

Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak

KCE reports 165A

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg

Voorstelling: Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg is een parastatale, opgericht door de programma-wet van 24 december 2002 (artikelen 262 tot 266) die onder de bevoegdheid valt van de Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken. Het Centrum is belast met het realiseren van beleidsondersteunende studies binnen de sector van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering.

Raad van Bestuur

Effectieve leden: Pierre Gillet (Voorzitter), Dirk Cuypers (Ondervoorzitter), Jo De Cock (Ondervoorzitter), Frank Van Massenhove (Ondervoorzitter), Maggie De Block, Jean-Pierre Baeyens, Ri de Ridder, Olivier De Stexhe, Johan Pauwels, Daniel Devos, Jean-Noël Godin, Xavier De Cuyper, Paul Palstermans, Xavier Brenez, Rita Thys, Marc Moens, Marco Schetgen, Patrick Verertbruggen, Michel Foulon, Myriam Hubinon, Michael Callens, Bernard Lange, Jean-Claude Praet.

Plaatsvervangers: Rita Cuypers, Christiaan De Coster, Benoît Collin, Lambert Stamatakis, Karel Vermeyen, Katrien Kesteloot, Bart Ooghe, Frederic Lernoux, Leo Neels, Greet Musch, Geert Messiaen, Anne Remacle, Roland Lemeye, Annick Poncé, Pierre Smiets, Jan Bertels, Celien Van Moerkerke Yolande Husden, Ludo Meyers, Olivier Thonon, François Perl.

Regeringscommissaris: Yves Roger

Directie

Algemeen Directeur: Raf Mertens

Adjunct Algemeen Directeur: Jean-Pierre Closon

Contact

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)
Administratief Centrum Kruidtuin, Doorbuilding (10e verdieping)
Kruidtuinlaan 55
B-1000 Brussel
Belgium

Tel: +32 [0]2 287 33 88

Fax: +32 [0]2 287 33 85

Email: info@kce.fgov.be

Web: <http://www.kce.fgov.be>

Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak

KCE reports 165A

PASCALE JONCKHEER, SABINE STORDEUR, GUY LEBEER, MICHEL ROLAND,
JAN DE SCHAMPHELEIRE, MARIANNE DE TROYER, NADINE KACENELENOGEN,
ANNE-MARIE OFFERMANS, JULIEN PIERART, LAURENCE KOHN

KCE reports I65A

Titel:	Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak
Auteurs:	Pascale Jonckheer (KCE), Sabine Stordeur (KCE), Guy Lebeer (Centre METICES, ULB), Michel Roland (CUMG-ULB), Jan De Schampheleire (Vakgroep Sociaal Onderzoek/TESA-VUB), Marianne De Troyer (Centre METICES, ULB), Nadine Kacenenbogen (CUMG-ULB), Anne-Marie Offermans (CUMG-ULB), Julien Pierart (KCE), Laurence Kohn (KCE)
Externe experts:	Rufij BAEKE (SVH), Paul Beke (Ordre des médecins), Eric Boydens (Domus Medica), Lutgart Braeckman (UGent), Isabel Bragard (ULG), , Carl Cauwenbergh (Directie RDQ – DGV/INAMI), Philippe Corten (CHU Brugmann), Véronique Crutzen (SPF Emploi), Stéphanie De Maesschalck (Ordre des médecins), Michel Delbrouck (IFTS), Luc D’hooghe (Amonis), Anne Gillet (GBO), Isabelle Godin (ULB), Isabelle Hansez (ULG), Catherine Hellemans (ULB), Isabelle Heymans (FMM), Reinier Hueting (CARTEL), Claire Janssens (INAMI), Philippe Kiss (SECUREX), Manoël Le Polain (UCL), Luc Lefèbvre (SSMG), Roland Lemye (ABSYM), Claude Meert (CDMG), Patrick Mesters (EIRBO), Thomas Périlleux (UCL), Alain Piette (SPF Emploi - DIRACT), Didier Piquard (ULB), Fabienne PringelS (FAG Espace Santé), Lynn Ryssaert (UGent), Marco Schetgen (Cellule stratégique Min. L. Onkelinx), Mélanie Straetmans (SPF Emploi - DIRACT), Sabine Van Baelen (KUL), Dieter Vercammen (Domus Medica), Bernard Vercruysse (CFCMG – FRHAK), Michel Vermeylen (AMF - VVH – ABSYM), Peter Vlerick (UGent).
Acknowledgements:	Gudrun, Briat (KCE), Pasquale Ceniccola (Centre METICES, ULB), Valter Cortese (Centre METICES, ULB), Anja Desomer (KCE), Maria Eyssen (KCE), Karin Rondia, Peter Raeymaekers, Jo Robays (KCE), alsook alle huisartsen die hebben deelgenomen aan de dataverzameling.
Externe validatoren:	Philippe Mairiaux (Ulg), Lieve Peremans (UA), Didier Truchot (Université de Franche-Comté).
Conflict of interest:	P. Mesters, Directeur van het European Institute for Intervention and Research on Burn Out (EIRBO) heeft verklaard onderzoek te hebben gedaan in beroepssectoren zoals banken, farmaceutische bedrijven en de Nationale Confederatie van het Kaderpersoneel, wiens werkzaamheden geen enkel effect hebben op de werkzaamheden die door het KCE worden gefinancierd op het vlak van Burnout in de algemene geneeskunde. Hij organiseert eveneens besprekingen en seminars voor de preventie en het beleid van uitputting bij het personeel in de zorgsector. Dr. Le Polain heeft verklaard door een farmaceutisch bedrijf vergoed te worden voor seminars over burnout in LOKs en/of Dodécagroupes. I. Hansez van ULG heeft verklaard een vergoeding te hebben ontvangen voor onderzoek naar de prevalentie van burnout in België van FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg. L. d’Hooghe heeft verklaard de voorzitter te zijn van de Geneeskundige Commissie Amonis maar niet in de Raad van Bestuur te zetelen. D. Vercammen heeft verklaard lid te zijn van de Raad van Bestuur van VZW Domus Medica. M. Delbrouck heeft verklaard vergoedingen te hebben ontvangen voor de publicatie van een boek over “Burn-out du soignant” (Burnout van de verzorgende) en voor talrijke artikels over dit onderwerp.

