De arts als patiënt: evaluatie van een bestaand initiatief voor begeleiding en ondersteuning van artsen naar meer psychosociaal welbevinden

Eline Van Tilburgh, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. Hilde Bastiaens, Universiteit Antwerpen

Copromotoren: Dr. Annelies Van Linden, Dr. Eric Boydens

Praktijkopleider: Dr. An Leys

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Inleiding: Het welbevinden van artsen is onderwerp van menig onderzoek. In 2008 werd onderzoek gedaan naar de prevalentie van burn-out bij huisartsen in Europa. Men zag dat meer dan de helft van de onderzochte artsen hoog scoorden op één van de drie diagnostische onderdelen van burn-out (uitputting, depersonalisatie, gevoel van competentie falen). Twaalf procent van de onderzochte artsen had hoge scores op alle drie de onderdelen.
Doctors4Doctors gelooft erin dat structurele omkadering/ondersteuning en preventieve acties kunnen *voorkomen* dat artsen gaan disfunctioneren. Doctors4Doctors wil een laagdrempelig aanspreekpunt zijn dat hulp biedt aan artsen

Doelstellingen: We willen te weten komen wat het bereik is van Doctors4Doctors. Vervolgens willen we het effect van dit project objectiveren op basis van de evolutie in psychosociaal welbevinden bij deelnemende artsen bij de start van een begeleiding (t=0) en na ten minste twee maanden begeleiding (t=2). Nadien bevragen we de tevredenheid van de deelnemende artsen.

Methode: Van iedereen die zich aanmeldt (*aanmelders*) bij Doctors4Doctors wordt geslacht en leeftijd gevraagd. Vervolgens wordt aan de artsen die doorstromen in een begeleiding (*doorstromers*) bij de start van deze begeleiding een vragenlijst gegeven. Tegelijkertijd wordt een 4-dimensionale klachten lijst (4DKL) aangeboden die peilt naar klachten in vier dimensies: somatisatie, distress, depressie en angst. Na ten minste twee maanden begeleiding, op t=2 wordt de 4DKL herhaald met een tweede vragenlijst.

Resultaten: Gedurende de periode van gegevensverzameling, van april 2014 tot maart 2015, konden we 68 artsen includeren in dit project, waarvan 19 mannen en 49 vrouwen. 56 artsen stroomden door in een trajectbegeleiding, dat is een doorstroompercentage van 82%. Aan hen werd gevraagd de vragenlijsten in te vullen, waarvan één vierde dit ook deed. De drie frequentste aanmeldingsklachten zijn burn-out, werk gerelateerde klachten anders dan burn-out en middelenmisbruik.
Op de vier dimensies wordt een verbetering gezien met de grootste verbetering op depressie en angst, waarna somatisatie volgt. De minst opvallende verbetering wordt in de dimensie distress gezien. Alle artsen zijn tevreden over de geleverde diensten en ook iedereen had het volste vertrouwen in de geleverde discretie en de gegarandeerde anonimiteit.

Conclusie: De start van Doctors4Doctors is zeer succesvol geweest en heeft zijn vruchten afgeworpen. Om uitspraken te doen naar de gehele artsenpopulatie, alsook om het effect van Doctors4Doctors grondiger te meten, is er vervolgonderzoek nodig.

Voorwoord

De start van deze thesis bevindt zich in Hove waar de praktijkopleider van een collega-student het een interessant thesisthema vond om de ‘arts als patiënt’ te bekijken. Met wederzijdse goedkeuring hebben we elk een ander aspect van dit ‘patiënt-zijn’ onderzocht en beschreven. Een gelijkaardig onderwerp anders bekeken; zie het als kikker- en vogelperspectief.

De zoektocht naar een onderwerp verliep relatief gezwind toen ik van het initiatief Doctors4Doctors hoorde. Het enthousiasme bij mijn vraag om hun project te mogen evalueren was voldoende om te weten dat ze hun schouders mee onder deze thesis wilde zetten. Kraaknieuw en kakelvers blonken zij van trots bij het doopfeest van Doctors4Doctors. Een jaar na start is die trots nog even blinkend. Doctors4Doctors bestaat uit een ongelooflijk gedreven team dat zonder morren de vragenlijsten van deze thesis liet invullen en zelf invulden. Als een geoliede machine kreeg ik de vragenlijsten in de bus, wat een zeer plezierig gevoel was. Een speciale dank gaat uit naar dr. Eric Boydens en dr. Annelies Van Linden die mij bij de hand namen om D4D te leren kennen en met kritische blik mijn schrijfsels bekeken en becommentarieerden.

Een andere zeer gewaardeerde en even kritische blik was die van prof. Dr. Hilde Bastiaens, mijn promotor. Zij vond steeds een plek in haar drukke agenda (ik ben nog steeds verbaasd hoe ze het doet) om mij te ontmoeten en bij te sturen. Zij heeft een aanstekelijk enthousiasme en klare kijk op de zaken. Na afloop van onze vergaderingen bruiste ik van energie om verder te schrijven.

En schrijven deed ik; dat resultaat hebt u in handen. Ik schreef alleen, maar kreeg ongelooflijk veel hulp van mijn echtgenoot Floriaan. De raadsels die Microsoft Word en Excel stelden (ja hoor, die raadsels zijn er) werden door hem zonder problemen opgelost. De statistiek die uitgevoerd moest worden, doorploeterden we samen, met naslagwerken als back-up. Floriaan leverde zowel logistieke als morele steun. Want daar heb je ook nog een handjevol van nodig bij het schrijven van zo’n thesis.

Steunende woorden klonken gelukkig ook op de werkvloer, waar ik van mijn praktijkopleider dr. An Leys en collega’s dr. Linda Patoor en dr. Goedele Jacobs meermaals een letterlijk en figuurlijk klopje op de schouder kreeg.

Het is een enorm geluk dat ik als HAIO bij hen in de praktijk terechtkwam. Een warme, veilige en leerrijke omgeving waar ik als HAIO in mijn eigenheid ben kunnen opgroeien en nog eventjes mag meegroeien tot ik hopelijk een arts zal worden zoals zij alle drie stuk voor stuk zijn. Bedankt!

Als laatste wil ik mijn papa bedanken. Na negen jaar studie, dubbel zoveel blokperiodes en twijfels (maar ook veel successen) is dit ook voor hem de kers op de taart. Hij heeft het voor mij mogelijk gemaakt om deze studie aan te vatten en vol te houden. Het is ook door hem en mijn mama dat ik tot hier ben geraakt. Dat is toch iets om dankbaar voor te zijn.

Aan iedereen ongelooflijk bedankt!

Inhoudsopgave

Abstract II

Voorwoord III

Figuurlijst 3

Tabellijst 4

1 Inleiding 5

2 Doelstelling 7

3 Procesinformatie 8

4 Literatuuronderzoek 9

4.1 Zoekstrategie 9

4.2 De arts psychosociaal door de eeuwen heen 9

4.3 Risicofactoren tot verminderd welbevinden 10

4.4 Barrières bij hulp zoeken 10

4.5 Arts-gerichte interventies 11

5 Interventies in België 13

5.1 Schets van de huidige situatie 13

5.2 Missie/Visie van Doctors4Doctors 13

5.3 Werking van Doctors4Doctors 14

6 Studiedesign en methode 15

6.1 Studiegroep 15

6.2 Dataverzameling 16

6.3 Verwerking van de verzamelde gegevens 17

7 Resultaten 18
7.1 Demografische gegevens 18
7.1.1 Demografische gegevens van aanmelders 19
7.1.2 Demografische gegevens van doorstromers 21
7.2 Ervaring en evolutie gedurende een trajectbegeleiding 23
7.2.1 Beschrijving gegevens vragenlijst 1 - Demografie 23
7.2.2 Beschrijving gegevens vragenlijst 2 - Tevredenheid 24
7.2.3 Beschrijving resultaten 4DKL vragenlijst 25
7.2.4 Beschrijving vragenlijst coach 29
8 Discussie 31
8.1 Wie heeft Doctors4Doctors bereikt? 31
8.2 Ervaring en evolutie tijdens een trajectbegeleiding 32
9 Conclusie 34
10 Bronnenlijst 36
11 Bijlage 39
BIJLAGE 1. Methode literatuuropzoeking 39
BIJLAGE 2. Toestemming ethische commissie 42
BIJLAGE 3. Vragenlijst bij start van begeleiding 43
BIJLAGE 4. Vragenlijst na twee maanden begeleiding 52
BIJLAGE 6. Vragenlijst coach na twee maanden begeleiding 54

Figuurlijst

Figuur 1: verdeling aanmelders per specialiteitsgroep (n=68) 19

Figuur 2: verdeling aanmeldingsklacht (n= 68) 20

Figuur 3: verdeling doorstromers per specialiteitsgroep (n=56) 21

Figuur 4: verdeling doorstroomklacht (n=65) 22

Figuur 5: overzicht individuele score voor somatisatie 25

Figuur 6: overzicht individuele score voor distress 26

Figuur 7: overzicht individuele score voor depressie 26

Figuur 8: overzicht individuele score voor angst 27

Figuur 9: procentuele verdeling van de vier dimensies (4DKL) in de onderzoekspopulatie 28

Tabellijst

Tabel 1: verdeling aanmelders en doorstromers volgens geslacht 18

Tabel 2: doorstromers tov het aantal aangemelde artsen per specialiteit 21

Tabel 3: kennisname Doctors4Doctors 24

Tabel 4: overzicht gemiddelde scores en mediaan per dimensie op t=0 en t=2 (n=14) 27

Tabel 5: verandering in score op t=0 en t=2, per dimensie (n=14) 28

1 Inleiding

Het welbevinden van artsen is onderwerp van menig onderzoek. De hoge werkdruk, het vele papierwerk, de soms moeilijke arts-patiënt relatie en vele andere factoren maken dat veel artsen emotioneel uitgeput geraken en nog maar weinig voldoening vinden in hun job (1) (2) (3). In 2008 werd onderzoek gedaan naar de prevalentie van burn-out bij huisartsen in Europa. Men zag dat meer dan de helft van de onderzochte artsen hoog scoorden op één van de drie diagnostische onderdelen van burn-out (uitputting, depersonalisatie, gevoel van competentie falen). Twaalf procent van de onderzochte artsen had hoge scores op alle drie de onderdelen (4).

Ook in België werd onderzoek gedaan naar burn-out bij Belgische huisartsen. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) stelde maatregelen voor preventie en aanpak van burn-out voor en beschreef zijn resultaten in een uitgebreide aanbeveling (5). Burn-out is één facet in het scala aan psychosociale problemen waar een arts mee te kampen kan krijgen.

Daarnaast wordt ook onderzoek gedaan naar de barrières die artsen ondervinden om hulp te zoeken voor medische, maar ook psychosociale problemen. Een review van Kay et al uit 2008 beschrijft verschillende factoren die als barrière worden beschouwd om als arts hulp te zoeken. Ze delen die barrières op in drie grote groepen; patiëntgebonden factoren, arts-/hulpverlener-gebonden factoren en factoren die afhankelijk zijn van het maatschappelijk systeem (6).

Verschillende programma's om deze barrières weg te werken worden in de literatuur beschreven. Enerzijds zijn er preventieve acties die het psychosociaal welbevinden van artsen trachten te behouden (7) (8). Anderzijds is het even belangrijk om artsen die reeds met psychosociale problemen worstelen, te kunnen opvangen en begeleiden. Psychosociale problemen worden onder andere geassocieerd met medische fouten (9). Het is dus belangrijk om de barrières die in de literatuur beschreven worden systematisch weg te werken.

Het wetenschappelijk materiaal over interventies om bovenstaande barrières weg te werken is schaars. In België is er nog niets van die aard gepubliceerd. Er bestaat in België geen officieel aanspreekpunt voor artsen in nood. Een arts die specifiek op zoek is naar arts-gerichte zorg weet niet waar hij terecht kan.

Parallel met de KCE studie in 2011 en het budget dat het RIZIV in 2012 vrijmaakte om een bedrijfsplan voor deze problematiek op te stellen, besloten vier hulpverleners de koppen bij elkaar te steken. Ze kwamen al vaker samen voor intervisie rond individuele casussen maar besloten nu een denktank te vormen rond Doctors4Doctors (D4D). Ze verzamelden zich rond dit project vooral vanuit de acute behoefte voor artsen in nood naar een laagdrempelig aanspreekpunt. In oktober 2011 organiseerden ze een Worldcafé D4D met dertig experten uit het gebied. In december daaropvolgend herhaalde het symposium 'Artsen in Nood' van de Koninklijke Artsenvereniging van Antwerpen diezelfde noodkreet naar hulp voor artsen die het nodig hebben. Vanuit deze nood ontstond 'vzw D4D'.

