werken: is dit voor iedereen oké? Pluspunten? Valkuilen?

5. Conclusie

Er is reeds geregeld onderzoek gevoerd naar middelenmisbruik, burn-out, depressie en suïcidaliteit bij artsen. Tot nog toe werd er echter nog geen onderzoek gedaan naar het welzijn van artsen, en hoe artsen dit welzijn voor zichzelf bewaken. Met dit onderzoek werd hiertoe een eerste aanzet gegeven.

Het geringe aantal non-responders onder de deelnemers van de enquête en de uitgebreide antwoorden op de open vragen, toont aan dat dit onderwerp ook een thema is dat actueel is en leeft bij artsen.

Uit de verzamelde gegevens blijkt dat het met grossso modo driekwart van de deelnemende artsen goed gaat – zowel op vlak van het fysieke als het psychische welzijn. Hierbij wordt rekening gehouden dat dit cijfer in werkelijkheid vermoedelijk lager zal liggen, gezien de deelnemers-bias.

Onder de dingen die een job als arts uitputtend maken, worden vnl. de vele administratie, ontevreden of veeleisende patiënten, druk onder collega's, hoge werkdruk en lange werkdagen, de routine, de wachtdiensten, avondactiviteiten en 'vals-dringende' oproepen genoemd. Dingen – binnen het werk – die de draagkracht van artsen dan weer vergroten, zijn: het gevoel dat dit een 'roeping' is, interesse in wat men doet, sociaal contact met patiënten en collega's, appreciatie van patiënten, de variatie, de status en het gevoel mensen écht te kunnen helpen. In de privésfeer kan dit aangevuld worden met een partner en gezin, contacten met familie en vrienden, sporten en hobby's.

Het bewaken van de autonomie binnen een praktijk kan volgens de meeste artsen door: afbakenen van de agenda, praktijkondersteuning, samenwerken met collega's, antwoordapparaat, durven grenzen stellen (vnl. naar patiënten toe, maar ook t.o.v. collega's), het concept 'therapeutische autonomie' en de regels van de praktijk van in het begin duidelijk te communiceren naar patiënten toe.

Artsen geven aan dat hun werk veel tijd vraagt, wat dikwijls ten koste gaat van de tijd die ze doorbrengen met partner, gezin, familie en vrienden. Ook hobby's en soms zelfs vakantie komen in het gedrang door de hoge werkdruk. Nochtans blijkt uit de enquête ook dat juist deze zaken – contact met het sociaal

netwerk en hobby's – de dingen zijn die maken dat artsen hun job volhouden op moeilijke momenten. Onder de deelnemers wordt het bewaken van de eigen grenzen – met als doel de work-life balance in evenwicht te houden – dan ook gezien als de belangrijkste vorm van zelfzorg. Enerzijds kan dit door de werktijden en agenda-indeling voldoende te begrenzen, en anderzijds door eerst en vooral voldoende kwaliteitsvolle momenten te delen met partner, familie en vrienden, maar ook door tijd te voorzien voor zichzelf en allerhande ontspannende activiteiten. Daarnaast worden ook samenwerken met collega's, voldoende tijd voorzien voor eten en slapen, aandacht voor de eigen psychische en fysieke symptomen, betere organisatie workload/time-management, goede contacten met collega's, minder wachtdiensten of een reorganisatie van de wachtdiensten, in loondienst gaan of stoppen met werken (pensioen), praktijkondersteuning, het contacteren van een eigen arts, deelnemen aan intervisie/zelfzorggroepen, relativeren, optimisme, levenslang bijleren en 'medicus cura te ipsum' genoemd als zelfzorgactiviteiten.

Met dit onderzoek hebben artsen aangegeven wat voor hen belangrijk is, en hoe het eigen welzijn bewaakt kan worden. Misschien dat de tijd is aangebroken dat de maatschappij kijkt op welke manier zij tegemoet kan komen aan de noden van deze bevolkingsgroep, op een manier waarop de zorgverlening voor patiënten niet in het gedrang komt.

6. Referenties

1. Shapiro SL. The art and science of mindfulness. Cassidy Seminars; Skirball Cultural Center, Los Angeles, CA2008.
2. Brooks SK, Gerada C, Chalder T. Review of literature on the mental health of doctors: are specialist services needed? Journal of mental health. 2011;20(2):146-56.
3. Gundersen L. Physician burnout. Annals of internal medicine. 2001;135(2):145-8.
4. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. Lancet. 2009;374(9702):1714-21.
5. Wallace. Doctors get ill too. Lancet. 2009;374(9702):1653.
6. Cole TR, Carlin N. The suffering of physicians. Lancet. 2009;374(9699):1414-5.
7. Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM. The well-being of physicians. The American journal of medicine. 2003;114(6):513-9.
8. Campbell DA, Jr. Physician wellness and patient safety. Annals of surgery. 2010;251(6):1001-2.
9. Weiner EL, Swain GR, Wolf B, Gottlieb M. A qualitative study of physicians' own wellness-promotion practices. The Western journal of medicine. 2001;174(1):19-23.
10. Myers DG. The funds, friends, and faith of happy people. The American psychologist. 2000;55(1):56-67.
11. Wallace JE, Lemaire J. On physician well being-you'll get by with a little help from your friends. Social science & medicine. 2007;64(12):2565-77.
12. Maslow AH. A Theory of Human Motivation. Psychological review. 1943;50:26.

13. Kenrick DT, Griskevicius V, Neuberg SL, Schaller M. Renovating the Pyramid of Needs: Contemporary Extensions Built Upon Ancient Foundations. Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science. 2010;5(3):292-314.
14. Zalenski RJ, Raspa R. Maslow's hierarchy of needs: a framework for achieving human potential in hospice. Journal of palliative medicine. 2006;9(5):1120-7.
15. National Wellness Institute. Available from: NationalWellness.org.
16. So What is 'Self Care'? Available from: https://www.uky.edu/StudentAffairs/VIPCenter/downloads/self%20care%20defined.pdf.
17. Belgium.be P. Welzijn op het werk. Available from: http://www.belgium.be/nl/werk/gezondheid_en_welzijn/welzijn_op_het_werk/
18. Al. SS-Re. Caring for oneself to care for others: physicians and their self-care. The journal of supportive oncology. 2013;11(2).
19. Dale V. Van Dale Groot woordenboek der Nederlandse taal 2014. Available from: www.vandale.be.
20. Buelens M. Zelfzorg, de filosofie en de vertaling naar de praktijk.
21. WHO. Health Education in Self-care: Possibilities and Limitations. 1998.
22. Industry ASM. Self Care 2008. Available from: http://www.asmi.com.au/Social%20media/default.aspx.
23. Kearney MK, Weininger RB, Vachon ML, Harrison RL, Mount BM. Self-care of physicians caring for patients at the end of life: "Being connected... a key to my survival". JAMA : the journal of the American Medical Association. 2009;301(11):1155-64, E1.
24. Dewulf GVL. Help! Mijn batterijen lopen leeg.: Terra-Lannoo, Uitgeverij; 2012. 128 p.
25. Halbesleben JR, Rathert C. Linking physician burnout and patient outcomes: exploring the dyadic relationship between physicians and patients. Health care management review. 2008;33(1):29-39.
26. Anagnostopoulos F, Liolios E, Persefonis G, Slater J, Kafetsios K, Niakas D. Physician burnout and patient satisfaction with consultation in primary health care settings: evidence of relationships from a one-with-many design. Journal of clinical psychology in medical settings. 2012;19(4):401-10.
27. Prasko J, Mozny P, Novotny M, Slepecky M, Vyskocilova J. Self-reflection in cognitive behavioural therapy and supervision. Biomedical papers of the Medical Faculty of the University Palacky, Olomouc, Czechoslovakia. 2012;156(4):377-84.
28. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. Journal of personality and social psychology. 2003;84(4):822-48.

Bijlage 1: Operationele definities

Deeltijdse werkdag:	een weekdag waarop minder dan 6 uur werd gewerkt.
Emotioneel/psychisch welzijn:	een psychische zijnstoestand waarbij men harmonie ervaart in de eigen innerlijke leefwereld.
Voltijdse werkweek:	een werkweek waarbij 38-48 uur gewerkt werd, wachtdiensten niet meegerekend.
Fysiek welzijn:	een situatie waarin voldaan werd aan de fysieke noden van de mens (voedsel, slaap, ademen, seks, ...), waarin men in goede fysieke gezondheid verkeert en waar ruimte is voor verdere fysieke ontwikkeling, vb. door sport en beweging.
Hobby:	ontspannende bezigheid in je vrije tijd, met een onmiddellijke return voor jezelf
Niet-medisch advies:	alle advies dat niet rechtstreeks met geneeskunde of de job als arts te maken heeft.
Overmatig alcoholgebruik:	alcoholgebruik van >21^{E} per week, of >3^{E} op een van de dagen in de week voorafgaand aan het invullen van de enquête.
Parttime werken:	minder dan 38u/week werken
Sociaal welzijn:	bestaat enerzijds uit het toegang hebben tot een sociaal netwerk (vrienden, familie) en anderzijds uit het ervaren van een innerlijke harmonie omtrent de eigen positie binnen dit netwerk.
Vakantie:	vrije tijd van minstens 3 opeenvolgende werkdagen, welke besteed werden aan hobby's, reizen of een andere vorm van ontspanning.
Voltijdse werkdag:	elke werkdag waarop meer dan 6 uur werd gewerkt.
Verhouding werk t.o.v. andere levensactiviteiten:	Werkweek van >48u (cfr. Europese norm)
Welzijn:	welzijn is een zijnstoestand, waarin voldaan wordt aan volgende 3 vereisten: 1. De menselijke behoeften zijn voldaan 2. Er is ruimte om betekenisvol te reageren op het (verlangen naar) het nastreven van eigen (levens)doelen 3. Men kan genieten van een voldoening gevende levenskwaliteit
Zelfzorg:	de zorg die men aan zichzelf besteedt om te voldoen aan de eigen behoeften en noden, welke op deze manier bijdraagt tot het behoud en/of verbetering van eigen welzijn en persoonlijke gezondheid.