Disclaimer :

- De externe experts werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijk rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.
- Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijk rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.
- Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur.
- Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.

Layout: Ine Verhulst

Brussel, 10 oktober 2011

Studie nr 2010-17

Domein: Health Services Research (HSR)

MeSH: Burnout, professional; Physician, Family; Belgium; Primary prevention; Secondary prevention; Therapeutics

NLM Classificatie: WM172

Taal: Nederlands

Formaat: Adobe® PDF™ (A4)

Wettelijk depot: D/2011/10.273/53

Dit document is beschikbaar van op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg.

De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » (http://kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=5261&CREF=15977).

Hoe refereren naar dit document?

Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, Roland M, De Schampheleire J, De Troyer M, Kacenenbogen N, Offermans AM, Pierart J, Kohn L. Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2011. KCE Reports 165A. D/2011/10.273/53.



VOORWOORD

Men hoort wel eens zeggen dat dokters de slechtste patiënten zijn. Achter deze volkswijsheid gaat er inderdaad een complexe relatie schuil tussen de arts en diens eigen gezondheid en ziekte. Dat is op zichzelf niet echt een nieuw inzicht, maar wat intussen wel enorm evolueerde, is de status van de arts, en met name de huisarts, in de maatschappij. Ook de houding en verwachtingen van de patiënt zijn veranderd, en deze gedraagt zich meer en meer als een mondige consument. Verder is er de explosie van kennis en technologie in de geneeskunde, en de vaak omslachtige administratieve taken. Allemaal factoren die het er voor de huisarts niet gemakkelijker op maken.

Harde prevalentiecijfers zijn er niet, maar bij de huisartsen bestaat er een onmiskenbare malaise, en burnout is zowel hier, als in het buitenland, een thema dat grote zorgen baart. Burnout bij een arts tast immers niet alleen zijn de eigen gezondheid aan, maar bedreigt ook onrechtstreeks de gezondheid van patiënten. En dus was er meer dan voldoende redenen voor bezorgdheid bij de beleidsmakers. Enkel jaren geleden boog de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie zich reeds over het probleem, en het werd duidelijk dat diepgaander werk nodig was.

Het rapport dat hier voorligt, benadert de problematiek vanuit verschillende invalshoeken: de wetenschappelijke literatuur wordt naast de ervaringen op het terrein gelegd, in binnen- en buitenland, en de hieruit voortkomende denkpijlers werden vervolgens grondig getoetst met de betrokken actoren. Het resultaat heeft maar zijn uiteindelijke vorm kunnen krijgen dankzij dit intensief proces van uitwisseling tussen een veelheid van actoren met soms erg uiteenlopende visies en betrokkenheid. Het was een uitermate boeiende ervaring, mede dankzij de gedreven inbreng van de équipes van de VUB en ULB. Wij wensen onze dank en waardering uit te spreken voor de fijne samenwerking.