Doctors4Doctors wil ondersteuning en begeleiding bieden aan artsen in nood, zowel huisartsen als specialisten. Het wil laagdrempelig zijn en de mogelijke barrières die artsen kunnen ondervinden in hun zoektocht naar hulp zo veel mogelijk vermijden. Het werkt met discrete en concrete begeleiding van de aangebrachte problemen van de arts. In Oost-Vlaanderen werd met "Arts in nood" een gelijkaardig project op poten gezet dat werkt vanuit de Orde van Geneesheren maar pleit voor een strikte scheiding van 'Arts in Nood' en de Orde. Dit is het grootste verschil met Doctors4Doctors, dat geen link heeft met de Orde van Geneesheren.

Dit onderzoek spitst zich toe op de evaluatie van Doctors4Doctors een jaar na opstart. In België werd dergelijk onderzoek nog niet eerder verricht.

2 Doelstelling

Met deze studie willen we in de eerste plaats een beeld schetsen van de artsen die een beroep doen op Doctors4Doctors. De concrete vragen van deze thesis zijn:

(1) Wat is het bereik van Doctors4Doctors?

(2) Welke doelgroep komt voornamelijk terecht bij Doctors4Doctors en wat zijn de karakteristieken van deze groep?

Vervolgens willen we naast een beschrijving van de artsen die een beroep doen op D4D ook een evaluatie maken van de begeleiding die aangeboden wordt. Volgende vragen stonden voorop:

(3) Wat is de evolutie in psychosociaal welbevinden na minstens 2 maanden begeleiding?

(4) Hoe tevreden zijn de arts-deelnemers over Doctors4Doctors?

(5) Welke trajecten werden doorlopen door de arts-deelnemers? Bij welke hulpverleners kwamen zij terecht?

3 Procesinformatie

Van bij het begin zijn er verschillende gesprekken met Doctors4Doctors geweest. Een eerste gesprek betrof alle werkende leden van de huidige vzw, waarin vooral oriënterende vragen gesteld werden. “Wat en waarom willen zij Doctors4Doctors evalueren?” Een vragenrondje gaf een schets van wat er verwacht werd van deze evaluatie.

Op een later tijdstip werden met dr. Eric Boydens en dr. Annelies Van Linden meer concrete plannen opgesteld om de juiste informatie te verkrijgen. De communicatie naar de hulpverleners die de begeleiding van artsen op zich namen, verliep via Eric Boydens.

Initieel was de tweede vragenlijst gepland op zes maanden na start van de begeleiding bij Doctors4Doctors. Maar in een volgende vergadering met Eric Boydens en Annelies Van Linden werd besloten om de termijn te verkleinen naar minstens twee maanden. Enerzijds omwille van de beperkte tijdspanne dat de thesis liep, anderzijds omdat sommige artsen niet langer dan twee maanden begeleiding volgden bij de coach en dus uit de boot vielen bij de vragenlijst gepland op zes maanden.

Tijdens het verloop van de dataverzameling werden regelmatig vergaderingen gepland om de evolutie op te volgen en bij te sturen waar nodig.

Na één jaar was er een intervisie waarop een deel van de resultaten besproken werden. Nadien werd opnieuw gecorrigeerd waar nodig en coaches aangespoord om vragenlijsten af te leveren.

4 Literatuuronderzoek

4.1 Zoekstrategie

In dit literatuuronderzoek heb ik getracht de evolutie in psychosociaal welbevinden bij artsen in kaart te brengen. Wat zijn risicofactoren bij artsen om het psychosociaal moeilijk te krijgen en wat zijn barrières in het zoeken naar hulp hiervoor? Werden er al eerder initiatieven opgezet, zoals dat van Doctors4Doctors? Wat zijn beschermende factoren voor burn-out, in preventie en in therapie? Voor de PICO's en bijhorende artikelzoektocht, verwijs ik naar **BIJLAGE 1.** Methode literatuuropzoeking.

4.2 De arts psychosociaal door de eeuwen heen

In 1886 verscheen er in The New York Times een onderzoek van een zekere dokter Ogle, arts aan het Statistical Department of the Registration, General's Office. Hij deed onderzoek naar het sterftecijfer van verschillende beroepen waaronder artsen. Het sterftecijfer voor artsen lag in die tijd erg hoog. Hij berekende dat tussen 1880 en 1882 de artsen stierven a rato van 25,53 personen per 1000 per jaar. Terwijl dit bij de advocaten op 20,23 personen per 1000 per jaar lag en bij dominees op 15,93 per 1000 per jaar. Ook de slager, de brouwer, de steenhouwer en de messenmaker hadden een gunstiger sterftecijfer dan de dokter. Het sterftecijfer van artsen kwam overeen met dat van mijnwerkers.

Als voornaamste doodsoorzaak tekende Ogle leverfalen op, met als reden de onregelmatige maaltijden en levenswijze. Maar ook zelfmoord, tyfus en difterie behoorden tot de frequentste doodsoorzaken bij artsen in die tijd (10) en die bevindingen werden opnieuw bevestigd in 1981door Allibone et al (11).

130 jaar na het onderzoek van Ogle publiceerde Schernhammer et al een meta-analyse waarin duidelijk wordt dat de artsengroep (Noord-Amerika en Noord-Europa) een hoger risico op zelfmoord vertoont dan de algemene bevolking. Hierin delven vrouwen het onderspit met een *suicide rate ratio* van 2,27 (95%CI 1,90-2,73), bij mannelijke artsen zag men een *suicide rate ratio van 1,41* (95%CI 1,21 – 1,65) (12).

In 1886 werd er nog niet gesproken over het psychisch welbevinden van artsen. In 2000 daarentegen, en zelfs in de decennia ervoor, komt die problematiek steeds meer aan bod, alsook de factoren die het welbevinden beïnvloeden.

4.3 Risicofactoren tot verminderd welbevinden

Zoals reeds in de inleiding vermeld zijn er verschillende factoren die maken dat artsen emotioneel uitgeput geraken en nog maar weinig voldoening vinden in hun job; de hoge werkdruk, de soms moeilijke arts-patiënt relatie, emotionele consultaties, uitgesproken nood aan cognitieve alertheid, maar ook organisatorische veranderingen zoals stijgende hoeveelheden administratie (1), (2), (3), (13). Voor huisartsen zijn de factoren specifieker; het gevoel niet naar waarde geschat te worden, de lange wachttijden voor specialisten of de te volgen wetten en regels (14). Niet iedere arts is even gevoelig aan deze stressoren. Er zijn factoren die de arts stressgevoeliger maken, zoals een neurotische, perfectionistische of pessimistische persoonlijkheid (3), (7). Ook niet-getrouwde artsen of pas afgestudeerde artsen bleken gevoeliger voor stresssituaties (2), (3). In een andere studie daarentegen waren het de pas-afgestudeerden en de oudere artsen die het meeste voldoening kregen uit hun job en minder risico liepen op pyschosociale problemen (15). Zelfs de specialisatie bleek een beïnvloedende factor te zijn. Men zag meer chirurgen en huisartsen met burn-out, dan psychiaters (7). Ook de artsen in opleiding hebben omwille van hun opleidingsstatus een verhoogd risico op burn-out (16). Ook de manier om met werk- of privéstress om te gaan kan een beschermende factor zijn. Het is gebleken dat artsen die emotioneel omgingen met de stress of de stress op hun lichaam en geest net negeerden vatbaarder waren voor burn-out (7).

Al deze oorzaken en bepalende factoren hebben niet alleen een invloed op het welbevinden van de arts, maar ook op het medisch handelen van de arts. Psychosociale problemen hebben een invloed op het voorkomen van medische fouten (9). Het psychisch welbevinden van de arts is dus niet alleen primordiaal voor de individuele arts, maar ook cruciaal voor de kwaliteit van de geleverde zorg.

4.4 Barrières bij hulp zoeken

Het is gebleken dat hulp zoeken voor artsen bij psychosociale stress niet eenvoudig is. Uit een review van 2008 door Kay et al is gebleken dat 20-87% van de artsen uit de onderzochte studiegroepen een eigen huisarts hadden. De hoge bovengrens kan verklaard worden doordat in verschillende landen de inschrijving bij een huisarts verplicht is. De meerderheid van de artsen schrijft zichzelf ook medicatie

voor, bij acute aandoeningen is dit bijna 90% van de artsen. Een kwart van de artsen doet dit ook bij chronische aandoeningen (6), (13), (17).

Kay et al deed in 2008 eveneens onderzoek naar de barrières die artsen ondervinden om hulp te zoeken voor hun medische, maar ook hun psychosociale problemen. De review beschrijft verschillende factoren die als barrière worden beschouwd om als arts hulp te zoeken. Ze delen die barrières op in drie grote groepen; **patiënt**gebonden factoren, **arts-/hulpverlener**-gebonden factoren en factoren die afhankelijk zijn van het **maatschappelijk** systeem. Voor patiëntgebonden factoren worden uit de literatuur voornamelijk volgende redenen aangehaald: schaamte om ziek te zijn, voldoende aan zelfzorg hebben, tijdgebrek en kost, angst om de controle te verliezen, zich bewust zijn van de gevolgen, eigen kennis en personaliteit. De factoren die onder arts-/hulpverlener vallen handelen vooral over de vertrouwelijkheid en de kwaliteit van de zorg. Als laatste zijn de subfactoren van het algemeen systeem ook opgesomd; de werkdruk en de werkcultuur. Er is geen tijd om ziek te zijn en dokters worden niet geacht ziek te worden (6). Bij een vergelijking van artsen verbonden aan een universitaire instelling in Zweden en Italië zag men dat 78,3% van de artsen die hoog scoorden op de gebruikte schalen voor burn-out en depressie, geen hulp zochten of hadden gezocht. Het waren in deze studie vooral chirurgen, onderzoekers en artsen van nachtwacht die geen hulp zochten. Ook Italianen zochten ten opzichte van Zweden minder snel hulp voor hun psychosociale problemen. Aangegeven redenen waren vooral twijfels aan vertrouwelijkheid en de gedachte dat hun zelfzorg wel voldoende was. Mannen zochten eveneens minder snel hulp dan vrouwen (18).

4.5 Arts-gerichte interventies

Verschillende programma's om onder andere deze barrières weg te werken, maar ook om artsen adequaat te kunnen behandelen worden in de literatuur beschreven.

Enerzijds zijn er preventieve acties die het psychosociaal welbevinden van artsen trachten te behouden. Tijdens deze preventieve acties wordt er gewerkt op de eerder besproken persoonlijkheidskenmerken, die een verhoogde gevoeligheid geven voor job- en emotionele stress. Door het aanleren van de juiste coping strategieën kan men deze gevoeligheid drastisch verlagen. Zo is het beter om met zelfcontrole aan coping te doen, dan om de stressor te ontwijken of te vermijden

(harm avoidance) (7) (8). Maar ook gezond en regelmatig eten en tijd doorbrengen met vrienden en familie bleek beschermend inzake psychosociaal welbevinden (14).

Anderzijds is het even belangrijk om artsen die reeds met psychosociale problemen worstelen, te kunnen opvangen en begeleiden.

De wetenschappelijke literatuur over interventies om bovenstaande barrières weg te werken is schaars. Er zijn verschillende initiatieven op poten gezet om de drempel voor artsen om hulp te zoeken te verkleinen. Een verkorte mindfulness interventie onderzocht door Fortney et al in 2013 gaf een vermindering in signalen van burn-out aangegeven door de deelnemers (19). Ook preventieve initiatieven op de werkvloer bleken hun nut te hebben (20). Vaak moet het niet meer zijn dan extra vergaderingen inlassen, tijd geven aan artsen die een patiënt verloren, kliniek laten primeren op administratie of grotere veranderingen als extra personeel inhuren of snoeien in de werkuren (20), (21) (22). Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) opperde eveneens maatregelen voor preventie en aanpak van burn-out. Er bestaat een aanbeveling met veertien maatregelen ter preventie van burn-out bij huisartsen. Deze aanbevelingen situeren zich niet alleen op microniveau: het niveau van de huisarts zelf, maar ook op mesoniveau: het stimuleren van intervisie, en op macroniveau: aanpassingssuggesties op beleidsniveau voor de overheid (5).

Een uitgebreide interventie werd uitgewerkt in Noorwegen. Daar werden artsen die hulp zochten opgedeeld in een *single day counselling session* wanneer ze alleen of met hun partner de organisatie raadpleegden of een *week-long course* wanneer een groepssessie met acht artsen of vier koppels kon gestart worden. Er werd gesproken over voorkomende problemen, persoonlijkheidskenmerken en manieren om met stressoren om te gaan (23). Drie jaar follow-up van artsen die zich via deze weg lieten helpen toonde in het eerste jaar reeds een significante vermindering van emotionele uitputting, werkstress en emotioneel omgaan met stress. De verandering in omgaan met werkstress deed de emotionele uitputting verminderen. De resultaten tussen de twee groepen waren niet verschillend. De wijze om tot de resultaten te komen was wél verschillend. Zo zag men dat de groep die intensieve therapie kreeg, het eerste jaar minder snel daalde in emotionele uitputting, maar de twee volgende jaren een grotere daling in uitputting toonden. De artsen die deelnamen aan de groepssessie van één dag toonden een grotere daling in het eerste jaar met een stabilisatie in de twee volgende jaren (24).