Bijlage 2: Uitgebreide bespreking 'piramide van Maslow' en 'welzijnswiel'

De piramide van Maslow

In de moderne psychologie zijn verschillende stromingen bekend. Zo is er de psycho-analyse (Freud) en de gedragsgerichte psychologie, welke zich beiden vooral gericht hebben op de uiterlijk waarneembare kenmerken van gedrag, en de omschrijving van mentale ziekte en ongeluk. Maslow heeft de behoeftenpiramide opgesteld als reactie hierop, met als doel te omschrijven hoe mensen komen tot een *positieve mentale gezondheid* en *geluk*, niet enkel mentale ziekte en ongeluk. (12, 13)

De basis van de piramide wordt gevormd door wat Maslow beschouwde als de meest essentiële behoeften van de mens: fysiologische noden zoals ademen, voedsel, slaap en seks. (12-14) Reeds aan deze basis zijn er mogelijkheden om het welzijn van artsen te verbeteren: sommige artsen eten op onregelmatige tijdstippen of durven een maaltijd over te slaan, en ook slaaptekort (vb. na een drukke wachtdienst) heeft een impact op het welzijn van artsen.

Als je een trapje hoger gaat is er de behoefte aan veiligheid: een dak boven het hoofd, een job, financiële veiligheid, een goede gezondheid, ... (12-14) We kunnen ervan uitgaan dat voor het grootste deel van de artsen in de Westerse wereld een dak boven het hoofd hebben en een job – een bron van inkomsten – hebben. Toch zijn er andere aspecten, zoals financiële veiligheid, waar we niet zomaar van uit kunnen gaan dat die voor iedereen voldaan zijn: ook artsen kunnen in principe schulden hebben, of in een onvoorziene situatie terecht komen waardoor hun financiële situatie plots krap wordt. Ook artsen kunnen ziek worden – een onschuldige infectie, of meer ernstige gezondheidsproblemen. Hier is er weer een mogelijkheid om het welzijn van artsen te bevorderen: enerzijds door zelf een arts te raadplegen en anderzijds door, indien nodig, een of enkele dagen thuis te blijven van het werk bij ziekte.

Dit wordt dan weer gevolgd door de sociale noden, het verlangen naar liefde en het gevoel ergens bij te horen – m.n. vriendschap, familie en intimiteit. (12-14) Zoals voor elke mens is het ook voor artsen belangrijk een sociaal netwerk te hebben – vb. een partner, een gezin, familie en vrienden. In vele gevallen wordt dit potentieel bedreigd door de vele uren die artsen werken. In de eerste plaats kan dit gevolgen hebben voor vriendschappen, maar dit kan ook doorwegen op het gezinsleven en eventueel – in combinatie met een aantal andere factoren – uiteindelijk leiden tot echtscheiding. Indien een arts door het vele werk nog weinig tijd over heeft voor zijn gezin, zijn familie en zijn vrienden, kan dit op lange termijn leiden tot sociale isolatie. Omgekeerd kan voldoende tijd en aandacht besteden aan het sociale netwerk het welzijn van artsen ook juist bevorderen.

Op de vierde trap van de piramide komt dan de behoefte aan waardering, in de vorm van zelfwaardering, zelfvertrouwen, respect van anderen en respect voor anderen. (12-14) Arts zijn kan hier het welzijn bevorderen: het levert een arts een zekere status – en vooral respect – binnen de maatschappij. Deze positieve affirmatie kan een boost geven aan het zelfvertrouwen en het zelfrespect van artsen. Door de dagdagelijkse patiëntencontacten en de vele, soms schrijnende, verhalen die dagelijks met artsen worden gedeeld, zijn er ook buiten de privésfeer van artsen vele mogelijkheden om medemensen te respecteren. Anderzijds kan een medische fout, of het eigen gevoel niet goed genoeg te doen, ook aanleiding zijn tot onwel zijn bij artsen. Ook de hoge dosis perfectionisme, die men regelmatig ziet bij artsen, kan oorzaak zijn van onwelzijn.

De top van de piramide wordt gevormd door de behoefte aan zelfactualisatie. In tegenstelling tot de 4 voorgaande trappen gaat het hier niet zozeer om het opvullen van een tekort, maar wel om het verlangen naar persoonlijke groei: we willen ons persoonlijk potentieel zoveel mogelijk waarmaken. (12-14) Dit kan op verschillende manieren gebeuren. Enerzijds is de beroepskeuze die men maakt mogelijks al een uiting van dit verlangen naar persoonlijke groei, maar daarnaast gaat het ook om interesses buiten de geneeskunde welke men kan blijven nastreven. Dit kan de basis zijn voor eventuele hobby's of andere vrijetijdsbesteding, welke opnieuw kan bijdragen tot het individuele welzijn. In de privésfeer kan het gaan om bepaalde handelingen of innerlijke transformaties waardoor men steeds opnieuw probeert een betere versie van zichzelf te worden – wat voor elke mens iets anders kan zijn.

In een latere versie heeft Maslow hieraan ook nog zelftranscendentie toegevoegd, waarbij men probeert zichzelf te overstijgen en streeft naar eenheid binnen een groter geheel – zij dit nu als deel van de mensheid of in de vorm van spiritualiteit. (12-14) Het spreekt voor zich dat dit binnen de geneeskunde zeker mogelijk is, wanneer men – vb. in urgente situaties – zichzelf even opzij moet zetten om een patiënt te kunnen helpen. Het gaat dan niet meer om zichzelf, maar iets dat belangrijker is dan het eigen welzijn op dat moment. Daarnaast is het echter ook zo dat artsen, net als andere mensen, deze zelftranscendentie ook nog op andere manieren kunnen proberen te verwezenlijken – vb. door deel uit te maken van een bepaalde geloofsovertuiging, of door arts en patiënt op dezelfde lijn te plaatsen en te vertrekken vanuit een gelijkwaardige relatie.

Een van de kritieken op de piramide is dat verschillende behoeften tegelijkertijd aanwezig kunnen zijn. Zo kan iemand tegelijkertijd behoefte hebben aan eten en aan veiligheid. Met andere woorden: de noden aan deze verschillende zaken is *niet* hiërarchaal, waardoor de piramide die Maslow heeft opgesteld geen correcte weergave geeft van de werkelijkheid. Desondanks geeft de piramide *wel* een mooi beeld van wat men nodig heeft om tot welzijn te komen – mits men de verschillende trappen gelijk stelt aan elkaar. Ook kan men grosso modo stellen dat het streven naar persoonlijke groei pas komt wanneer basisbehoeften – zoals de zekerheid van 3 maaltijden per dag of een dak boven het hoofd – vervuld zijn. (13)

De zes dimensies van welzijn

Aan de hand van voorgaande inzichten kan men stellen dat welzijn een zijnstoestand is, waarin voldaan wordt aan volgende 3 vereisten:

1. De menselijke behoeften zijn voldaan
2. Er is ruimte om betekenisvol te reageren op het (verlangen naar) het nastreven van eigen (levens)doelen
3. Men kan genieten van een voldoening gevende levenskwaliteit (11, 15)

Het *National Wellness Institute* definieert welzijn als: *"an active process through which people become aware of, and make choices toward, a more successful existence"*. (15)

In de breedst mogelijke betekenis is het een algemeen concept dat zowel de objectieve als de subjectieve factoren omvat welke elk een bijdrage leveren tot gezondheid en levenskwaliteit. Het is een ongrijpbaar concept dat de verschillende menselijke dimensies omvat. Het is een dynamisch proces is waarbij er een evenwicht dient te zijn tussen de verschillende aspecten van het menselijk functioneren. Deze *menselijke dimensies*, net zoals *de verschillende aspecten van het menselijk functioneren*, kunnen we begrijpen als de verschillende trappen van de behoeftenpiramide van Maslow – m.n. het fysieke, het sociale, het intellectuele, het emotionele, en het spirituele aspect van een menselijk leven. (12, 13)

Het principe van deze zes dimensies van welzijn is in feite heel vergelijkbaar met de piramide van Maslow, met als grote verschil dat de verschillende onderdelen elk even zwaar doorwegen in het algemene welzijn van een persoon. Er is geen hiërarchie meer. Het is duidelijk dat ook de opdeling – hoewel licht verschillend in benaming – inhoudelijk ook grosso modo overeen komen. Hierdoor toont dit diagram niet alleen dat 'welzijn' zich in principe kan afspelen op 6 verschillende domeinen (zie figuur), maar ook dat elk van deze domeinen in evenwicht dient te zijn met elkaar om uiteindelijk tot welzijn te kunnen komen. (15, 16)