Het rapport reikt een hele bundel actiepunten aan voor de preventie en aanpak van burnout bij huisartsen. De volgende stap is de operationalisatie van de verschillende pijlers, maar dit kan alleen door de betrokken actoren zelf gebeuren. En, tenslotte, durven wij hopen dat dit werk – mutatis mutandis – ook nuttig mag blijken voor het ontwikkelen van een gecoördineerde aanpak van burnout in andere beroepsgroepen. Een goede gezondheidszorg moet immers ook goed voor al haar zorgverleners zorgen.

Jean Pierre CLOSON
Adjunct Algemeen Directeur

Raf MERTENS
Algemeen Directeur

Samenvatting

INLEIDING

Professionele uitputting, bekend onder de naam burnout, is een frequent fenomeen bij werknemers, welke ook de sector waarin ze actief zijn.

Het syndroom van burnout is multifactorieel. Het is een proces dat gewoonlijk wordt onderverdeeld in verschillende dimensies: **emotionele uitputting** (gebrek aan motivatie en enthousiasme voor het werk en een gevoel dat alles onoverkomelijk is), **depersonalisatie** (onpersoonlijke, afstandelijke houding, cynische kijk) en een gevoel van **vermindere persoonlijke verwezenlijking** (gebrek aan zelfachting, gevoel van nutteloosheid en van incompetentie). Het verstoort de geestelijke en lichamelijke gezondheid, de sociale relaties en de beroepsactiviteiten.

Er bestaat geen enkele goede studie over de prevalentie van burnout bij Belgische artsen. De "Fédération des maisons médicales" schatte in 2005 dat 10% van de huisartsen aan burnout leden^a. Dit is geen verrassende vaststelling omdat artsen mogelijk kwetsbaar zijn voor burnout. Deze kwetsbaarheid wordt veroorzaakt door de aard zelf van hun werk, door de relatie met de patiënten, waarbij de verwachtingen en de verzoeken toenemen en vaak de medische sfeer overstijgen (sociale, familiale of economische problemen), door hun zeer grote professionele inzet en door de noodzaak om de zorgcontinuïteit te waarborgen aan de bevolking ook al zit de context niet mee. Bovendien zijn huisartsen geneigd hun persoonlijk welzijn, en zelfs hun eigen gezondheid, te verwaarlozen en hun problemen te ontkennen. Ze doen vaak aan zelfbehandeling en zijn terughoudend om een collega te raadplegen. Omdat de meesten echter zelfstandigen zijn, hebben ze geen toegang tot de structuren van preventieve geneeskunde, zoals de arbeidsgeneeskunde en aarzelen ze om hun beroepsactiviteit te onderbreken om gezondheidsredenen, gezien de moeilijkheid om vervanging te vinden en het niet-gecompenseerde inkomstenverlies.

De gezondheid van de huisartsen is weliswaar uiterst belangrijk voor henzelf, maar ze heeft daarnaast ook een wezenlijke maatschappelijk belang, zowel voor wat betreft de zorgkwaliteit als voor de zorgcontinuïteit. Gezien de rol van huisartsen in de eerste lijn, is hun taak het beheren van het merendeel van de gezondheidsproblemen bij de bevolking, zowel op preventief als op curatief vlak. Naast het persoonlijk leed van een huisarts met burnout, zal hij ook minder goed in staat zijn om zijn professionele taken op een gepaste manier uit te voeren: hij neemt een negatieve houding aan tegenover zijn patiënten en loopt het risico om medische fouten te maken.... In de meest ernstige gevallen zal hij gedwongen zijn om tijdelijk of definitief de geneeskunde de rug toe te keren. Dit veroorzaakt dan weer extra werkbelasting bij zijn collega's, en verhoogt ook voor hen het risico op burnout.

DOELSTELLING VAN HET ONDERZOEK

Het doel van dit onderzoek is aan de beleidsmakers een reeks aanbevelingen voor te stellen voor de preventie en de aanpak van burnout bij huisartsen.

Deze aanbevelingen zijn specifiek gericht op deze beroepsgroep, maar zouden niettemin nuttig kunnen zijn wanneer men wil nadenken over preventie en aanpak van burnout bij andere zorgberoepen.