5 Interventies in België

5.1 Schets van de huidige situatie

In België is er nog niets gepubliceerd over dergelijke interventies. Er bestaat in België geen officieel aanspreekpunt voor artsen in nood. Er zijn wel verschillende mogelijkheden om preventief of curatief behandeld te worden. Zo is er het Institut de Formation et de Thérapie pour Soignants (IFTS) en de opleiding 'coaching voor begeleiding van burn-out', specifiek voor artsen of paramedici. Vervolgens is er het European Institute for Intervention and Research on Burn-out en drie stressklinieken die niet specifiek voor artsen werken, maar die open zijn voor iedereen die zich wil weren tegen psychosociale stress, en die curatieve begeleiding bieden. In Oost-Vlaanderen werd het voorbije jaar 'Arts in Nood' in het leven geroepen. Een initiatief vanuit de Orde van Geneesheren (Oost-Vlaanderen) om artsen met psychologische problematiek een vertrouwenspersoon toe te kennen. Er heerst absolute zwijgplicht en discretie bij de vertrouwenspersoon, er wordt gesteld dat er een absolute scheiding is tussen de werking van de Orde en dit initiatief. Als vertrouwenspersonen komen bij voorkeur artsen in aanmerking met jarenlange leidinggevende of verantwoordelijke functies binnen de Orde der Geneesheren. De hulpverlening zelf is gratis.

Zoals hoger vermeld stelde het KCE een aanbeveling op ter preventie van burn-out. Het taboe rond burn-out bij huisartsen werd door het KCE reeds aangesneden. Ook in de huisartsenopleiding is er sprake van zelfzorg en wordt gesproken over burn-out. Maar omdat de vraag van artsen naar interventies voor psychologische stress of andere problematiek zo groot is, werd Doctors4Doctors in het leven geroepen.

5.2 Missie/Visie van Doctors4Doctors

Doctors4Doctors gelooft erin dat structurele omkadering/ondersteuning en preventieve acties kunnen *voorkomen* dat artsen gaan disfunctioneren.

Doctors4Doctors wil een laagdrempelig aanspreekpunt zijn dat hulp biedt aan artsen. Het wil de barrières om hulp te zoeken voor medische, psychosociale of juridische problemen verlagen. Doctors4Doctors wil een hulpmiddel zijn voor medische en psychologische begeleiding, maar

evenzeer voor het leren van vaardigheden rond afbakening, organisatie en teamwerking in de huisartsenpraktijk. De focus van Doctors4Doctors is eerder gericht op ziektepreventie en dus gezondheidspromotie, dan in behandeling van symptomen. Doctors4Doctors werkt multidisciplinair. Doctors4Doctors is geen commerciële organisatie, de dienstverlening als aanspreekpunt en verwijspunt is gratis. Het organiserende team werkt op vrijwillige basis. Met dit alles in het achterhoofd komt Doctors4Doctors tegemoet aan enkele maatregelen uit de aanbevelingsfiche opgesteld door het KCE ter preventie en aanpak van burn-out bij huisartsen.

5.3 Werking van Doctors4Doctors

De aanmelding bij Doctors4Doctors (D4D) gebeurt hoofdzakelijk via de website (www.doctors4doctors.be). Op die website krijgen de geïnteresseerden informatie te zien over de werking van D4D alsook interessante links naar partners, en natuurlijk hoe de arts zich kan aanmelden. Dit gebeurt meestal via mail waarna de arts een mail terugkrijgt met concretere informatie betreffende volgende afspraken; eenmalig of opeenvolgende contacten; telefonisch of consultatie bij een collega. Door de arts van D4D wordt gekeken waar dit specifieke probleem het beste aangepakt kan worden. Is dit bij een collega-arts? Is het meer de taak van psycholoog of therapeut? Is de klacht acuut en moet er zo snel mogelijk doorgestuurd worden?

Soms wordt ook wel eens telefonisch contact gelegd, of rechtstreeks met bestuurders van D4D na een presentatie van het initiatief bij een groep artsen bijvoorbeeld. Ook dan wordt aangeraden om via de site aan te melden, zo wordt het overzicht bewaard, worden er geen hulpvragen vergeten en blijft de discretie gewaarborgd. Nadat de aanmeldende arts verwezen is naar de correcte hulpverlener, regelt die laatste de verdere contacten.

6 Studiedesign en methode

6.1 Studiegroep

De onderzochte populatie wordt opgedeeld in ‘aanmelders’ en ‘doorstromers’. *Aanmelders* zijn zij die zich via site, telefonisch of op een andere manier aanmelden bij Doctors4Doctors maar uiteindelijk niet doorstromen in een begeleiding. Aanmelders kunnen evengoed familieleden, vrienden of collega’s van een arts zijn, maar zij kunnen zelf niet doorstromen in een begeleiding.

Doorstromers daarentegen zijn de aanmelders die een trajectbegeleiding zullen volgen.

Voor inclusie in dit onderzoek is er geen beperking op leeftijd. De enige voorwaarde is dat men geneeskunde studeert, of het artsendiploma reeds in handen heeft. Zowel mannen als vrouwen worden geïncludeerd.

Artsen die hulp zoeken voor onder andere medische, psychosociale of juridische problemen kunnen zich aanmelden bij Doctors4Doctors. Zij worden bij aanmelding gevraagd geslacht en leeftijd mee te delen, alsook om de aanmeldingsklacht kort te schetsen. Er is voor mij geen enkele manier om te weten te komen wie wanneer de site heeft bezocht. De gegevens zijn op geen enkele manier terug te brengen naar een arts. Als een arts via een ander kanaal contact zoekt met Doctors4Doctors bijvoorbeeld via telefoon, of rechtstreeks met een coach, worden geslacht en leeftijd rechtstreeks gevraagd. Bij het eerste contact wordt nadien specialisatie in de geneeskunde gevraagd en aanmeldingsklacht verder uitgeklaard.

In deze thesis worden enkel de klachten onderzocht die te maken hebben met psychosociaal welbevinden. Juridische vragen worden niet meegenomen in deze studie. Natuurlijk kan een juridisch probleem een psychische klacht met zich meebrengen. Als de arts ook daarvoor begeleid wil worden, wordt in dit onderzoek enkel het psychische luik opgenomen.

De *doorstromers* worden bij aanvang van de begeleiding door hun hulpverlener gevraagd of ze willen meewerken aan dit onderzoek, er wordt een informatiebrief gegeven. Wanneer de arts toestemt met het onderzoek wordt gevraagd een informed consent te ondertekenen.

6.2 Dataverzameling

Van de aanmelders worden enkel geslacht, specialisatie in de geneeskunde en aanmeldingsklacht gevraagd.

Na doorstroming, aan de start van het begeleidingstraject wordt gevraagd een vragenlijst (zie **BIJLAGE 3.** Vragenlijst bij start van begeleiding) in te vullen die peilt naar niveau van psychosociale stress en welbevinden. Er worden eveneens algemene gegevens van de arts gevraagd. Na twee maanden wordt opnieuw een vragenlijst aan de arts meegegeven (zie **BIJLAGE 4.** Vragenlijst na twee maanden begeleiding).

De vragenlijsten worden verwerkt met de grootste aandacht voor anonimiteit. De vragenlijsten worden bezorgd aan alle coaches die de begeleiding uitvoeren, samen met een reeds gefrankeerde en aan de onderzoeker geadresseerde envelop. De coach geeft de vragenlijst samen met een envelop aan de arts bij de start en na 2 maanden begeleiding. Na het invullen kan de arts deze vragenlijst volledig anoniem per post versturen. Niet alleen is de verzameling van vragenlijsten met respect voor de privacy, maar ook de verwerking gebeurt anoniem. Er is voor de onderzoeker geen enkele manier om de vragenlijsten terug te koppelen aan een specifiek persoon. De coach die de vragenlijst aan de patiënt geeft brengt namelijk een patiëntcode aan op de vragenlijsten. Op deze manier kunnen de twee vragenlijsten (t=0 en t=2) aan elkaar gelinkt worden. De arts achter de patiëntcode is enkel gekend voor de coach.

Ook de coach die het traject begeleidt krijgt na ten minste twee maanden een vragenlijst voorgelegd (zie **BIJLAGE 6.** Vragenlijst coach na twee maanden begeleiding) met code van de patiënt erop. Hij verstuurt deze op dezelfde manier als de arts zijn vragenlijsten verstuurt, met een reeds geadresseerde en gefrankeerde envelop. Er wordt verwacht aan tien ingevulde vragenlijstreeksen te komen.

De gebruikte vragenlijst is de 4DKL (Vier Dimensionale Klachtenlijst). Deze vragenlijst is een gevalideerde tool die vanaf de leeftijd van 15 jaar gebruikt mag worden om te peilen naar psychisch gerelateerde klachten. Dit gebeurt door vragen te stellen over vier dimensies. De eerste dimensie is distress waarbij met vragen gepeild wordt naar het spanningsniveau van de patiënt, dat kan variëren van licht tot ernstig. Dit is in principe de belangrijkste schaal. Er wordt namelijk aangetoond dat er

‘een stress’ aanwezig is. Vervolgens is er een dimensie die depressieve symptomen bevraagt en een dimensie die de angstsymptomen behelst. Als laatste dimensie wordt somatisatie nagevraagd. Een verhoogde score is per dimensie anders te interpreteren. Voor de dimensie distress en somatisatie worden de scores >10 als matig verhoogd beschouwd, en >20 als sterk verhoogd beschouwd. Voor de dimensie depressie ligt de grens voor matig verhoogde kenmerken op >2 en sterk verhoogd >5. Voor de dimensie angst liggen de grenzen voor matig en sterk verhoogde klachten op respectievelijk >7 en >12. Er wordt geen diagnose gesteld; de 4DKL peilt naar klassieke, veel voorkomende, psychische klachten. Bovendien biedt de 4DKL de gelegenheid om evolutie in het klachtenpatroon van de patiënt eveneens te objectiveren (25).

Het invullen van deze vragenlijst duurt zo’n 5-10 minuten.

De gegevensverzameling loopt vanaf 30/04/2014 tot 31/3/2015.

6.3 Verwerking van de verzamelde gegevens

De gegevens worden in Microsoft Office met een beschrijvende analyse verwerkt. Om de statistische significantie van de verandering in welbevinden op t=2 te bepalen, wordt gebruik gemaakt van de Wilcoxon Signed Rank test. Met deze test kan er in een kleine steekproef gekeken worden of twee niet-normaal verdeelde reeksen inderdaad verschillen en of dit verschil significant is.

De 4DKL is opgesteld in een ongelijk aantal vragen per dimensie. De scores per dimensie zijn onderling niet te vergelijken. Om deze vergelijking toch mogelijk te maken wordt er bij de resultaten op studiepopulatieniveau een herschaling toegepast. Dit wil zeggen dat de score op de vragen in een bepaalde dimensie, in verhouding wordt gebracht met het aantal vragen in die dimensie ten opzichte van het totaal aantal vragen van de 4DKL.

7 Resultaten

7.1 Demografische gegevens

Gedurende de periode van gegevensverzameling, van april 2014 tot maart 2015, meldden 70 artsen zich aan bij Doctors4Doctors. Van één arts ontbrak de specialisatie, deze arts werd niet geïncludeerd. Eén aanmelding gebeurde door een huisartsenkring. Ook zij werden niet geïncludeerd. Dat brengt het totaal aantal aanmelders in deze studie op 68 artsen. Van deze 68 aangemelde artsen stroomden er 56 door in een begeleidingstraject. Dit is een doorstroom percentage van 82,3%.

In Tabel 1 wordt een verdeling gemaakt tussen aanmelders en doorstromers, alsook een indeling volgens geslacht.