Ook deze zes dimensies kan men opnieuw gaan toepassen op artsen-welzijn:

1. Emotioneel welzijn is een psychische zijnstoestand waarbij men harmonie ervaart in de eigen innerlijke leefwereld. Dit betekent dat er een overeenstemming is tussen eigen gedrag, gevoelens, gedachten en levensfilosofie. Hoewel het hier om de innerlijke leefwereld gaat, kan men dit niet los zien van de buitenwereld: er is steeds sprake van wederzijdse beïnvloeding, waarbij de buitenwereld een invloed heeft op wat er in iemand omgaat, maar ook emoties naar buiten gebracht kunnen worden en dus zo interageren met de buitenwereld. Emotioneel welzijn veronderstelt de mogelijkheid zich bewust te zijn van eigen gevoelens en deze te aanvaarden, eerder dan deze te ontkennen of negeren – m.a.w. een zekere mate van *zelfbewustzijn* (zie later). Voor artsen kan *bevlogenheid* een teken zijn van emotioneel welzijn, terwijl het omgekeerde, *burn-out*, uiteraard wijst op onwelzijn. Psychisch welzijn kan bevorderd worden door tijdig met iemand die men vertrouwt te praten. Bij artsen kunnen hier verschillende drempels ontstaan: als eerste omdat artsen gebonden zijn aan beroepsgeheim, en dus niet zomaar patiëntgerelateerde informatie waar ze het eventueel moeilijk mee hebben met anderen kunnen delen; ten tweede omdat ze zich ongemakkelijk zouden kunnen voelen in de wachtzaal van een collega, en schrik zouden kunnen hebben door eigen patiënten herkend te worden; als laatste omdat zelf hulp zoeken op zich voor een aantal artsen ook reeds een barrière kan vormen.
2. Occupationeel welzijn gaat niet enkel om welzijn *op* het werk, maar ook – en vooral – om welzijn *door* te werken, omdat werken het leven ook kan verrijken. Het ontstaat wanneer men een job uitoefent die op persoonlijk vlak betekenisvol is én belonend – wanneer men een carrière kiest welke overeenstemt met persoonlijke waarden, interesses en geloof. Op deze manier kan men deze persoonlijke waarden verder uitdragen via het werk dat men doet – wat het welzijn sterk bevordert. Ook betrokken zijn op het werk speelt een belangrijke rol bij occupationeel welzijn.

   Wanneer het de werkomgeving zelf betreft, omvat welzijn o.a. veiligheid op het werk, bescherming van de gezondheid van de werknemer, psychosociale belasting (cfr. stress, pesterijen, ...), hygiëne op de werkvloer en de ergonomie en verfraaiing van de werkplaats. (17)

   Voor artsen kan hun beroepskeuze bijgevolg zowel een bron van welzijn als van onwelzijn vormen. Enerzijds is arts-zijn een job met veel verantwoordelijkheid, vele en onregelmatige werkuren, een job waar men soms ook met stresserende situaties kan worden geconfronteerd, ... Dit heeft invloed op het fysieke en psychische (on)welzijn van vele artsen. Ook een gebrek aan autonomie of invloed op de eigen agenda kan stress veroorzaken en zo aan de basis liggen van onwelzijn. Anderzijds is arts-zijn – meer dan een aantal andere beroepen – iets dat betekenis heeft en geeft aan degene die deze job uitoefent, en dat – dankzij de patiëntencontacten – ook heel belonend kan zijn voor de arts zelf. Hierin ligt dus een bron van welzijn.
3. Fysiek welzijn kan men begrijpen als een situatie waarin:

- voldaan werd aan de fysieke noden (voedsel, slaap, ademen, seks, ...) – m.a.w. de basis van de piramide van Maslow
- men in goede fysieke gezondheid verkeert
- ruimte is voor verdere fysieke ontwikkeling, vb. d.m.v. sport en beweging

Het is een eigen verantwoordelijk om voor het lichaam te zorgen – of het nu gaat om kleine kwaaltjes, of weten wanneer een doktersbezoek toch noodzakelijk is. Cruciaal hierbij is het kennen van het eigen lichaam en (h)erkennen van de signalen van het lichaam, en hier ook naar luisteren. Daarnaast hebben bepaalde compensaties n.a.v. onwelzijn – zoals overmatig alcoholgebruik of middelenmisbruik – ook een negatieve invloed op het welzijn van artsen of mensen in het algemeen.

4. Sociaal welzijn speelt zich af op twee domeinen. Het wordt – deels – bepaald door het verlangen ergens bij te horen. Als eerste is er het verlangen bij een eigen sociaal netwerk te horen – het verlangen naar liefde, vriendschap en intimiteit met een partner, gezin, familie en vrienden. Mensen bij wie men zichzelf kan zijn, en met wie men kan delen wat er in zich omgaat. Hier kan het welzijn van artsen bedreigd worden door het grote aantal uren dat ze werken, wat ten koste kan gaan van hun privéleven en de tijd die ze doorbrengen met familie en vrienden. Een tweede aspect van sociaal welzijn wordt bepaald door het verlangen bij de maatschappij te horen, en een rol op te nemen binnen deze maatschappij. Dit kan dankzij het uitoefenen van het artsenberoep bevorderd worden, omdat dit een beroep is dat betekenisvol is en een duidelijke en belangrijke functie heeft binnen de maatschappij.
5. Intellectueel welzijn omvat het welzijn dat men kan bereiken door eigen kennis en vaardigheden steeds uit te breiden. Dit kan via een job – vb. als arts is het belangrijk steeds bij te blijven, wat het werk boeiend en uitdagend maakt – maar kan ook via hobby's, waarbij men in zijn vrije tijd ervoor kan kiezen ook nog op andere terreinen buiten geneeskunde bij te leren. Omgekeerd kan men ook overbevraagd worden indien men als arts steeds net boven het eigen niveau moet functioneren, te veel tijd moet spenderen aan het opzoeken van informatie en daardoor in een stresserende werksituatie terecht komt.
6. Spiritueel welzijn heeft te maken met de zoektocht naar een (levens)doel en naar betekenis in het leven. Dit kan voor iedereen verschillend zijn. Voor een aantal mensen betekent dit dat ze zich effectief aansluiten bij een geloofsovertuiging en daarin verder de zin van het leven proberen terug te vinden. Voor anderen ligt hun levensdoel dan weer in het zorgen voor anderen – een doel dat ze als arts makkelijk kunnen vervullen – en geeft deze job betekenis aan hun leven. Wanneer men op een gegeven moment in het leven zou gaan twijfelen aan deze (levens)doelen of de betekenis die men voor zichzelf aan het leven heeft gegeven, kan dit aanleiding geven tot onwelzijn.

Bijlage 3: Bevorderen van welzijn (literatuur)

Via zelfreflectie naar zelfbewustzijn

Zelfreflectie is een vaardigheid waarbij men zich d.m.v. introspectie bewust wordt van eigen emoties, overtuigingen, normen en waarden, en levensdoelen. Door steeds meer bewust te worden van zichzelf, anderen en de wereld rondom zich, kan men zich ook meer bewust worden van de invloed die deze mee hebben op eigen handelingen en emoties. (27)

Introspectie is een nuttige vaardigheid. Het kijken naar eigen gedrag en eigen emoties in bepaalde situaties helpt ons deze situaties beter te begrijpen en in bepaalde omstandigheden ook bij te sturen. Dit reflecteren over het eigen handelen en over de beleving van vb. een contact met een medemens leidt automatisch tot zelfbewustzijn: de beleving van de eigen identiteit – wie we zijn en wat we denken, voelen, doen of hebben meegemaakt. (23, 28) Zelfbewustzijn ontstaat als resultaat van zelfreflectie. Hulpmiddelen bij zelfreflectie zijn o.a. reflectief schrijven, mindfulness meditatie en Balint-groepen. (18, 23, 28)

Een continue zelfreflectie (van de arts uit) kan een belangrijke bijdrage leveren aan de consultatie en de arts-patiënt relatie. Dankzij het herkennen van eigen emoties die tijdens een consultatie naar boven komen, is het voor artsen makkelijker om de eigen noden te onderscheiden (zelfbewustzijn) van de noden van hun patiënt en gepast te reageren op dit laatste. Deze tweeledige alertheid – de eigen beleving van de consultatie alsook het aanvoelen van de behoeften en beleving van de patiënt – leidt enerzijds tot een kwalitatief betere patiëntenzorg en een grotere tevredenheid van de patiënten, en anderzijds resulteert dit ook in een betere zelfzorg van de arts en een groter engagement van de arts naar zijn job toe. (23, 27)

Dit eerste kan verklaard worden doordat zelfreflectie het empathisch vermogen verhoogt, altruïsme aanmoedigt en artsen in staat stelt zich beter af te stellen op subtiele – dikwijls non-verbale – signalen van de patiënt voor hen. Dit resulteert enerzijds in een betere arts-patiënt relatie en anderzijds in zal dit de arts ook in beter in staat stellen tijdens de consultatie op zoek te gaan naar een common ground en van daaruit via shared decision making voor de oplossing of therapie zal kiezen die ook het beste is voor *deze* patiënt. Bovendien (cfr. infra) zal men als arts beter in zijn vel zitten, waardoor men nogmaals kwalitatief beter werk levert – patiëntenzorg, in dit geval. (27)

Het laatste kan verklaard worden, omdat de arts ook zélf zich beter zal voelen bij een betere arts-patiënt relatie. Men zal bijgevolg als arts meer voldoening halen uit zijn patiëntencontacten. Bovendien leidt het grotere zelfbewustzijn ertoe dat artsen een kans krijgen om de eigen emoties binnen een consultatie een plaats te geven en er indien nodig iets mee te doen. Dit is een belangrijke stap binnen zelfzorg (cfr. infra). (27)

Omgekeerd leidt een verminderd zelfbewustzijn tot een gestegen risico op 'compassion fatigue' en burn-out, en voelen patiënten zich dikwijls minder goed begrepen. Daarnaast kan het ook zijn dat, wanneer artsen de eigen gedachten en gevoelens niet correct herkennen, dit onbewust gereflecteerd wordt in hun eigen gedrag. Op die manier kunnen deze gedachten en emoties een rol spelen in de consultatie, zonder dat men zich daar bewust van is. Dit kan een negatief effect hebben op de arts-patiënt relatie, en in sommige – extremere – gevallen zelfs op de diagnostische en therapeutische beslissingen die men als arts dagelijks neemt. (23, 27)

Zelfbewustzijn als sleutel tot zelfzorg

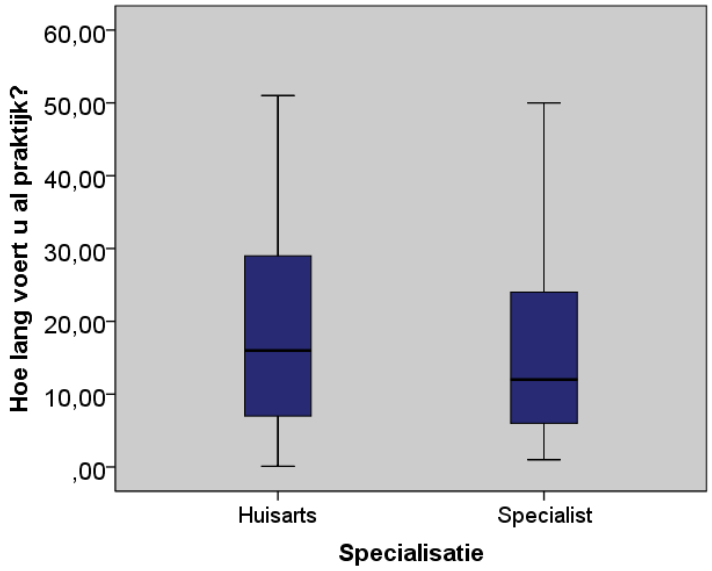
Om tot zelfzorg te komen, is een zekere mate van zelfbewustzijn zeer belangrijk. Zelfzorg zónder dit zelfbewustzijn is mogelijk, maar beperkt zich in feite tot enkel een bescherming tegen de omstandigheden waarin men leeft en werkt – zoals vb. het hanteren van een strikte scheiding tussen werk en privé, of het aan houden van duidelijke grenzen naar patiënten toe. Dit soort zelfzorg zonder zelfbewustzijn zal – in vergelijking met zelfzorg mét zelfbewustzijn – echter leiden tot een minder emotionele beschikbaarheid naar patiënten toe en minder voldoening in het werk. Wanneer men wel zelfbewustzijn implementeert in de zelfzorg, merkt men dat men erin slaagt emotioneel beschikbaar te blijven – d.m.v. empathie – óók in emotioneel zeer belastende en uitputtende situaties. (23)

Bijlage 4: Omschrijving algemene kenmerken van de respondenten

Van de 200 deelnemende artsen is 45% specialist, 38,5% huisarts en 11,5 % in opleiding (huisarts en specialist). Daarnaast is 3.5% een verzameling van artsen werkzaam in de maatschappelijke gezondheidszorg: CLB artsen, kind & gezin, arbeidsgeneesheer, … Tenslotte bleef in 1,5% van de gevallen de vraag onbeantwoord (zie tabel 1).

Tabel 1: Kenmerken deelnemers

	Man	**Vrouw**	**?**	**Totaal**
Huisarts	37	40	0	77
Specialist	40	50	1	91
In opleiding	7	16	?	23
Andere	3	4	?	7
?	0	0	2	2
Totaal	87	110	3	200



Figuur 1 toont dat er relatief weinig verschil is tussen huisartsen en specialisten wat betreft het aantal jaren dat zij reeds als arts werkzaam zijn.

Huidige gezinssituatie

Een overzicht wordt gegeven in tabel 2. Op deze vraag waren meerdere antwoorden mogelijk (men kan vb. zowel een partner als kinderen hebben...)

Tabel 2.

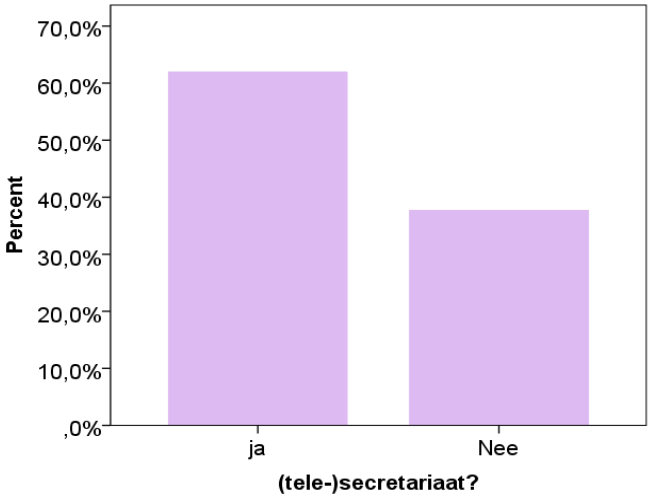
	Huisarts	Specialist	Totaal	%
Alleenstaand?	8	9	17	10,1
Partner?	64	73	137	81,5
Kinderen?	57	65	122	72,6
Gescheiden?	5	4	9	5,4
Weduwe/weduwnaar?	1	1	2	1,2

Praktijkorganisatie

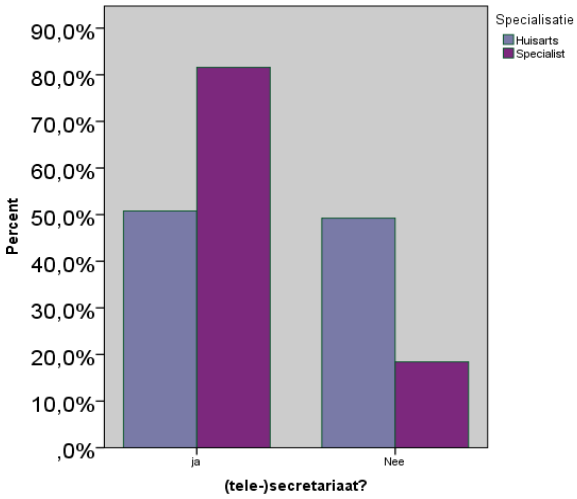
Hierbij werd enerzijds gekeken of er werd samengewerkt met een secretariaat en anderzijds naar de praktijksoort (solo, duo, ... enz.)

Wat betreft het secretariaat, werd geen onderscheid gemaakt tussen een secretariaat dat fysiek aanwezig was in de praktijk of een telesecretariaat. Ook werd er niet nagegaan of dit secretariaat voltijds ter beschikking stond van de arts en zijn praktijk of niet.

Wanneer men de antwoorden analyseert zonder onderscheid te maken tussen huisartsen en specialisten, ziet men dat een lichte meerderheid van de artsen (>60%) gebruik maakt van de faciliteiten van een secretariaat. Als men echter onderscheid gaat maken tussen huisartsen en specialisten, blijkt dat slechts ongeveer de helft van de huisartsen met secretariaat werkt, maar dat daarentegen meer dan 80% van de specialisten een secretariaat ter beschikking heeft (figuur 2a en 2b).



Figuur 2a



Figuur 2b

Gezien de geringe respons van specialisten op de vraag over praktijksoort, kunnen we voor de verdere analyse van praktijkorganisatie enkel een representatief beeld weergeven van de praktijkorganisatie van de deelnemende huisartsen.

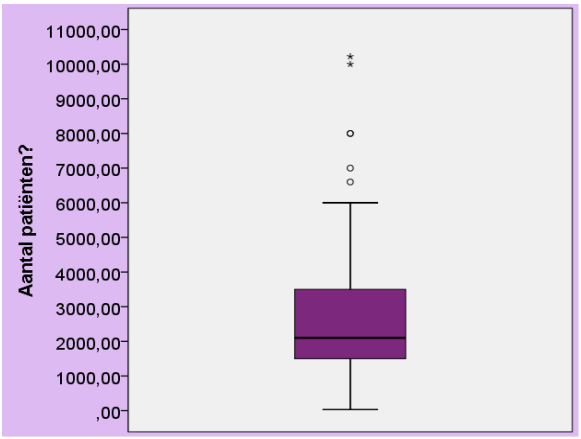
Uit de antwoorden kunnen we afleiden dat solopraktijken nog steeds het frequentst voorkomen (42,6% of 29 van de 68 deelnemende huisartsenpraktijken in Oost-Vlaanderen), gevolgd door groepspraktijken (27,9% of 19 praktijken), duopraktijken (14,7% of 10 praktijken), wijkgezondheidscentra (8,8% of 6 praktijken) en als laatste netwerkpraktijken (4 praktijken, 5,9%). Opvallend is dat vrouwen eerder geneigd zijn op een of andere manier samen te werken met collega's: 25 vrouwelijke artsen werken in groepsverband (duo, groepspraktijk of WGC) tegenover 9 vrouwelijke huisartsen die solo werken. Daartegenover merken we dat mannelijke huisartsen eerder solo werken: hier kiezen 24 van de artsen voor een solo- of netwerkpraktijk, tegenover 10 artsen die kiezen voor werken in groepsverband (duo, groepspraktijk of WGC) (zie tabel 3).