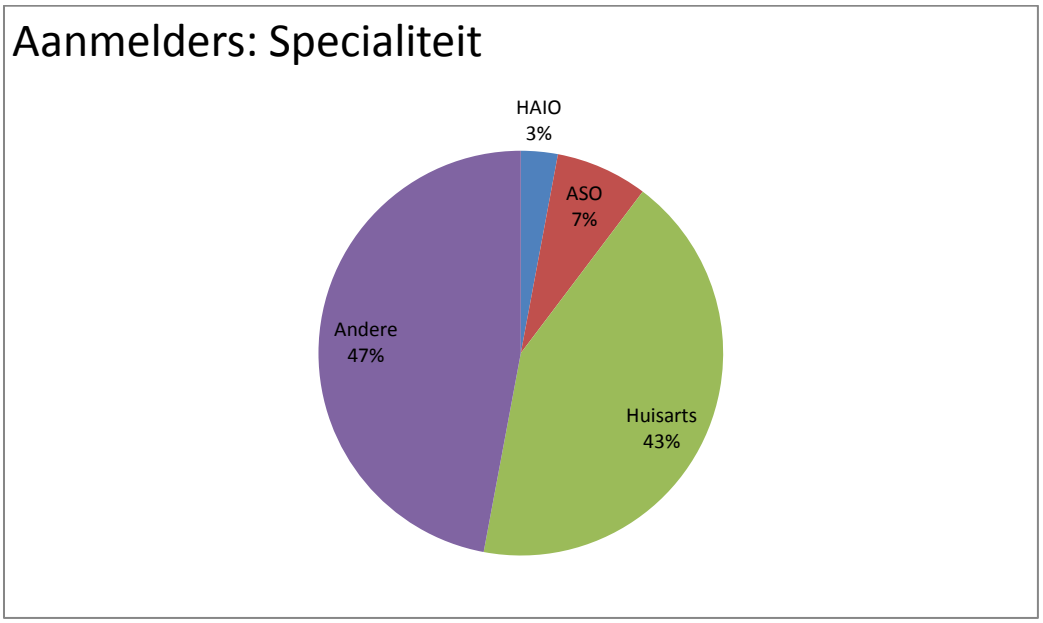
Tabel 1: verdeling aanmelders en doorstromers volgens geslacht

Geslacht	**Aanmelders**		**Doorstromers**	
	N	**%**	**N**	**%**
Vrouw	49	72%	41	73%
Man	19	28%	15	27%
Totaal	**68**	**100%**	**56**	**100%**

Er melden zich meer vrouwen aan dan mannen. Die verhouding blijft behouden bij de doorstromers.

7.1.1 Demografische gegevens van aanmelders

In Figuur 1 ziet men de verdeling aanmelders per specialiteitsgroep. Er werd besloten om de vijftien verschillende, aangemelde specialiteiten onder te verdelen in vier groepen. De groepen zijn als volgt ingedeeld: huisarts, huisarts-in-opleiding (HAIO), arts-specialist-in-opleiding en andere. In de groep *andere* worden alle andere subspecialisaties onder gebracht.



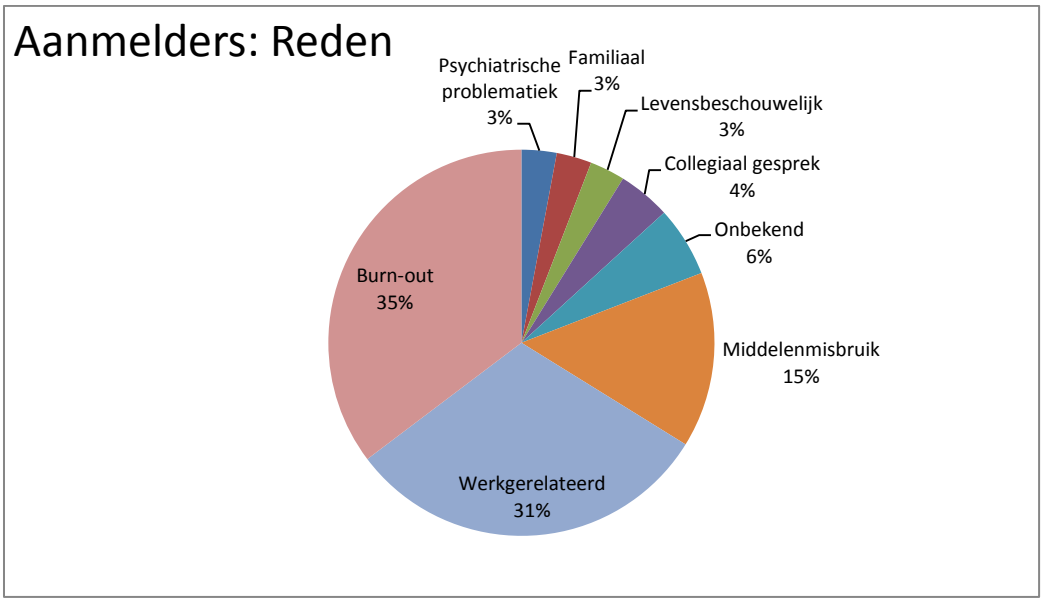
Figuur 1: verdeling aanmelders per specialiteitsgroep (n=68)

De grootste groep aanmelders is de groep waarin alle andere specialisaties worden ondergebracht. Dit omvat: interne, psychiatrie, chirurgie, dermatologie, oogheelkunde, arbeidsgeneeskunde, spoedgeneeskunde, pediatrie, tropische geneeskunde, tandheelkunde. Daarop volgen huisartsen met 43% van alle aangemelde artsen. Van de huisartsen is 69% van het vrouwelijke geslacht. Dit is gelijk aan het aantal vrouwen in de groep *andere* (68%). Dit is een vergelijkbaar cijfer met het totaal aantal aangemelde vrouwelijke artsen (72%).

Er werd eveneens een verdeling gemaakt volgens reden van aanmelding (Figuur 2). Ook hierin werd er vereenvoudigd door de aanwezige redenen te groeperen in acht rubrieken. Volgende rubrieken komen aan bod: Burn-out, werk gerelateerde problemen, levensbeschouwelijke problemen, familiale problemen, nood aan eenmalig collegiaal gesprek, psychiatrische problematiek, middelenmisbruik, onbekend. Onder *werk gerelateerde problemen* verstaan we problemen anders dan burn-out; pesten op

het werk, klachten van patiënt, orde of RIZIV en bijvoorbeeld organisatorische problemen, problemen met statuut. *Levensbeschouwelijke problemen* worden vooral gezien als vragen rond kwaliteit van leven, balans in het leven brengen. Bij enkelen is de hulpvraag niet gekend en wordt de aanmelder ondergebracht in categorie *onbekend*.

Het is niet eenvoudig onder te verdelen in rubrieken. De meeste aanmeldingen zijn complex en niet tot één rubriek te beperken. Het is vaak een multi-problematiek. Er werd bij de onderverdeling enkel rekening gehouden met de aanmeldingsklacht, en niet met wat uit de vragenlijst als extra problematiek naar boven kwam.

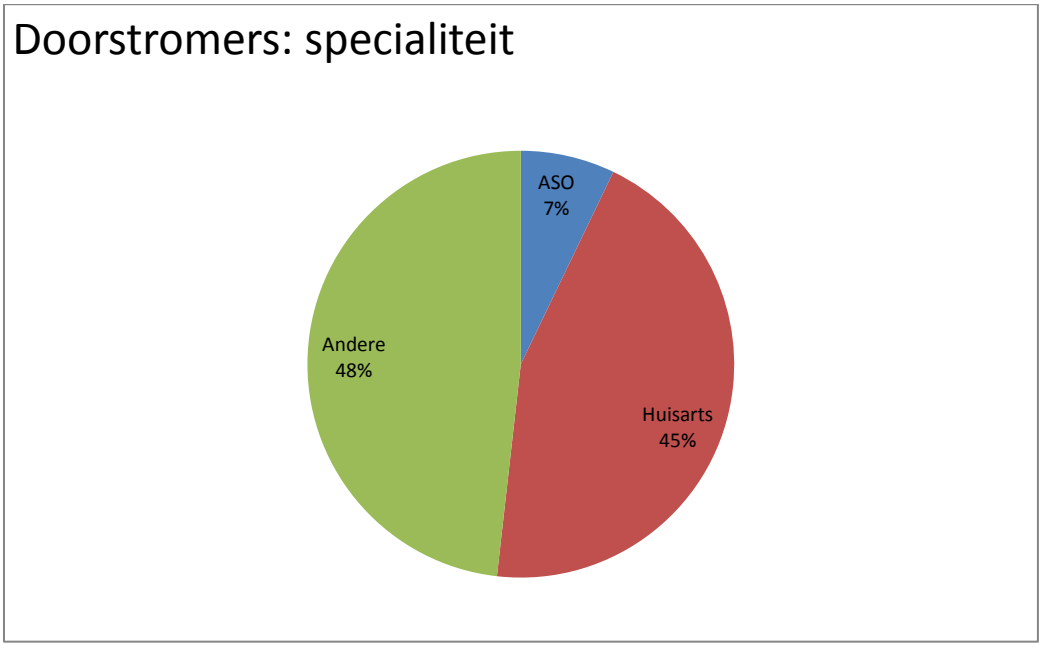


Figuur 2: verdeling aanmeldingsklacht (n= 68)

Burn-out is met 35% de meest voorkomende aanmeldingsklacht, met werk gerelateerde klachten 31%, anders dan burn-out, en middelenmisbruik 15% op tweede en derde plaats.

7.1.2 Demografische gegevens van doorstromers

Er zijn 56 artsen die doorstromen in een trajectbegeleiding (Tabel 1). In figuur 3 wordt de verdeling van doorstromers per specialiteitsgroep weergegeven. De rubrieken zijn onveranderd gebleven, alleen de HAIO's waarvan er niemand doorstroomde in een trajectbegeleiding zijn weggelaten.



Figuur 3: verdeling doorstromers per specialiteitsgroep (n=56)

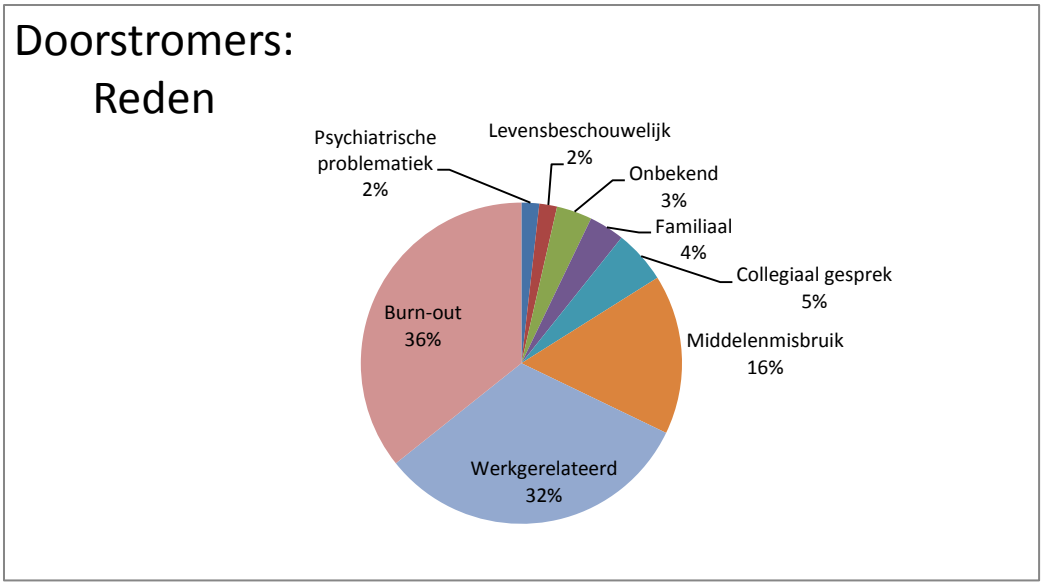
Opnieuw zijn de percentages doorstromers in deze studiepopulatie gelijkaardig. Een overzicht van wie van de aangemelde artsen ook doorstroomde, wordt weergegeven in onderstaande tabel (Tabel 2).

Tabel 2: doorstromers tov het aantal aangemelde artsen per specialiteit

	Aanmelders N=68	**Doorstromers** N=56
HAIO	2	0
ASO	5	4
Andere	32	25
Huisarts	29	27

Van de aangemelde huisartsen stroomt 93,1% door in een trajectbegeleiding. Dit in vergelijking met 78,1% bij de groep *andere*.

In Figuur 4 wordt een overzicht gemaakt van de verdeling van klachten van de doorstromers.



Figuur 4: verdeling doorstroomklacht (n=65)

De verdeling van aanmeldingsklacht bij de doorstromers is gelijkaardig aan deze bij de aanmelders, met burn-out op de eerste plaats, gevolgd door werk gerelateerde klachten anders dan burn-out op de tweede plaats, en middelenmisbruik op de derde plaats. Psychiatrische problematiek is de kleinste groep van klacht bij zowel aanmelding als doorstroming.

7.2 Ervaring en evolutie gedurende een trajectbegeleiding

Van de 56 artsen die doorstroomden in een trajectbegeleiding werden er veertien volledige vragenlijstreeksen (vragenlijst 1 en vragenlijst 2) ingevuld teruggestuurd door de artsen. Dat is een respons ratio van 25%. Van coaches ontving ik vijftien vragenlijsten. Van drie artsen ontving ik tot op heden enkel de vragenlijst van de coach, zonder vragenlijst 1 of 2. Van twee artsen ontving ik enkel vragenlijst 1 en 2 zonder vragenlijst van de coach. Van twee artsen ontving ik enkel vragenlijst 1.