Tabel 3: praktijkorganisatie huisartsen Oost-Vlaanderen

	Solo	Duo	Groep	Netwerk	WGC	Totaal
Man	20	3	6	4	1	34
Vrouw	9	7	13	0	5	34
Totaal	29	10	19	4	6	68

Verder zien we dat er gemiddeld 2896,5 patiënten ingeschreven zijn per praktijk, maar dat dit sterk uiteenloopt (Q1 1500 patiënten – Q2 2100 patiënten Q3 3500 patiënten) wat ook te begrijpen valt gezien de verschillen in samenwerkingsverbanden (zie figuur 3).

Fig. 3: aantal patiënten per huisartsenpraktijk



Bijlage 5: samenvattende tabellen

FYSIEK WELZIJN

	Slecht		Neutraal		Goed		Missing variables		Totaal
Huisartsen en specialisten	4	23.8%	34	20.2%	128	76.2%	2	1.2%	168
Huisartsen	1	13.%	13	16.9%	62	80.5%	1	13%	77
Specialisten	3	3.3%	21	23.1%	66	72.5%	1	1.1%	91

CHRONISCHE PIJN

	Ja		Nee		Missing variables		Totaal
Huisartsen en specialisten	27	16.1%	139	82.7%	2	1.2%	168
Huisartsen	13	16.9%	64	83.1%	0	0%	77
Specialisten	14	15.4%	75	82.4%	2	2.2%	91

PIJNSCHAAL

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Missing variables	Totaal
Huisartsen en specialisten	1	10	5	3	3	1	1	0	0	0	3	27
Huisartsen	1	5	2	0	1	1	1	0	0	0	0	13
Specialisten	0	5	3	3	2	0	0	0	0	0	3	14

WERKWEEK

		Huisarts		Specialist		Totaal	
		Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Vrije dag?	nee	36	33	31	35	67	68
	ja	1	7	5	12	6	19
Vrije halve dag?	nee	27	25	24	33	51	58
	ja	10	15	12	14	22	29
	Totaal	37	40	36	47	73	87

Aantal uren/week

	gemiddeld	Q1	Q2	Q3	Minimum	Maximum
Huisartsen en specialisten	49u45min	44u	50u	55u30min	9u	96u
Huisartesn	52u30min	44u30min	53u	60u	20u	88u
Specialisten	47u30min	42u30min	48u	52u45min	9u	96u

CONTACT MET EIGEN HUISARTS OF SPECIALIST IN PERIODE 1/1/2013-15/2/2015

	Huisarts	Specialist	Man	Vrouw	Totaal
Contact met huisarts	24	13	16	21	37
Geen contact met huisarts	53	77	60	69	130
Ontbrekende waarden	0	1	1	1	3
Totaal	77	91	77	91	168

	Huisarts	Specialist	Man	Vrouw	Totaal
Contact met specialist	20	23	21	22	43
Geen contact met specialist	57	67	55	68	123
Ontbrekende waarden	0	1	1	1	3
Totaal	77	91	77	91	168

Contact met HA/specialist in periode 2013-2014 (1 ontbekend antwoord)

	Contact met HA	Geen contact met HA	Totaal
Contact met specialist	12	31	43
Geen contact met specialist	25	99	124
Totaal	37	130	167

ROKEN

	Roker	Niet-roker	Ontbrekende waarden	Totaal
Huisarts	13	64	0	77
Specialist	5	83	3	91
Totaal	18	147	3	168

STELLINGEN i.v.m. RECUPE

	Oneens/eerder oneens		Geen mening		Eerder eens/eens		Ontbrekende waarden		Totaal
Recupe na een wacht is niet nodig.									
Huisartsen en specialisten	110	65.5%	15	8.9%	31	18.4%	12	7.1%	168
Huisartsen	51	66.3%	9	11.7%	14	18.2%	3	3.9%	77
Specialisten	59	64.9%	6	6.6%	17	18.7%	9	9.9%	91
Ik heb persoonlijk geen nood aan recupe, maar kan begrijpen dat andere artsen dit wel nodig hebben.									
Huisartsen en specialisten	86	51.2%	20	11.9%	47	28%	15	8.9%	168
Huisartsen	43	55,9%	6	7.8%	24	31.2%	4	5.2%	77
Specialisten	43	47.3%	14	15.4%	23	25.3%	11	12.1%	91
Hoewel ik veel deugd zou hebben van recupe na een wacht, werk ik – omwille van mijn patiënten – de dag nadien gewoon door.									
Huisartsen en specialisten	47	28%	17	10.1%	91	54.2%	13	7.7%	168
Huisartsen	12	15.6%	6	7.8%	58	75.4%	1	1.3%	77
Specialisten	35	38.5%	11	12.1%	33	36.3%	12	13.2%	91

Ik neem soms recupe na een wacht, afhankelijk van de drukte in de praktijk.									
Huisartsen en specialisten	98	58.4%	19	11.3%	33	19.6%	18	10.7%	168
Huisartsen	52	67.6%	5	6.5%	16	20.8%	4	5.2%	77
Specialisten	46	50.6%	14	15.4%	17	18.7%	14	15.4%	91
Ik neem altijd recupe na een wacht.									
Huisartsen en specialisten	110	65.4%	8	4.8%	34	20.2%	6	9.5%	168
Huisartsen	61	79.2%	4	5.2%	8	10.4%	4	5.2%	77
Specialisten	49	53.9%	4	4.4%	26	18.6%	12	13.2%	91

STELLINGEN i.v.m. MAALTIJDEN

	Oneens/eerder oneens		Geen mening		Eerder eens/eens		Ontbrekende waarden		Totaal
Maaltijden zijn voor mij belangrijk: ik voorzie hiervoor in mijn agenda altijd een half uurtje of meer									
Huisartsen en specialisten	54	32.1%	11	6.5%	97	57.7%	6	3.6%	168
Huisartsen	21	29.9%	4	5.2%	48	62.4%	2	2.6%	77
Specialisten	31	34.1%	7	7.7%	49	53.9%	4	4.4%	91
Ik eet waar en wanneer ik tijd heb, maar neem wel steeds 3 maaltijden per dag									
Huisartsen en specialisten	46	27.4%	8	4.8%	108	64.2%	6	3.6%	168
Huisartsen	20	26%	5	6.5%	48	62.4%	4	5.2%	77
Specialisten	26	28.6%	3	3.3%	60	66%	2	2.2%	91
Ik durf regelmatig een maaltijd overslaan									
Huisartsen en specialisten	115	68.4%	4	2.4%	40	23.8%	9	5.4%	168
Huisartsen	53	68.9%	1	1.3%	18	23.4 %	5	6.5%	77
Specialisten	62	68.2%	3	3.3%	22	24.2%	4	4.4%	91
Wanneer ik werk, eet ik wel eens iets kleins tussendoor, maar nuttig ik geen echte maaltijd									
Huisartsen en specialisten	113	67.2%	7	4.2%	38	22.7%	10	6%	168
Huisartsen	51	66.3%	3	3.9%	17	22.1%	6	7.8%	77
Specialisten	62	68.2%	4	4.4%	21	23.1%	4	4.4%	91

STELLINGEN i.v.m. SLAAP

	Oneens/eerder oneens		Geen mening		Eerder eens/eens		Ontbrekende waarden		Totaal
Ik slaap voldoende en 's morgens ben ik over het algemeen goed uitgerust									
Huisartsen en specialisten	75	44.6%	13	7.7%	74	44.1%	6	3.6%	168
Huisartsen	34	44.2%	8	10.4%	32	41.6%	3	3.9%	77
Specialisten	41	45.1%	5	5.5%	42	46.2%	3	3.3%	91
Ik slaap slecht in (vb. door piekeren)									
Huisartsen en specialisten	105	62.5%	14	8.3%	39	23.3%	10	6%	168
Huisartsen	47	61.1%	7	9.1%	19	24.7%	4	5.2%	77
Specialisten	58	63.8%	7	7.7%	20	22%	6	6.6%	91
Ik kamp sinds enige tijd met een chronisch slaaptekort, 's morgens voel ik me zelden uitgeslapen									
Huisartsen en specialisten	85	50.6%	16	9.5%	57	33.9%	10	6%	168
Huisartsen	36	46.8%	9	11.7%	28	36.4%	4	5.2%	77
Specialisten	49	53.9%	7	7.7%	29	31.9%	6	6.6%	91

Ik ga op onregelmatige tijdstippen slapen, afhankelijk van mijn werk/sociaal leven									
Huisartsen en specialisten	73	43.5%	10	6%	75	44.7%	10	6%	168
Huisartsen	40	52.0%	4	5.2%	30	39%	3	3.9%	77
Specialisten	33	36.3%	6	6.6%	45	49.5%	7	7.7%	91

PSYCHISCH WELZIJN

	Slecht		Neutraal		Goed		Missing variables		Totaal
Huisarts & specialist	12	7.1%	30	17.9%	125	74.4%	1	0.6%	168
Huisarts	8	10.4%	14	18.2%	55	71.4%	0	0%	77
Specialist	4	4.4%	16	17.6%	70	76.9%	1	1.1%	91

HOE STERK VOELT MEN ZICH VERBONDEN MET PARTNER, FAMILIE en VRIENDEN?

	Slecht		Neutraal		Goed		Ontbrekende waarden		Totaal
Partner *									
Huisartsen en specialisten	3	2.2%	9	6.6%	124	90.5%	1	0.7%	137
Huisartsen	3	4.7%	4	6.3%	57	89.1%	0	0%	64
Specialisten	0	0%	5	6.8%	67	91.8%	1	1.4%	73
Familie									
Huisartsen en specialisten	13	7.8%	31	18.5%	123	73.2%	1	0.6%	168
Huisartsen	8	10.4%	14	18.2%	55	71.5%	0	0%	77
Specialisten	5	5.5%	17	18.7%	68	74.8%	1	1.1%	91
Vrienden									
Huisartsen en specialisten	30	17.9%	45	26.8%	90	53.6%	3	1.8%	168
Huisartsen	15	19.5%	21	27.3%	40	52%	1	1.3%	77
Specialisten	15	16.5%	24	26.4%	50	55%	2	2.2%	91

***** deze analyse werd enkel uitgevoerd op artsen die eerder antwoordden een partner te hebben.

MET WIE HEEFT MEN DE VOORBIJE WEEK CONTACT GEHAD?

	Collega's		Vrienden		Familie		Gezin		Ontbrekende variabelen		Tot.
Huisartsen en specialisten	97	57.7%	85	50.6%	88	52.4%	86	51.2%	6	3.6%	168
Huisarts	48	62.3%	43	55.8%	36	46.8%	41	53.2%	2	2.6%	77
Specialist	49	53.8%	42	46.2%	52	57.1%	45	49.5%	4	4.4%	91

	Partner *		Tot.
Huisartsen en specialisten	129	94.9%	136
Huisarts	60	93.8%	64
Specialist	69	95.8%	72

***** deze analyse werd enkel uitgevoerd op artsen die eerder antwoordden een partner te hebben.

FREQUENTIE CONTACT MET

	> of = 1x/week		Elke 2w tot >1x/m		Enkele/j tot 1x/j		nooit		ontbrekend	
Familie										
Huisartsen en specialisten	89	53%	58	34.6%	19	11.3%	0	0%	2	1,2%
Huisartsen	45	58.5%	20	26%	12	15.6%	0	0%	0	
Specialisten	44	48.4%	38	41.8%	7	7.7%	0	0%	2	2,2%
Vrienden										
Huisartsen en specialisten	50	29,8%	63	37.5%	52	30.9%	1	0,6%	2	1,2%
Huisartsen	25	32.5%	27	35.1%	24	31.2%	1	1,3%	0	
Specialisten	25	27,5%	36	39.6	28	30.8%	0	0%	2	2,2%
Kennissen										

Huisartsen en specialisten	27	15.1%	49	29.2%	81	48.2%	5	3,0%	6	3,6%
Huisartsen	11	14.3%	22	28.6%	41	53.3%	3	3,9%	0	
Specialisten	16	17.6%	27	29.7%	40	44%	2	2,2%	6	6,6%

STELLINGEN

Hoe ervaart u de balans tussen uw werk en uw privé-leven?

	Werk > Privé		Werk = Privé		Werk < Privé		Missing values		Totaal
Huisartsen en specialisten	99	59%	56	33.3%	12	7.1%	1	0.6%	168
Huisarts	41	53.3%	30	39.0%	6	7.8%	0	0%	77
Specialist	58	63.7%	26	28.6%	6	6.6%	1	1.1%	91

Hoe ziet u de toekomst?

	Slecht		Neutraal		Goed		Missing values		Totaal
Huisartsen en specialisten	26	15.5%	50	29.8%	90	53.6%	2	1.2%	168
Huisarts	15	19.5%	21	27.3%	40	52%	1	1.3%	77
Specialist	11	12.1%	29	31.9%	50	55%	1	1.1%	91

Bent u iemand die over het algemeen de wereld rondom zich eerder positief of eerder negatief inziet?

	Pessimistisch		Neutraal		Optimistisch		Missing values		Totaal
Huisartsen en specialisten	17	10.1%	41	24.4%	109	64.9%	1	0.6%	168
Huisarts	9	11.7%	22	28.6%	46	59.8%	0	0%	77
Specialist	8	8.8%	19	20.9%	63	69.2%	1	1.1%	91

Ervaart u uw job als stressvol?

	Stressvol		Neutraal		Niet stressvol		Missing values		Totaal
Huisartsen en specialisten	102	60.7%	33	19.6%	30	17.9%	3	1.8%	168
Huisarts	46	59.8%	13	16.9%	16	20.8%	2	2.6%	77
Specialist	56	61.5%	20	22%	14	15.4%	1	1.1%	91

Hoe groot is uw gevoel van autonomie binnen uw job (vb. door invloed op uw eigen agenda)?

	Geen autonomie		Neutraal		Veel autonomie		Missing values		Totaal
Huisartsen en specialisten	38	22.6%	36	21.4%	89	53%	5	3%	168
Huisarts	17	22.1%	20	26%	39	50.7%	1	1.3%	77
Specialist	21	23.1%	16	17.6%	50	55%	4	4.4%	91

Biedt uw job u voldoende uitdaging en variatie? Duid aan op een schaal van 1 (enkel routine, geen uitdaging of variatie) tot 5 (geen routine, te veel uitdaging, ik loop op de toppen van mijn tenen).

	Routine > variatie		Routine = variatie		Routine < variatie		Missing values		Totaal
Huisartsen en specialisten	17	10.1%	77	45.8%	73	43.5%	1	0.6%	168
Huisarts	7	9.1%	38	49.4%	32	41.6%	0	0%	77
Specialist	10	11%	39	42.9%	41	45.1%	1	1.1%	91

Heeft u het gevoel nog te kunnen groeien in uw job/ zijn er toekomstperspectieven?

	Geen groei mogelijk		Neutraal		Veel groei mogelijk		Missing values		Totaal
Huisartsen en specialisten	33	19.7%	34	20.2%	99	58.9%	2	1.2%	168
Huisarts	14	18.2%	19	24.7%	43	55.9%	1	1.3%	77
Specialist	19	20.9%	15	16.5%	56	61.6%	1	1.1%	91

Mijn werk interesseert mij nog steeds even veel als vroeger.

	Niet akkoord		Neutraal		Akkoord		Missing values		Totaal
Huisartsen en specialisten	15	8.9%	11	6.5%	138	82.1%	4	2.4%	168
Huisarts	8	10.4%	4	5.2%	64	83.2%	1	1.3%	77
Specialist	7	7.7%	7	7.7%	126	81.4%	3	3.3%	91
In mijn werk ervaar ik een goed evenwicht tussen de inspanning die ik lever en wat ik ervoor terugkrijg (vb. voldoending, goed patiëntencontact, ...).									
	Niet akkoord		Neutraal		Akkoord		Missing values		Totaal
Huisartsen en specialisten	26	15.5%	28	16.7%	113	67.2%	1	0.6%	168
Huisarts	12	15.6%	12	15.6%	53	68.9%	0		77
Specialist	14	15.3%	16	17.6%	60	66%	1	1.1%	91
Heeft u financiële zorgen?									
	Ja		Neutraal		Nee				
Huisartsen en specialisten	3	1.8%	35	20.8%	128	76.2%	2	1.2%	168
Huisarts	2	2.6%	15	19.5%	59	76.7%	1	1.3%	77
Specialist	1	1.1%	20	22%	69	75.8%	1	1.1%	91

Bijlage 6: Hoe werd omgegaan met enquêtes van artsen die het moeilijk hebben?

Tijdens de enquête werd ik ook geconfronteerd met antwoorden van artsen met wie het minder goed ging. Op het moment dat het protocol voor deze enquête werd opgesteld, ging ik er nog van uit dat deze antwoorden steeds anoniem zouden binnenkomen, maar door de onverwachte kans tot samenwerking met de Orde der Geneesheren Oost-Vlaanderen is de enquête ook per mail verstuurd. Hierdoor kon ik van een aantal artsen de identiteit achterhalen – ook van een van de artsen die het echt moeilijk blijkt te hebben.

Ik was hier niet op voorbereid en heb dan ook met verschillende mensen van ideeën gewisseld over hoe ik hiermee best zou kunnen omgaan.

Binnen mijn seminariegroep was men vooral van mening dat als arts ons beroepsgeheim vooral op de eerste plaats komt – ook in het geval van enquêtes zoals deze – en dat ik dus deze informatie absoluut niet mocht doorgeven aan derden.

Tijdens de bespreking met mijn promotor, Prof. D. Avonts, wees hij mij erop dat ik als arts ook de verantwoordelijkheid heb mensen in nood te helpen. Het feit dat artsen deze enquête invullen, en met naam versturen, kan in dit geval geïnterpreteerd worden als een kreet om hulp, en dient als dusdanig ook ernstig genomen te worden. Bovendien kan – zoals ik in het bovenstaande werk ook heb besproken – het *onwel*zijn van artsen ook ernstige en nadelige gevolgen hebben op de patiëntenzorg die zij leveren. Hiermee rekening houdend, en vanuit mijn taak als arts om deze mensen enerzijds te beschermen en ook de onrechtstreekse hulpvraag van deze enkele artsen in nood te beantwoorden, was het advies van Prof. Avonts dan ook de enquête van de arts van wie ik de identiteit ken in gesloten enveloppe te bezorgen aan de vertrouwenspersoon van de Orde der Geneesheren.