7.2.1 Beschrijving gegevens vragenlijst 1 - Demografie

In totaal ontving ik zestien ingevulde exemplaren van vragenlijst 1. Vier daarvan werden ingevuld door een mannelijke arts. Het merendeel van vragenlijsten werden ingevuld door de groep *andere* (zeven vragenlijsten tegenover twee van *ASO*'s en vijf van *huisartsen*).

De gemiddelde leeftijd van de artsen is 42 jaar (± 8 jaar). De mediane leeftijd van de ondervraagde artsen is eveneens 42 jaar [27 jaar; 57 jaar].

Veertien van de zestien ondervraagde artsen zijn samenwonend of getrouwd.

Op de vragen over werkervaring waren de antwoorden verdeeld: er zijn twee artsen die minder dan tien jaar in het werkveld staan en slechts één die er meer dan 30 jaar geneeskunde op heeft zitten. De meerderheid situeert zich hiertussen. Slechts drie artsen combineren hun geneeskundige praktijk met een andere job binnen de medische sector. Veertien van de zestien ondervraagde artsen werken meer dan 40 uur per week, waarvan de meerderheid zelfs langer dan 50 uur per week werkt. De verhouding aantal gewerkte uren en financiële tegemoetkoming komt maar bij drie van de ondervraagde artsen overeen. Bij twee is de verloning 'niet van toepassing'. Bij de overige artsen worden er meer uren gewerkt dan waarvoor ze verloning krijgen.

Interessant naar verspreiding van bekendheid van het initiatief D4D is de wijze waarop de artsen met dit initiatief in contact gekomen zijn. In Tabel 3 ziet men de wijze van kennisname van D4D en hoeveel keer deze manier door de artsen is aangeduid. Aan de ene zijde staat "(ik werd) rechtstreeks **verwezen** door collega, vriend of familie", met aan de andere zijde "(ik kwam in contact) via de **website** die ik zelf vond of ontdekte via media zoals artsenkrant of op een bijscholing tegenkwam".

Hierbij is de kennisname op verwijzing van collega het vaakst aangeduid, met niet ver daaronder kennisname via media.

Tabel 3: kennisname Doctors4Doctors

Verwezen			**Via website**		
Collega	Vriend	Familie	Zelf	Media	Bijscholing
8x	1x	1x	2x	6x	2x

Het aantal keren 'aangevinkt' is niet gelijk aan het aantal ondervraagde artsen. Er waren verscheidene artsen die meerdere mogelijkheden op deze vraag aanvinkten. Zo kan Doctors4Doctors worden voorgesteld door een vriend, of bekeken worden in een medisch magazine, waarna nadien bijvoorbeeld op een bijscholing een eerste kennismaking wordt gemaakt.

7.2.2 Beschrijving gegevens vragenlijst 2 - Tevredenheid

Ik ontving veertien vragenlijsten ten minste twee maanden na de start van de begeleiding. Deze veertien artsen scoorden gemiddeld 8,7/10 op de vraag 'hoe nuttig ze de begeleiding vonden'. Ongeveer hetzelfde cijfer (8,9/10) werd gevonden bij de vraag hoe tevreden ze waren over de begeleiding. De verwachtingen betreffende de begeleiding werden bij alle ondervraagde artsen ingelost. Enkele van de opmerkingen waren als volgt:

"… een gesprek in de diepte"

"Ik kon mijn verhaal kwijt. Ik had even een hand nodig om me te begeleiden" Nog een andere arts schreef ook over de hand die hij aangereikt kreeg.

"Ik kreeg concrete hulp"

"Ik kreeg begrip en steun, een spiegel om me te helpen kiezen"

Tweemaal werd gemeld "*zicht te hebben gekregen op zichzelf en zijn functioneren".* Eén arts wist niet wat te verwachten.

Alle artsen zouden opnieuw samenwerken met Doctors4Doctors indien ze het opnieuw nodig zouden hebben. Vooral de voordelen dat collega's het werkveld en de bijhorende problemen kennen, alsook het grote begrip speelden hier in mee. Dat de doelgroep enkel specifiek artsen zijn en de hulpverlening

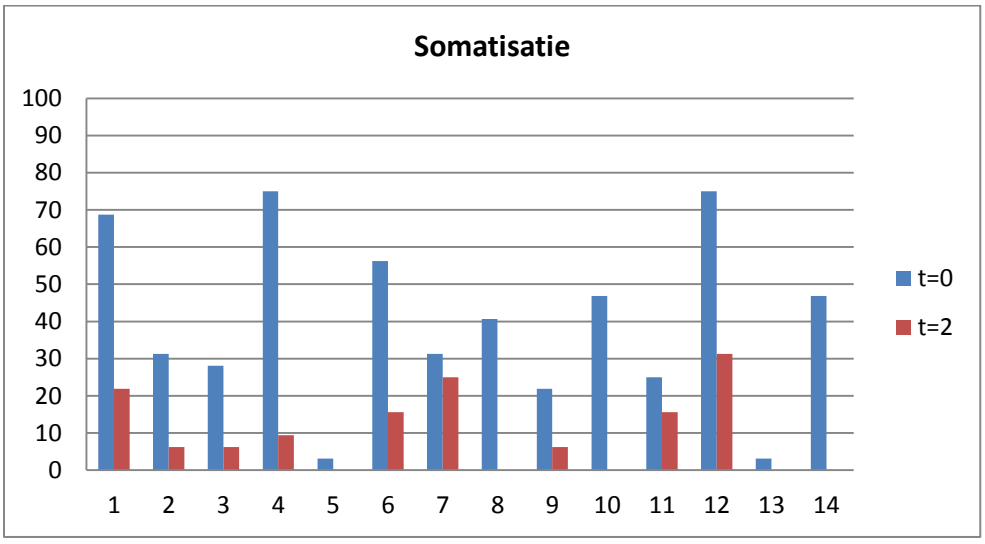
door artsen wordt aanzien als een grote meerwaarde. Wat vooral gewaardeerd wordt in de begeleiding door Doctors4Doctors is de gegeven discretie en het begrip.

Geen van de artsen miste iets in de begeleiding. Integendeel, alle artsen zouden Doctors4Doctors aanraden bij collega's in nood en dan vooral omwille van de adequate en aangepaste hulp. Een specifieke vraag over discretie tijdens de begeleiding, wat toch belangrijk is in de behandeling van artsen, werd door alle artsen positief beantwoord. Er was 100% vertrouwen in de aangeboden discretie. Er werden geen opmerkingen gegeven op de vraag of er iets in de begeleiding gemist werd. Een aantal artsen gaf opbouwende commentaar; *D4D, doe zo voort!* en ook *Bedankt!*, of *zeer goed initiatief!*

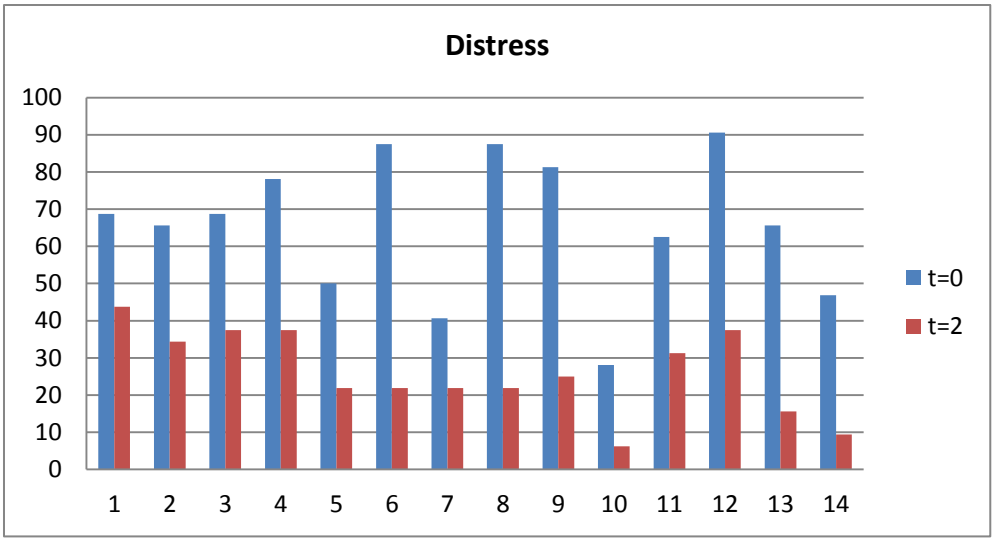
7.2.3 Beschrijving resultaten 4DKL vragenlijst

De vier dimensionale klachtenlijst bestaat uit de dimensies distress, somatisatie, angst en depressie. De veertien artsen die de vragenlijsten invulden scoorden het hoogst op distress, daarop volgde somatisatie. Depressie en angst waren bij iedere arts minder opvallend aanwezig en zij scoorden op beide dimensies relatief gelijkaardig.

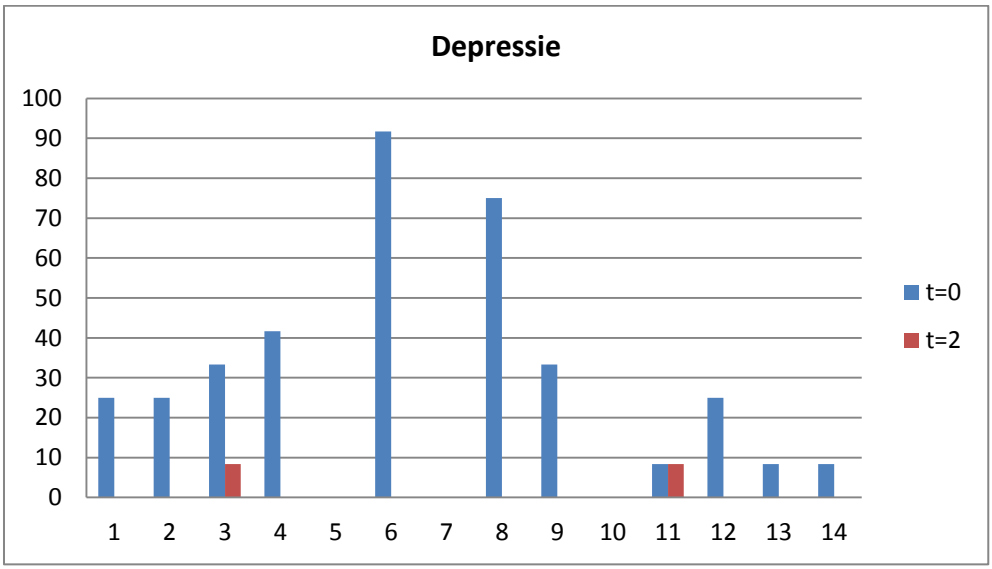
Op onderstaande figuren wordt een overzicht gegeven van de scores per arts (blauw), weergegeven met hun respectievelijke verbetering (rood), en dit per dimensie (somatisatie, distress, depressie, angst).



Figuur 5: overzicht individuele score voor somatisatie

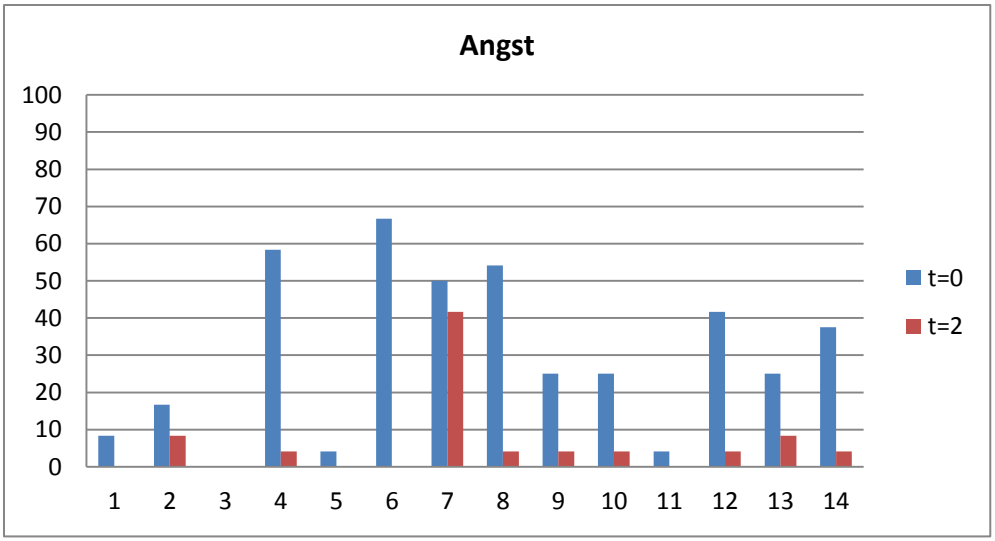


Figuur 6: overzicht individuele score voor distress



Figuur 7: overzicht individuele score voor depressie

Arts 5, 7 en 10 scoorden 0 op de dimensie depressie.



Figuur 8: overzicht individuele score voor angst

De artsen waar de rode grafiek ontbreekt scoorden na twee maanden 0 op de dimensie depressie.

In onderstaande tabel worden de gemiddelde scores en standaard deviatie hierop weergegeven alsook mediaan met range. En dit op de vier dimensies van de 4DKL.

Tabel 4: overzicht gemiddelde scores en mediaan per dimensie op t=0 en t=2 (n=14)

	Gemiddelde t=0	St Dev	Mediaan t=0	Gemiddelde t=2	St Dev	Mediaan t=2
Somatisatie[1]	12	± 8	10 [1;24]	3	± 3	3 [0; 10]
Distress[1]	21	± 6	22 [9;29]	8	± 4	8 [2; 14]
Depressie[3]	3	± 3	3 [0; 11]	0	± 0,4	0 [0; 1]
Angst[4]	7	± 5	6 [0; 16]	1	± 2	1 [0; 10]

[1]: >10 matig verhoogd, >20 sterk verhoogd. [2]: >2 matig verhoogd, >5 sterk verhoogd. [3]: >7 matig verhoogd, >12 sterk verhoogd

Om de verbetering statistisch te onderzoeken werd een Wilcoxon Signed Rank test uitgevoerd. De kritische waarde voor een steekproefgrootte veertien is 21-57 (26). De resultaten worden weergegeven in Tabel 1Tabel 5.

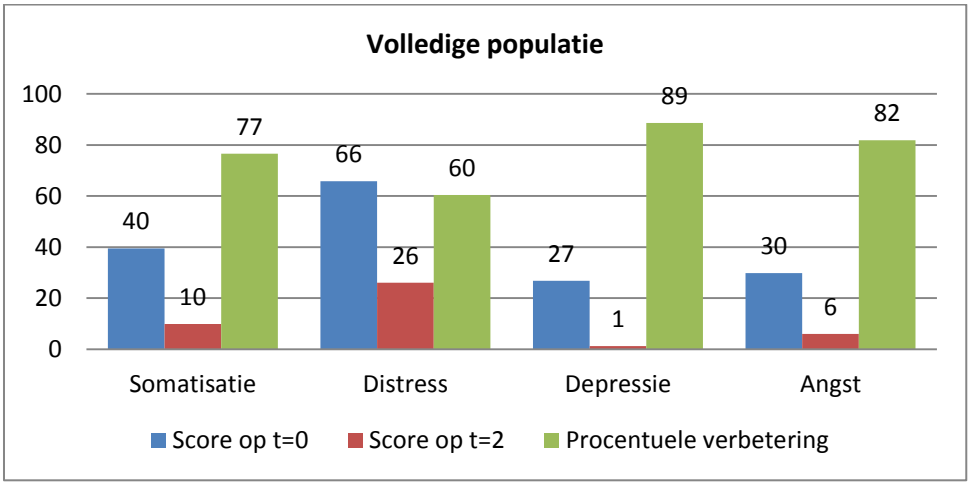
Tabel 5: verandering in score op t=0 en t=2, per dimensie (n=14)

Dimensie	t=2 + verandering*	t=2 - verandering**	Test statistic	p-waarde
Somatisatie	14	0	0	0,037%
Distress	14	0	0	0,001%
Depressie	10	4	4	2,356%
Angst	13	1	1	0,426%

* + verandering: een daling in de score op de dimensie. **– verandering: geen verbetering in score op de dimensie

Voor alle dimensies ligt de *test statistic* onder de *kritische waarde* van 21. Dit wil zeggen dat de nulhypothese verworpen kan worden. Er is weldegelijk een statistisch verschil tussen t=0 en t=2, met een daling in scores op t=2. Dit verschil is ook in alle vier dimensies statistisch significant.

De verbetering op studiepopulatieniveau wordt in Figuur 9 grafisch weergegeven. Blauw (t =0) is de gemiddelde score vóór begeleiding en rood (t ≥2) de gemiddelde score is na begeleiding. De groene pijler is de weergave van de procentuele verbetering na begeleiding.



Figuur 9: procentuele verdeling van de vier dimensies (4DKL) in de onderzoekspopulatie

7.2.4 Beschrijving vragenlijst coach

Er werden vijftien vragenlijsten door coaches opgestuurd.

Dertien van de vijftien artsen werden begeleid door een huisarts. Twee anderen door een psycholoog of een psychotherapeut. Bij iets meer dan de helft vond er een doorverwijzing plaats en dan voornamelijk naar mindfulness of relaxatie therapie. Tweemaal werd er verwezen naar een psychiater in de verslavingszorg en tweemaal naar psycholoog. Slechts bij één arts werd er medicatie opgestart.

Alle coaches meldden een vlot contact en een fijne samenwerking met de arts-patiënt. Zij waren vooral positief over het vertrouwen in de begeleiding en de open houding van alle arts-patiënten.

Een trajectbegeleiding nam gemiddeld vijf sessies (met een maximum van 12 en een minimum van 3 sessies) in beslag van telkens gemiddeld 60 minuten.

Twee coaches gaven aan een arts tijdelijk arbeidsongeschikt te willen verklaren, maar dat dit tweemaal geweigerd werd. Bij drie artsen werd door de coach problematisch alcoholgebruik aangeduid, waarvan bij één afhankelijkheid bleek. Bij twee van deze drie artsen was middelenmisbruik ook de aanmeldingsklacht.

Terugkerende opmerkingen zijn:

"… patiënt vond de kracht om stil te staan en naar zichzelf te kijken"

"… erg veel verbetering door kracht om rollercoaster te stoppen"

"Patiënt kreeg zeer vlug zicht op eigen situatie om knopen door te hakken"

Toch werd de tevredenheid lager ingeschat dan de patiënten quoteerden. Er werd viermaal door de coach een opmerking geschreven bij de vraag wat moeilijk ging.

"Wat weerstand, niet makkelijk te aanvaarden problematiek"

"Er is geen pasklare oplossing voor existentiële problematieken, dus dat is moeilijk"

"Artsen zijn erg gedreven en gefocust op hun werk en willen hier echt een verschil maken door hun bijdrage…"

"… na oplossing eerste probleem, volgen nog vele andere problemen.."

Moeilijkheden om een arts te behandelen werden ook weergegeven. Tweemaal werd de druk van universiteit of academische collega's als obstakel weergegeven.

"... de universiteit is een hardvochtige wereld"

Tweemaal werd ook de arts-patiënt als 'persoonlijke bekende' ervaren wat initieel voor makkelijke kennismaking zorgde maar nadien de begeleiding niet vergemakkelijkte.

"...er werden erg delicate, emotionele zaken besproken die ik helemaal voor mezelf moet houden, ook op professionele overlegmomenten..."

8 Discussie

8.1 Wie heeft Doctors4Doctors bereikt?

Een onderzoek naar evolutie in psychosociaal welbevinden bij artsen is niet eenvoudig. Er heerst nog veel taboe rond psychosociale problemen bij artsen. Ondanks de berichten in de media en de verhoogde aandacht naar zelfzorg. Dat blijkt ook uit de lage respons ratio van de doorstromers in deze studie. Het is al een hele stap om hulp te zoeken, maar zich daarboven ook nog bloot geven in studieverband, zal voor sommigen ondanks de gegarandeerde anonimiteit een stap te ver zijn. De groep is te klein om grote conclusies te trekken, maar het kan wel tendensen aangeven. Ook voor Doctors4Doctors zijn het belangrijke data die hun doelgroep en bereik weerspiegelen, wat tenslotte de bedoeling was van deze studie.

Wat de resultaten betreft zien we dat bij de aanmelders het aandeel vrouwen bijna dubbel zo hoog ligt als het aantal aangemelde mannen. Dit is ook het geval bij de doorstromers. Enerzijds kan dit te wijten zijn omdat distress bij vrouwen vaker voorkomt (2), anderzijds zoeken vrouwen ook sneller hulp voor hun medische problemen (18) (6). Een gelijkaardig onderzoek in Engeland toonde geen verschil in aanmelding tussen de twee geslachten. Zij hadden méér aanmelders dan in deze studie het geval is (27). Mogelijk is de drempel om hulp te zoeken voor vrouwen lager dan voor mannen en hebben mannen meer tijd nodig alvorens de stap te zetten. In deze studie kan daar geen uitspraak over gedaan worden al lijken de cijfers te kloppen met wat in de literatuur gevonden wordt.

Omwille van de noodzaak aan absolute anonimiteit werd besloten de groepen niet verder onder te verdelen dan de hoger vernoemde vier groepen. In het kader van dit onderzoek heeft het ook geen zin om specialiteiten per discipline onder te verdelen. Het kan nuttig zijn om bij een grotere groep deze onderverdeling wel te maken, als op die manier ook de anonimiteit gegarandeerd kan blijven.

In 2012 waren er in Vlaanderen 8181 erkende huisartsen ingeschreven en 436 HAIO's. Dit ten opzichte van 13 793 erkende specialisten en 2193 ASO's (28). Met deze cijfers in het achterhoofd kan men begrijpen dat het aandeel huisartsen dat zich aanmeldde (0,35%) proportioneel groter is dan het aandeel aangemelde specialisten (0,22%). Hetzelfde proportioneel aandeel vindt men bij ASO's (0,22%) ten opzichte van het proportioneel aandeel aangemelde HAIO's (0,45%). Doctors4Doctors

werd opgestart door onder meer een huisarts, een psychiater, een psycholoog en een coach. Huisartsen hebben een uitgebreid netwerk van intervisie en lokale kwaliteitsgroepen (LOK) waardoor zij mogelijks meer in contact komen met de bekendmaking van D4D via verschillende bronnen. Dit kan een reden zijn waarom het aantal huisartsen dat zich aanmeldt hoger ligt. In onderzoek ziet men dat vooral psychiaters, chirurgen en huisartsen de meest kwetsbare groep zijn (7). Het aantal artsen in opleiding is minder dan verwacht. Uit onderzoek blijkt dat artsen in opleiding een groot risico hebben op psychosociaal onwelbevinden omwille van een aantal organisatorische en financiële aspecten eigen aan de opleidingsstatus (16).

Burn-out is met 34% de meest frequente aanmeldingsklacht in deze studie, met werk gerelateerde klachten (31%) daar nauw aansluitend. Uit het gelijkaardig onderzoek in Engeland staan werk gerelateerde klachten ook hoog in de lijst, na depressie/angst/laag gevoel van eigenwaarde. Dit komt niet volledig overeen met burn-out maar deze opsomming past wel in het burn-out kader. We zouden kunnen stellen dat 65% van de klachten bij aanmelding te maken hebben met problemen in de werksfeer, als ruimer begrip. Opvallend is dat ook in Engeland de zware psychiatrische pathologie slechts sporadisch wordt vastgesteld (27).

Vermoedelijk ligt het aandeel middelenmisbruik hoger dan de 15% die zich specifiek met dit probleem aanmeldt. We hebben slechts een kleine steekproef uit de vragenlijsten en kunnen dus geen uitspraken hieromtrent doen. Een onderzoek in Zwitserland heeft aangetoond dat artsen tweemaal vaker een risicovol drinker zijn dan de algemene Zwitserse bevolking (29) (30). Er is een sterke associatie tussen het voorkomen van burn-out en alcoholmisbruik (4).

De verdeling van specialiteitsgroepen die doorstromen in een trajectbegeleiding is gelijkaardig aan de verdeling van specialiteiten die zich aanmelden.

8.2 Ervaring en evolutie tijdens een trajectbegeleiding

Er werden weinig vragenlijsten ingevuld door doorstromende artsen. Een respons ratio van 25% is niet hoog. Anderzijds is psychosociale problematiek bij artsen een gevoelig onderwerp. Het D4D project is jong en enig in België, bovendien is het de eerste keer dan een studie als deze werd uitgevoerd. Dit

kan de drempel om deel te nemen aan de studie verhogen. Bovendien wonen we in een klein land met een erg goede samenwerking tussen ziekenhuizen, universiteiten en eerste lijn. Het is aannemelijk dat er artsen zijn die omwille van hun bekendheid in de artsenwereld liever niet deelnemen aan de studie, of zelfs geen hulp zoeken voor eventueel aanwezige problemen. In deze studie was het belangrijk om absolute anonimiteit te waarborgen. Iedere ondervraagde arts is tevreden met de gegeven discretie en had vertrouwen in de gegarandeerde anonimiteit. Dit is een sterk resultaat en wordt niet in ieder evaluatieonderzoek van een interventieprogramma gevonden (31). Dit is een zeer sterk punt van D4D en mag stevig in de verf gezet worden. Nochtans was het voor vele behandelaars niet eenvoudig om een collega-arts te behandelen. Omwille van het 'kleine wereldje' en de arts-patiënt relatie die toch wat ongewoner is dan de gekende relatie met niet-arts patiënten.