Dit heb ik grondig overwogen, maar uiteindelijk heb ik besloten dat ook dit geen correcte oplossing was. De arts in kwestie had namelijk in dezelfde e-mail de vertrouwelijkheid van de informatie benadrukt, welke ik hem ook heb gegarandeerd (nog voor ik de enquête had geopend). Om deze reden heb ik besloten dat ik dus inderdaad zijn

identiteit niet kan bekend maken. Daarnaast zijn er nog een hele hoop andere artsen, welke ik niet kan bereiken omdat zij de enquête anoniem via een internetlink hebben ingevuld.

Daarom werd uiteindelijk gekozen – opnieuw in overleg met de seminariegroep en stagecoördinator – een algemene mail te laten verspreiden door de Orde der Geneesheren, waarin nogmaals werd uitgelegd waar artsen in nood terecht kunnen voor hulp (cfr. infra).

Geachte collega's,

Enige tijd geleden verspreidde ik, met hulp van de Orde der Geneesheren, een enquête onder artsen. Ik wil jullie, nu deze afgesloten is, dan ook hartelijk danken voor het invullen van de enquête, en voor alle tips die ik van jullie per mail nog mocht ontvangen.

Graag wil ik ook de aandacht vestigen op volgende initiatieven (regio Oost-Vlaanderen), waar artsen die het om gelijk welke reden momenteel wat moeilijker hebben steeds terecht kunnen!

- ***Arts in Nood**, een initiatief van de Provinciale Raad van Oost-Vlaanderen van de Orde der Geneesheren en ontwikkeld tot een volledig autonome organisatie, wil de collega in psychische nood die er behoefte aan heeft een vertrouwenspersoon te contacteren, bijstaan. De vertrouwenspersoon geeft steun en toeverlaat aan de betrokken arts en probeert, zo nodig, de arts te leiden naar een meer structurele oplossing van zijn problemen. De vertrouwenspersonen functioneren totaal onafhankelijk en hebben absolute zwijgplicht; er bestaat een niet-doorbreekbare muur tussen deze vertrouwenspersonen en de werking van de Orde. Deze dienstverlening is gratis. Meer info: ovl@artsinnood.be of 0800/234 64*
- ***Doctors4doctors (D4D):***

  Doctors4Doctors is een discreet aanspreekpunt voor artsen -en hun familie- die met een hulpvraag zitten.
  D4D wil een visie uitdragen rond de zorg voor artsen. Deze zorg uit zich in medische hulp, psychologische begeleiding, juridische bijstand en coaching rond organisatie- en teamwerking. Hiervoor beschikt D4D over een netwerk van huisartsen, psychiaters, psychologen, coaches en juridische experts.
  De organisatie is vanuit de basis, en in verbinding met het werkveld, ontstaan en gegroeid. D4D gelooft dat een structurele omkadering, ondersteuning en preventieve acties kunnen voorkomen dat artsen gaan disfunctioneren. Patiënten verdienen immers gezonde en bevlogen artsen.
  Meer info: www.doctors4doctors.be of info@doctors4doctors.be
- ***MijnKwartier:** Het online therapeutische zelfzorgprogramma "MijnKwartier.be " helpt zowel artsen als patiënten en hun familieleden om burn-out te voorkomen of genezen, evenals andere stressgebonden problemen zoals depressie, angst, stress, vermoeidheid, uitputting, verslaving, hyperventilatie, paniek en fobie.*
  Dagelijks volg je een kwartier online zelfzorg om stress en andere klachten te leren verminderen volgens het model van de cognitieve oplossingsgerichte therapie. Je kunt je partner of een familielid uitnodigen als "buddy" of steunfiguur en deze wordt online begeleid via psycho-educatie hoe jou beter te steunen of helpen. Wekelijks wordt een evolutierapport afgeleverd met grafieken om, indien gewenst, te bespreken met je arts of hulpverlener. Uit een klinische studie op 546 deelnemers, blijkt een halvering van de stressscores na gemiddeld 2 à 3 weken. MijnKwartier.be biedt ook een gratis stresstest voor zowel de arts of zijn patiënt of familie. Meer info: www.MijnKwartier.be

- ***ECHTT*** *(Expertise Centrum Huisartsen Trajecten & Teams) voorziet coaching voor huisartsen door huisartsen. Een ECHTT-coach/facilitator speelt in op uw concrete behoeften en noden met het bevorderen van professionele voldoening en levenskwaliteit als doel. ECHTT ondersteunt en begeleidt uw praktijkteam of uw samenwerkingsverband. In samenwerking met Domus Medica vzw.Meer info: www.echtt.be*
- ***ITAM instituut*** *voor training in aandacht en meditatie.*
  Hier wordt onder andere de cursus "Mindful@work"georganiseerd: een wetenschappelijk onderbouwde aandachtstraining die zowel leidinggevenden als werknemers in grote en kleine bedrijven leert omgaan met stress, piekeren en slapeloosheid. Deze training helpt burn-out voorkomen, stimuleert het probleemoplossend vermogen en bevordert authenticiteit bij managers. Meer info: http://www.itam.be/itam-mindfulness.html

Mvg, Saartje Jooris, HAIO

Bijlage 7: Vragenlijst enquête

1. Bent u: Man/vrouw Huisarts/specialist/in opleiding
2. Hoe lang voert u al praktijk?
3. Indien u huisarts bent:
   a. Hoeveel patiënten heeft u ongeveer in uw praktijk?
   b. Hoe is uw praktijk georganiseerd? Solo – Duo – Groep – Netwerk - WGC
   c. Werkt u met een (al dan niet tele-) secretariaat? Ja/Nee
4. Wat zijn uw dagelijkse werkuren (wachtdiensten niet inbegrepen)? (begin en einde werkdag)
5. Hoe is uw huidige gezinssituatie? (meerdere antwoorden mogelijk)
   alleenstaand - partner - kinderen - gescheiden - weduwe/weduwnaar - andere
6. Hoe ervaart u uw fysieke gezondheid op dit moment? Duid aan op een schaal van 1 (zeer slecht) tot 5 (uitstekend)
7. Heeft u chronische pijn? Ja/Nee
   Hoe erg zou u die pijn inschatten op een schaal van 1 (helemaal geen pijn) tot 10 (ergst denkbare pijn).
8. Heeft u een eigen huisarts? Ja/nee
   Laatste contact: maand: jaar: Frequentie van contacten:
9. Heeft u een vaste specialist o.w.v. specifieke medische problemen? Ja/Nee
   Laatste contact: maand: jaar: Frequentie van contacten:
10. In welke gevallen zou u zelf een arts contacteren?
11. Rookt u? In welke situaties steekt u zo een sigaret op?
12. Hoeveel eenheden alcohol heeft u dagelijks geconsumeerd tijdens de afgelopen week?
13. Wat is uw mening over het nemen van recupe na een drukke (nacht)wachtdienst?
    1 = helemaal oneens; 2 = eerder oneens; 3 = geen mening; 4 = eerder eens; 5 = helemaal eens
    - Recupe na een wacht is niet nodig.
    - Ik heb persoonlijk geen nood aan recupe, maar kan begrijpen dat andere artsen dit wel nodig hebben.
    - Hoewel ik veel deugd zou hebben van recupe na een wacht, werk ik – omwille van mijn patiënten – de dag nadien gewoon door.

- Ik neem soms recupe na een wacht, afhankelijk van de drukte in mijn praktijk.
- Ik neem altijd recupe na een wacht.