Zoals de literatuur ons ook heeft doen inzien hebben interventies hun nut. Zo zien we ook in deze studie, zoals verwacht, verbetering onder therapie. Werkonderbreking had geen invloed op verbetering van de klachten. Werkonderbreking was evenmin een teken van ernstige klachten bij start. Ziekteverlof valt individueel af te wegen en is afhankelijk van meer aspecten dan alleen het ziektebeeld.

Op niveau van de ganse studiepopulatie is distress de sterkst aanwezige dimensie samen met somatisatie. De dimensies depressie en angst zijn bij de onderzochte artsen in mindere mate aanwezig.

De dimensie depressie daalt onder begeleiding het opvallendst en is quasi volledig verdwenen na minstens twee maanden. Ook somatisatie en angst maken een gelijkaardige maar minder grote daling door. De dimensie distress is de minst grote daler. Mogelijk is dit ook de meest gevoelige dimensie en stijgt deze sneller dan de andere dimensies bij moeilijkheden. Het is ook mogelijk dat er een langere behandeling nodig is om deze dimensie te laten dalen. Hiervoor is het nuttig om de 4DKL te herhalen na 1 jaar, wat in het tijdsbestek van deze thesis jammer genoeg niet mogelijk is.

Op niveau van de individuele resultaten zien we een gelijkaardige evolutie. Hierin is de dimensie depressie opnieuw de grootste daler, met uitzondering van één meting. Op één uitzondering na is ook angst een stevige daler. Opnieuw is de dimensie distress het langst aanwezig en lijkt een nieuwe evaluatie na 1 jaar hier nuttig. Alle resultaten zijn statistisch significant.

9 Conclusie

Dit is het eerste onderzoek in België van deze aard.

Het onderzoek wordt uitgevoerd rond een gevoelig onderwerp waar anonimiteit en discretie belangrijke aandachtspunten zijn. Dat maakt dat de studiepopulatie beperkt is en er kunnen dus weinig uitspraken gedaan worden voor de gehele artsenpopulatie. Hiervoor is het raadzaam dit onderzoek te herhalen of langer te laten doorlopen om de studiegroep te vergroten.

Maar dit onderzoek werd in de eerste plaats opgezet ter evaluatie van het pas opgestarte initiatief Doctors4Doctors. Met deze studie kan wél een antwoord gevormd worden op de hiervoor vermelde onderzoeksvragen.

Zowel mannen als vrouwen melden zich aan bij Doctors4Doctors met een hoger aantal vrouwen dan mannen. Een gelijkaardig onderzoek in het buitenland met een grotere groep onderzochte artsen toonde geen verschil in geslacht bij de aanmelders. Het is interessant om ook dit over een langere periode ook bij Doctors4Doctors te onderzoeken.

Er melden zich artsen van verschillende specialiteitsgroepen aan met proportioneel een hoger aandeel huisartsen. Omwille van de garantie op anonimiteit en de kleine groep is het onmogelijk om een kleinere onderverdeling te maken in specialiteitsgroepen. Indien de studie uitgebreid wordt over een langere periode, kan de groep groeien en kan er wel een onderverdeling gemaakt worden, waardoor er mogelijk per beroepsgroep uitspraken gedaan kunnen worden. Dit is omwille van het verzekeren van de anonimiteit van de geïncludeerde artsen in dit onderzoek niet mogelijk.

Het aandeel werk gerelateerde klachten, anders dan burn-out, is groot. Een interventie op de werkvloer, zoals ook de literatuur doet uitschijnen, kan een groot preventief effect hebben om deze arts-patiënten te ondersteunen. Hierover zou samen gezeten kunnen worden met de regelgevende en organisatorische instanties. Ook het grote aantal arts-specialisten-in-opleiding dat zich aanmeldt doet vermoeden dat een interventie op werkvloer of in contract hierin een effect kan hebben. Voor de artsen van morgen is dit een cultuurverandering die hen kan ondersteunen in de verantwoordelijkheden die zij later zullen moeten opnemen.

Ondanks de lage respons rate van 25% is er een duidelijke tendens te zien in de evolutie van de klachten na minstens twee maanden. Depressieve kenmerken dalen het sterkst terwijl de dimensie distress lang aanwezig blijft en minder fel daalt. Het is interessant om deze evolutie verder op te volgen 1 jaar na therapie. Over het algemeen is er een sterke verbetering van de klachten met positieve commentaren van de artsen. Vooral over de discretie en de gepaste hulp waren de meningen unaniem. Doctors4Doctors behaalt hierbij met vlag en wimpel de waarden die zij initieel voorop hadden gesteld.

Het uitbreiden van dit onderzoek in de tijd is niet alleen nuttig als objectieve evaluatie van dit project, maar zal ook een beeld kunnen geven van de het psychosociaal welbevinden van de artsen in Vlaanderen. Met basismateriaal en kansen voor beleidsverandering of preventieve acties.

10 Bronnenlijst

1. El-bar N, Levy A, Wald HS, Biderman A. Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among family physicians in the Negev area - a cross-sectional study. Israel Journal of Health Policy Research. 2013;: p. 31-39.
2. King MB, Cockroft A, Gooch C. Emotional distress in doctors: sources, effects and help sought. Journal of the Royal Society of Medicine. October 1992;: p. 605-608.
3. Visser M, Smets E, Oorts F, de Haes H. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. Canadian Medical Association Journal. Feb 2003;: p. 271-275.
4. Solera JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Spiridonova Asenova R, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. Family Practice. 2008; 25: p. 245 - 265.
5. Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, Roland M, De Schampheleire J, De Troyer M, et al. Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak. België:; 2011.
6. Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Doust J. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. British Journal of General Practice. July 2008;: p. 501-508.
7. Pejuskovic B, Lecic-Tosevski D, Priebe S, Toskovic O. Burnout syndrome among physicians - the role of personality dimensions and coping strategies. Psychiatria Danubina. 2011;: p. 389-395.
8. Lemaire JB, Wallace JE. Not all coping strategies are created equal; a mixed methods study exploring physicians' self reported coping strategies. BMC Health Services Research. 2010;: p. 208-218.
9. Chen KY, Yang CM, Lien CH, Chiou HY, Lin MR, Chang HR, et al. Burnout, Job Satisfaction, and Medical Malpractice among Physicians. International Journal of Medical Sciences. 2013;: p. 1471-1478.
10. Dr. Ogle. no title known. The New York Times. 1886.
11. Allibone A, Oakes D, Shannon HS. The health and health care of doctors. Journal of the Royal

College of General Practitioners. 1981; 31: p. 728-734.

12. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide Rates Among Physicians: A Quantitative and Gender Assessment (Meta-Analysis). 2004; 161: p. 2295-2302.
13. Wallace JE. Physician wellness: a missing quality indicator. 2009.
14. Lee JP, Stewart M, Brown JB. Stress, burnout, and strategies for reducing them. What's the situation among Canadian family physicians? Canadian Family Physician. 2008; 54: p. 234-235e.1-5.
15. Dyrbye LN, Varkey P, Boone S, Satele DV, Sloan JA, Shanafelt TD. Physician Satisfaction and Burnout at Different Career Stages. Mayo Clinic Proceedings. 2013.
16. Galam E, Komly V, Le Tourneur A, Jund J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. British Journal of General Practice. 2013;: p. 217-224.
17. Davidson SK, Schattner PL. Doctors' health-seeking behaviour: a questionnaire survey. Medical Journal Australia. 2003; 179: p. 302-305.
18. Fridner A, Belkić K, Marini M, Gustafsson Senden M, Schenck-Gustafsson K. Why don't academic physicians seek needed professional help for psychological stress. Swiss Medical Weekly. 2012; 142.
19. Fortney L, Luchterhand C, Zakletskaia L, Zgierska A, Rakel D. Abbreviated Mindfulness Intervention for Job Satisfaction, Quality of Life and Compassion in Primary Care Clinicians: A Pilot Study. Annals of Family Medicine. 2013;: p. 412-420.
20. Dunn PM, Arnetz BB, Christensen JF, Homer L. Meeting the Imperative to Improve Physician Well-being: Assessment of an Innovative Program. Journal of General Internal Medicine. 2007;: p. 1544-1552.
21. Eckleberry-Hunt J, Van Dycke A, Lick D, Tucciarone J. Changing the Conversation From Burnout to Wellness: Physician Well-being in Residency Training Programs. Journal of Graduate Medical Education. 2009;: p. 225-230.
22. Bourbonnais R, Brisson C, Vinet A, Vézina M, Abdous B, Gaudet M. Effectiveness of a

participative intevrentio on psychosocial work factors to prevent mental gealth problems in a hospital setting. Occupational and Environmental Medicine. 2006; 63: p. 326-334.

23. Isaksson RKE, Gude T, Aasland OG. Does a self-referral counselling program reach doctors in need of help? A comparison with the general Norwegian doctor workforce. BMC Public Health. 2007; 7.
24. Isaksson RKE, Tyssen R, Hoffart A, Sexton H, Aasland OG, Gude T. A three-year cohort study of the relationships between coping, job stress and burnout after a counselling intervention for help-seeking physicians. BMC Public Health. 2010; 10.
25. Terluin B, van Marwijk H, Adèr H, de Vet H, Penninx B, Hermens M, et al. The Four-Domensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensonal self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. BMC Psychiatry. 2006;: p. 34.
26. Petrie A, Sabin C. Medical Statistics at a Glance: Blackwell Publishing Company; 2000.
27. Garelick AI, Gross SR, Richardson I, von der Tann M, Bland J, Hale R. Wich doctors and with what problems contact a specialist service for doctors? A cross sectional investigation. BMC Medicine. 2007; 5.
28. FOD , Volksgezondheid. Jaarstatistiek met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België. ; 2012.
29. Sebo P, Bouvier Gallacchi M, Goehring C, Künzi B, Bovier PA. Use of tobacco and alcohol by Swiss primary care physicians: a cross-sectional survey. BMC Public Health. 2007; 7.
30. Schneider M, Bouvier Gallacchi M, Goehring C, Künzi B, Bovi PA. Personal use of medical care and drugs among Swiss primary care physicians. Swiss Medical Weekly. 2007; 137: p. 121-126.
31. Blais R, Safianyk C, Magnan A, Lapierre A. Physician, heal thyself. Canadian Family Physician. 2010; 56: p. 383-389.

11 Bijlage

BIJLAGE 1. Methode literatuuropzoeking

Arts als patiënt: prevalentie van psychosociale problemen

P: physician, general practitioner, doctors

I: prevalence

C:

O: burn-out, distress, stress

Mesh: Burn-out, burn-out? → Burn-out

PUBMED: physician AND burn-out

Geen limits: 1594 artikels, niet overlopen

Rechterkolom; verwante artikels:

1. Physician satisfaction and burn-out at different career stages [Dyrbye et al, 2013]

Review: 135 artikels waarvan 1 weerhouden

1. Resident physician burn-out: is there hope? [McCray et al, 2008]

PUBMED: physician AND burn-out AND coping strategies

128 artikels waarvan 3 weerhouden

1. Burn-out syndrome among physicians – the role of personality disorders and coping strategies [Pejuscovic et al, 2011]
2. Not all coping strategies are created equal: a mixed methods study exploring physicians' self reported coping strategies [Lemaire et al, 2010]
3. Stress, burn-out and strategies for reducing them. What's the situation among Canadian family physicans? [Lee et al, 2008]

UA databank: physician AND suicide AND burn-out

Review: 10 artikels waarvan 3 weerhouden, gepubliceerd tussen 2000 en 2014

1. Physician suicide and resilience: diagnostic, therapeutic and moral imperatives. [Meyers M, 2011]
2. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis) [Schernhammer et al, 2004]
3. Suicide risk among physicians: A multivariate analysis [Stack S, 2010]

SNEEUWBALEFFECT:

1. Stress, satisfaction and burn-out among Dutch medical specialists [Visser et al, 2003]
2. Emotional distress in doctors: sources, effects and help sought [King et al, 1992]
3. Burn-out, job satisfaction and medical malpractice among physicians [Chen K-Y et al, 2013]

Arts als patiënt: barrières tot de gezondheidszorg

P: physician, general practitioner, doctors

I: health access

C:

O: wellness, health, barriers

PUBMED: doctors AND health AND barriers

Review: 131 titels met aan rechterzijde: artikel met uw drie woorden in titel:

1. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience [Kay M; 2009]

UA databank: physician AND health AND barriers

All results: 16 artikels gepubliceerd tussen 2000 en 2014, 1 weerhouden

1. Physician variation in perceived barriers to personal health [Kosteva AR, 2012]

PUBMED: doctors AND health-seeking

Review: Geen

Review limitation uitgeschakeld: 120 artikels waarvan 1 de moeite

2. Doctors' health-seeking behaviour: a quastionnary survey [Davidson SK; 2003]

In de rechter kolom bij gerelateerde artikels:

3. Medical care of doctors [Pullen D; 1995]

UA databank: doctors AND health-seeking

8 artikels, geen weerhouden

Arts als patiënt: bestaande initiatieven

P: physician, general practitioner, doctors

I: strategies, intervention program, self-help, coping strategies

C:

O: burn-out, wellbeing, distress

PUBMED: burn-out AND intervention programs

*Free full text available:*20 artikels waarvan 5 weerhouden

1. Compasoin fatigue, burn-out and compassion satisfaction among family physicians in the Negev area – a cross-sectional study
2. Mindfullness-based stress reductio training is associateed with greater empathy and reduce anxiety for graduate healthcare students [Barbosa et al, 2013]
3. A three-year cohort studie of the relationship between coping, job stress and burn-out after a counselling intevrention for help-seeking physicians [isaksson et al, 2010]
4. Does a self-reffering counseling program reach doctors in need of help? A comparison with the genereal Norwegian doctors workforce [Isaksson et al, 2007]

CEBAM: burn-out AND intervention programs AND physician

8 artikels waarvan 1 weerhouden

1. The impact of management programs on physicians' work environment and healthA prospective, conrtolled study comparing different interventions [Von Vultée PJ et al, 2004]

PUBMED: burn-out AND physicians AND self-help

6 artikels waarvan eentje nuttig

1. Never let them call you a 'provider' – part three: physician self-help strategies for burn-out [Sout DS, 2006]

UA databank: burn-out AND physicians AND self-help

350 artikels in Academic Journals gepubliceerd tussen 2000 en 2014

33 artikels in Academic Journals gepubliceerd tussen 2007 en 2014, indien physician in titel

1. Physician Resilience and burn-out: can uou make the switch? [Nedrow A et all, 2013]
2. Burn-out, engagement and resident physicians' self-reported errors [Prins JT et all, 2009]
3. Tips on avoiding burn-out [Timoshin N, 2012]
4. Interventions take aim at physician burn-out [Osterweil N, 2012 News]

PUBMED: general practitioner AND strategies AND burn-out

9 artikels waarvan 2 weerhouden, gecontroleerd via databank UA

1. Burn-out syndrome among physicians: the role of personality dimensions and coping strategies [Pejuskovic et al, 2011]
2. Burn-out, quality of life and emotional profile in general practitioners and psychiatrists [Vicentic et al, 2013]

SEEUWBALEFFECT:

1. Physician health, stress and gender at a university program. Bergman B et al, 2003
2. Wich doctors and with what problems contact a specialist service for doctors? A cross sectional investigation. Garelick A et al, 2007

BIJLAGE 2. Toestemming ethische commissie

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

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

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

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Arts als patiënt: Evaluatie van Doctors4Doctors: een inititief ter collegiale begeleiding en professionele ondersteuning naar meer psychosociaal welbevinden bij artsen. (master-na-master Eline Van Tilburgh)

datum	ons kenmerk	contactpersoon
26/05/2014	14/14/170	Annelies Van Looy / Kim Vernimmen ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen heeft bovenvermelde studie besproken en geeft een gunstig advies dd. 26/05/2014.

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

- Informatie- en toestemmingsformulier NL versie 1 versie 1/04/2014
- Protocol versie 2 aangepaste versie 21/05/2014
- Vragenlijst
  - ter evaluatie bij start van deelneming, versie 1 dd. 1/04/2014
  - ter evaluatie 6 maanden, versie 1 dd. 1/04/2014
- CV onderzoeker Dr. E. Van Tilburgh

Tenslotte verzoeken wij u ons mee te delen indien een studie niet wordt aangevat, of wanneer ze wordt afgesloten of vroegtijdig onderbroken.

Met vriendelijke groeten,

J.O. Prof. dr. P. CRAS
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Dr. E. VAN TILBURGH, Universiteit Antwerpen - Master Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk
Prof. dr. R. REMMEN, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk

BIJLAGE 3. Vragenlijst bij start van begeleiding

Vragenlijst ter evaluatie bij de start van deelneming Gecodeerd nummer:

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

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

Geslacht

O man

O vrouw

Leeftijd

Ik ben … jaar

Ik ben

O huisarts

O specialist:

interne

chirurgie

psychiater

anesthesist

andere, nl…

O arts in opleiding, student

O andere (legerarts, CLB, …)

Aantal jaren werkzaam als arts

O <5 jaar

O 5-10 jaar

O 10 – 20 jaar

O 20 – 30 jaar

O > 30 jaar

Ik werk in een

O solopraktijk

O duo praktijk

O groepspraktijk

O ziekenhuis

O ziekenhuis en privé

O meerdere ziekenhuizen

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

O ja

O neen

Ik werk gemiddeld

O < 40 uur/week

O 40-50 uur/week

O 50-60 uur/week

O > 60 uur/week

Ik word betaald voor

O < 40 uur/week

O 40-50 uur/week

O 50-60 uur/week

O > 60 uur/week

O niet van toepassing

Ik zie gemiddeld

O <10 patiënten/d

O 10-20 patiënten/d

O 20-30 patiënten/d

O >30 patiënten/d

Ik werk op dit moment niet omwille van ziekte

O ja

O neen

Ik ben

O alleenwonend

O samenwonend/getrouwd

Ik heb kinderen onder 16 jaar in huis

O ja

O neen

Ik woon

O in de provincie Antwerpen

O buiten de provincie Antwerpen

Hoe ben je in contact gekomen met Doctors4Doctors

O Ik werd verwezen door

collega

familielid

vriend

O Ik ben uitgekomen op de website

door zelf de website te vinden

via de media (artsenkrant, andere)

Via een symposium/LOK/bijscholing

Tot slot willen we graag met behulp van een gevalideerde vragenlijst ‘Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL), het psychisch welbevinden meten bij de huisartsen. Deze vragenlijst bestaat uit 50 items waarbij verschillende klachten of verschijnselen die u mogelijk hebt, worden bevraagd. Het gaat steeds om klachten en verschijnselen die u **de afgelopen week (de afgelopen 7 dagen met vandaag erbij)** hebt ervaren. Klachten die u daarvoor wel had, maar de afgelopen week niet meer, tellen niet mee.

	Nee	Soms	Regelmatig	Vaak	Heel vaak
Hebt u <u>de afgelopen week</u> last van:					
1. duizeligheid of een licht gevoel in het hoofd?	○	○	○	○	○
2. pijnlijke spieren?	○	○	○	○	○
3. flauw vallen?	○	○	○	○	○
4. pijn in de nek?	○	○	○	○	○
5. pijn in de rug?	○	○	○	○	○
6. overmatige transpiratie?	○	○	○	○	○
7. hartkloppingen?	○	○	○	○	○
8. hoofdpijn?	○	○	○	○	○
9. een opgeblazen gevoel in de buik?	○	○	○	○	○
10. wazig zien of vlekken voor de ogen zien?	○	○	○	○	○
11. benauwdheid?	○	○	○	○	○

12. misselijkheid of een maag die ‘van streek’ is?	○	○	○	○	○

Hebt u de afgelopen week last van:

13. pijn in de buik of maagstreek?	○	○	○	○	○
14. tintelingen in de vingers?	○	○	○	○	○
15. een drukkend of beklemmend gevoel op de borst?	○	○	○	○	○
16. pijn in de borst?	○	○	○	○	○
17. neerslachtigheid?	○	○	○	○	○
18. zomaar plotseling schrikken?	○	○	○	○	○
19. piekeren?	○	○	○	○	○
20. onrustig slapen?	○	○	○	○	○
21. onbestemde angst-gevoelens?	○	○	○	○	○
22. lusteloosheid?	○	○	○	○	○
23. beven in gezelschap van andere mensen?	○	○	○	○	○
24. angst- of paniek-aanvallen?	○	○	○	○	○

Voelt u zich de afgelopen week :

25. gespannen?	○	○	○	○	○

26. snel geïrriteerd?	○	○	○	○	○
27. angstig?	○	○	○	○	○

Hebt u <u>de afgelopen week</u> het gevoel:

28. dat alles zinloos is?	○	○	○	○	○
29. dat u tot niets meer kunt komen?	○	○	○	○	○
30. dat het leven niet de moeite waard is?	○	○	○	○	○
31. dat u geen belangstelling meer kunt opbrengen voor de mensen en dingen om u heen?	○	○	○	○	○
32. dat u ’t niet meer aankunt?	○	○	○	○	○
33. dat het beter zou zijn als u maar dood was?	○	○	○	○	○
34. dat u nergens meer plezier in kunt hebben?	○	○	○	○	○
35. dat er geen uitweg is uit uw situatie?	○	○	○	○	○
36. dat u er niet meer tegenop kunt?	○	○	○	○	○
37. dat u nergens meer zin in hebt?	○	○	○	○	○

Hebt u de afgelopen week :

38. moeite met helder denken?	○	○	○	○	○

39. moeite om in slaap te komen?	○	○	○	○	○
40. angst om alleen het huis uit te gaan?	○	○	○	○	○

Bent u de afgelopen week :

41. snel emotioneel?	○	○	○	○	○
42. angstig voor iets waarvoor u helemaal niet bang zou hoeven te zijn?(bijvoorbeeld dieren, hoogten, kleine ruimten)	○	○	○	○	○
43. bang om te reizen in bussen, treinen of trams?	○	○	○	○	○
44. bang om in verlegenheid te raken in gezelschap van andere mensen?	○	○	○	○	○
45. Hebt u de afgelopen week weleens een gevoel of u door een onbekend gevaar bedreigd wordt?	○	○	○	○	○
46. Denkt u de afgelopen week weleens “was ik maar dood”?	○	○	○	○	○
47. Schieten u de afgelopen week weleens beelden in gedachten over (een) aangrijpende gebeurte-nis(sen) die u hebt meegemaakt?	○	○	○	○	○

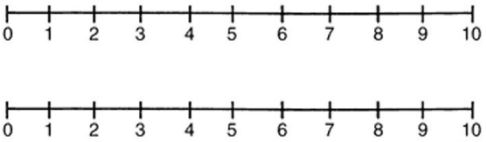
48. Moet u de afgelopen week weleens uw best doen om gedachten of herinneringen aan (een) aangrijpende gebeurtenis(sen) van u af te zetten?	○	○	○	○	○
49. Moet u de afgelopen week bepaalde plaatsen vermijden omdat u er angstig van wordt?	○	○	○	○	○
50. Moet u de afgelopen week sommige handelingen een aantal keren herhalen voordat u iets anders kunt gaan doen?	○	○	○	○	○

BIJLAGE 4. Vragenlijst na twee maanden begeleiding

Vragenlijst ter evaluatie 6 maanden Gecodeerde nummer:

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

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



Ik vond de begeleiding nuttig

Ik ben tevreden over de therapeutische samenwerking

Was de begeleiding wat u verwachtte?

O ja

Wat voldeed aan u verwachtingen?..

O neen

Wat had u verwacht? …

Zou u opnieuw met Doctors4Doctors samenwerken?

O ja, waarom?

O neen, waarom niet? …

Wat hebt u erg gewaardeerd?

…

Wat miste u?

…

Ik zou Doctors4Doctors in de toekomst aanraden aan collega’s

O ja, waarom?

O neen, waarom niet?

Was er voldoende vertrouwen in de aangeboden discretie?

O ja, waarom?

O neen, waarom niet?

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

Herhalen van 4DKL, zie BIJLAGE 3. Vragenlijst bij start van begeleiding

BIJLAGE 6. Vragenlijst coach na twee maanden begeleiding

Vragenlijst ter evaluatie na 2 maanden begeleiding Gecodeerd nummer:

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

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

Ik ben

O huisarts

O psychiater

O psycholoog

O andere:

Ik stelde bij deze patiënt volgende hulpvraag vast: …

Wat kan u zeggen over het alcoholgebruik van deze patiënt

O de patiënt gebruikte geen alcohol

O sporadisch gebruik

O gebruik binnen normale grenzen

O problematisch gebruik

O afhankelijkheid

Aantal sessies: …

Gemiddelde duur sessie

O <30min

O 30-60 min

O 60-90 min

O > 90 min

Ik deed een verdere doorverwijzing

O ja

Naar waar? …

O neen

Ik schreef medicatie voor

O ja

O neen

Ik schreef een afwezigheidsattest

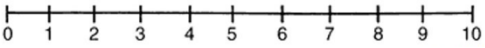
O ja

De arts-patiënt aanvaardde dit afwezigheidsattest

De ars-patiënt wilde dit afwezigheidsattest niet

O neen

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



Wat is voor u goed gegaan in de sessies? Wat liep minder goed?

…

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

…