14. Wat is uw mening over maaltijden op de dagen dat u werkt?
    1 = helemaal oneens; 2 = eerder oneens; 3 = geen mening; 4 = eerder eens; 5 = helemaal eens
    - Maaltijden zijn voor mij belangrijk: ik voorzie hiervoor in mijn agenda altijd een half uurtje of meer.
    - Ik eet waar en wanneer ik tijd heb, maar neem wel steeds 3 maaltijden per dag.
    - Ik durf regelmatig een maaltijd overslaan.
    - Wanneer ik werk, eet ik wel eens iets kleins tussendoor, maar nuttig ik geen echte maaltijd.
15. Hoe ervaart u uw (kwaliteit van) slaap?
    1 = helemaal oneens; 2 = eerder oneens; 3 = geen mening; 4 = eerder eens; 5 = helemaal eens
    - Ik slaap voldoende en 's morgens ben ik over het algemeen goed uitgerust.
    - Ik slaap slecht in (vb. door piekeren)
    - Ik kamp sinds enige tijd met een chronisch slaaptekort, 's morgens voel ik me zelden uitgeslapen.
    - Ik ga op onregelmatige tijdstippen slapen, afhankelijk van mijn werk/sociaal leven.
16. Hoe ervaart u uw psychische gezondheid op dit moment? Duid aan op een schaal van 1 (uitermate slecht) tot 5 (uitstekend).
17. Hoe sterk voelt u zich verbonden met resp. partner, familie, vrienden? Duid aan op een schaal van 1 (uitermate slecht) tot 5 (uitstekend).
18. Welke hobby's heeft u? Geef per hobby ook aan hoeveel tijd u er wekelijks aan besteedt.
19. Wanneer en hoe lang nam u vakantie (= tijd vrijaf van het werk) tijdens het voorbije jaar? Wat doet u met deze vrije tijd?
20. Met wie heeft u de afgelopen week contact gehad? Het gaat hier om persoonlijke contacten, waarbij je met deze mensen kan delen wat er werkelijk in je omgaat. (meerdere antwoorden mogelijk) Collega's Vrienden Partner Familie Gezin
21. Hoe vaak heeft u contact met resp. familie, vrienden of kennissen? Het gaat hier om persoonlijke contacten (niet telefonisch). 1 = dagelijks; 2 = minstens 1x/week; 3 = elke 2 weken; 4 = meer dan 1x/maand; 5 = enkele keren per jaar; 6 = 1x/jaar of minder; 7 = nooit
22. Hoe gaat u om met stress of met een emotionele ervaring (vb. op het werk)?
23. Bij wie kan u terecht als u het moeilijk heeft?
24. Met wie kan u de positieve gebeurtenissen in uw leven delen?
25. Bent u tevreden over de rol die u vervult binnen, en de bijdrage die u levert aan, uw gezin? Licht toe. Ja/nee
26. Komen familieleden of vrienden naar u om niet-medisch advies te vragen? Ja/nee
27. Hoe ervaart u de balans tussen uw werk en uw privéleven? Duid aan op een schaal van 1 (veel werk, gaat ten koste van privé) tot 5 (veel privé, gaat ten koste van werk).
28. Hoe ziet u de toekomst? Duid aan op een schaal van 1 (somber, vrij slechte vooruitzichten) tot 5 (zeer goede vooruitzichten).
29. Bent u iemand die over het algemeen de wereld rondom zich eerder positief of eerder negatief inziet? Duid aan op een schaal van 1 (zeer sombere kijk op de wereld) tot 5 (zeer positieve kijk).
30. Ervaart u uw job als stressvol? Duid aan op een schaal van 1 (heel stressvol) tot 5 (helemaal niet stressvol).

31. Hoe groot is uw gevoel van autonomie binnen uw job (vb. door invloed op uw eigen agenda)? Duid aan op een schaal van 1 (helemaal geen autonomie) tot 5 (heel veel autonomie).
    Heeft u voorbeelden uit uw praktijk of tips voor collega's om de autonomie te bewaken binnen een praktijk?
32. Wat zijn dingen die maken dat je je job volhoudt?
33. Wat zijn dingen die maken dat uw job uitputtend/belastend wordt? Op welke manier biedt u hieraan tegenwicht?
34. Biedt uw job u voldoende uitdaging en variatie? Duid aan op een schaal van 1 (enkel routine, geen uitdaging of variatie) tot 5 (geen routine, te veel uitdaging, ik loop op de toppen van mijn tenen).
35. Heeft u het gevoel nog te kunnen groeien in uw job/ zijn er toekomstperspectieven? Duid aan op een schaal van 1 (geen mogelijkheid tot groei binnen uw job, geen toekomstperspectieven) tot 5 (veel mogelijkheid tot groei en toekomstperspectieven).
36. Mijn werk interesseert mij nog steeds even veel als vroeger. Duid aan op een schaal van 1 (helemaal niet akkoord) tot 5 (helemaal akkoord).
37. In mijn werk ervaar ik een goed evenwicht tussen de inspanning die ik lever en wat ik ervoor terugkrijg (vb. voldoening, goed patiëntencontact, ...). Duid aan op een schaal van 1 (helemaal niet akkoord) tot 5 (helemaal akkoord).
38. Heeft u financiële zorgen? Duid aan op een schaal van 1 tot 5.
39. Hoe denk je je eigen welzijn nog te kunnen verbeteren?
40. Als u een collega advies zou geven over hoe men het (huisartsen)beroep beter kan volhouden, wat zou uw gouden tip dan zijn?
41. Wat is voor u 'zelfzorg'?

Bijlage 8: Protocol

1. Introductie en Rationale

Artsen zijn mensen die tijdens hun job de hele dag door 'zorgen voor', maar paradoxaal genoeg komt daarbij het 'zorgen voor zichzelf' wel eens in het gedrang. Dit resulteert o.a. in verhoogde kans op burn-out, middelenmisbruik en suïcide. Zo blijkt dat 22% van de artsen in de Verenigde Staten, 27% van de artsen in het Verenigd Koninkrijk en 20% van de Duitse artsen leiden aan burn-out. (1) In de loop van hun carrière ontwikkelen 8-12% van de praktiserende artsen een middelenmisbruik of -afhankelijkheid. (2,3,4) Mannelijke artsen hebben 1,4x meer risico om zichzelf te doden – bij vrouwen is het risico zelfs 2,3x zo hoog. (5)

Bovendien zijn artsen at risk voor 'onwel' zijn en besteden zij bovendien suboptimale aandacht aan het welzijn van zichzelf. In dit artikel werd aangetoond dat dit – m.n. artsen die 'onwel' zijn – een negatieve impact heeft op de gezondheidszorgverlening. Uit deze zelfde review blijkt dat factoren die het risico op 'onwel zijn' verhogen, o.a. bestaan uit: onvoldoende slaap, (manier van omgaan met) stress op de werkvloer, mate van emotionele betrokkenheid bij patiënten, onvoldoende evenwicht tussen

administratie en patiëntencontacten, … (4) Een aantal van deze factoren kunnen beïnvloed worden door bewustwording, aandacht voor zichzelf en daaruit volgend zelfzorgactiviteiten.

Gezien binnen de organisatie van onze gezondheidszorg huisartsen een eerste aanspreekpunt vormen voor patiënten, kunnen we ervan uitgaan dat een interventie binnen de groep huisartsen een wijdverspreid effect op de (kwaliteit van de) gezondheidszorg in onze samenleving kan hebben. Vanuit het idee dat het welzijn van artsen – of het 'onwel' zijn van artsen – gelinkt is aan de kwaliteit van zorg die deze artsen leveren, is het interessant in kaart te brengen op welke manieren huisartsen voor zichzelf zorgen.

2. Onderzoeksvraag

Wat zien artsen als 'zorg voor zichzelf'? Op welke manieren zorgt een arts voor zichzelf? Hoe schatten artsen hun eigen gezondheid in?

3. Doel

In kaart brengen van de invloed van zelfzorg op het sociaal, fysisch en psychisch welzijn van huisartsen in Vlaanderen.

4. Methodiek

Observationeel onderzoek:

- bevraging van huisartsen: afnemen van diepte-interviews (kwalitatief) en/of surveys (kwantitatief) in de periode van 01/04/2014-01/04/2015.
- verwerken van de antwoorden:
  - kwalitatieve gegevens: analyse van de antwoorden
  - kwantitatieve gegevens: statistische analyse met SPSS of R.
- Inclusiecriteria: artsen in Vlaanderen, ingeschreven op de lijst van de Orde der Geneesheren – Exclusiecriteria: in opleiding, niet praktiserend
- Rekrutering: telefonisch, via internet, via de huisartsenverenigingen, enquêtes afnemen van artsen van wacht op de huisartsenwachtposten, ...

5. Te verwachten resultaten

De interviews en/of enquêtes zullen aantonen welke factoren voor artsen in Vlaanderen:

- bijdragen tot fysisch, psychisch en sociaal welzijn;
- welke factoren dit welzijn juist verhinderen;
- en in welke mate de artsen actief het eigen welzijn bevorderen (zelfzorg).

6. Discussiepunten betreffende de studie

Beperkingen van het onderzoek:

- steekproefgrootte,
- wijze van loting,

- het gaat om een observationeel onderzoek,
- geen controlegroep

Referenties:

1. Awa W., Plaumann M., Walter U. Burnout prevention: A review of intervention programs. Patient Education and Counseling. 2010; 78: 184-190
2. Doctors get ill too. The Lancet. 2009; 374: 1653
3. Gundersen L. Physician Burnout. Annals of Internal Medicine. 2001; 135 (2):145-148
4. Wallace et al., Physician wellness: a missing quality indicator. The Lancet. 2009; 374: 1714-1721
5. Sharmila Devi. Doctors in distress. The Lancet. 2011; 377: 454-455

Bijlage 9: Goedkeuring Ethisch Comité

(zie volgende pagina)

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Dirk AVONTS
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2014/0370	28-okt-14	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Zelfzorg bij huisartsen. Stand van zaken in Vlaanderen - MAnaMA Saartje Jooris

Belgisch Registratienummer: B670201420780

* Adviesaanvraagformulier versie 1, dd. 31/03/2014 (volledig ontvangen dd. 02/04/2014)
* Vragenlijsten interview/online enquête versie 1, dd. 31/03/2014
* Antwoord onderzoekers dd. 10/04/2014 (ontv. dd. 27/10/2014) op opmerkingen EC dd. 08/04/2014
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier + toestemming in geval van online bevraging (dd.10-04-2014) - ontv. dd. 27/10/2014

Advies werd gevraagd door:

Prof. dr. D. AVONTS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 27/10/2014. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 27/10/2015, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

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

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

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 27/10/2014. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 27/10/2015, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

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

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 18/11/2014
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 18/11/2014

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

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

./.

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2014/0370	28-okt-14	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2014/0370

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

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

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

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

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

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