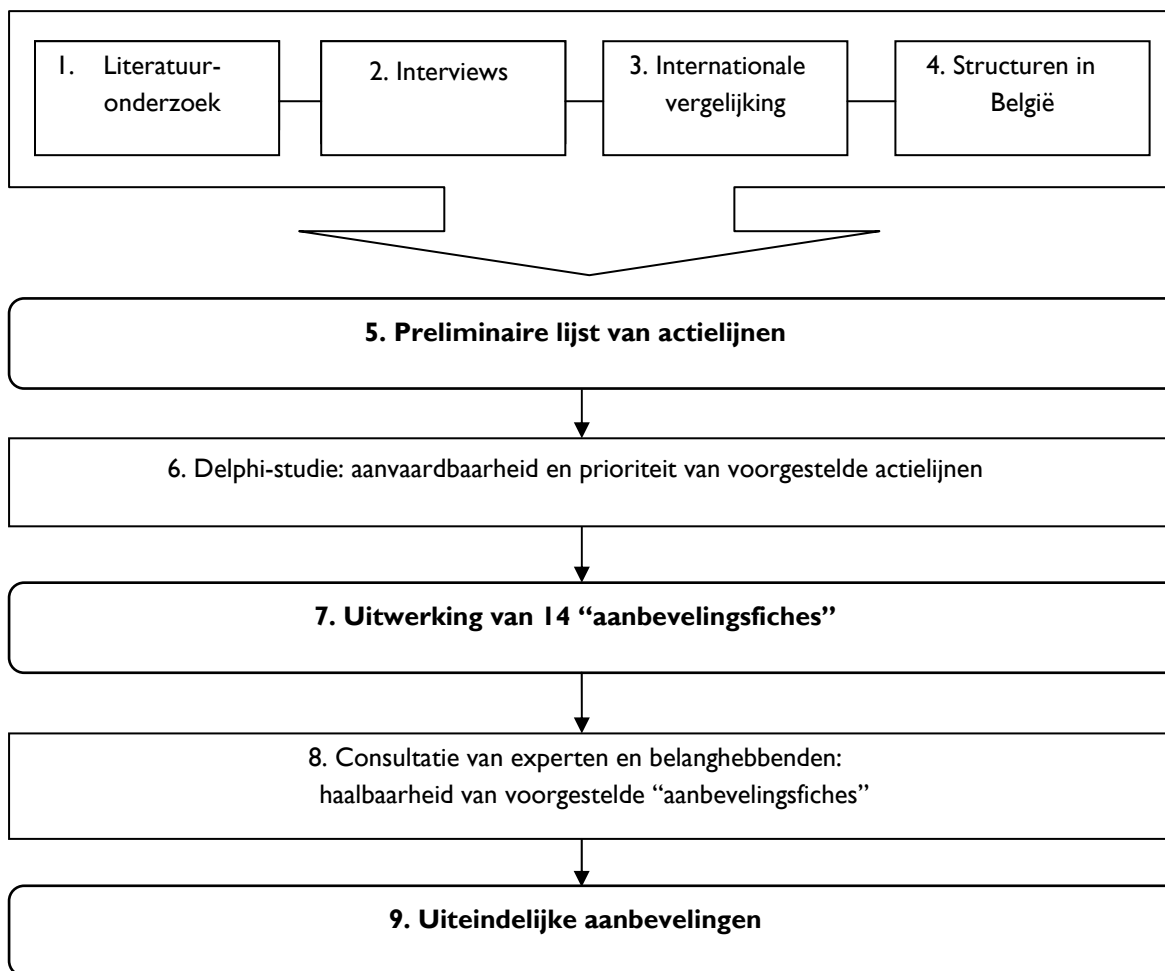
^a Fédération des Maisons Médicales. Le burnout: quand s'ouvrent les portes du vide... Santé Conjugée. 2005; Avril 2005(32).

ONDERZOEKSFASEN EN -METHODEN

Om de doelstelling van het onderzoek te verwezenlijken, werden er in negen fasen gewerkt, elk met een specifieke werkmethode:

1. Voor het inventariseren van de factoren die geassocieerd worden met burnout bij huisartsen, evenals voor het opsporen van preventie- en behandelingsinterventies waarvan een evaluatie gebeurd was, werd een **systematisch literatuuronderzoek** uitgevoerd in de geïndexeerde, wetenschappelijke literatuur.
2. Om beter te begrijpen wat artsen doormaken die met een burnout geconfronteerd worden en om meer inzicht te krijgen in het levenstraject van hen die eraan geleden hebben^b, voerden we een **kwalitatief onderzoek door middel van interviews** uit bij 40 Belgische huisartsen die een burnout hadden of eraan geleden hadden;
3. Met het oog op het opsporen en voorstellen van actielijnen voor België, voerden we een **vergelijkende studie uit van de structuren voor preventie en behandeling van burnout bij huisartsen die in het buitenland** werden opgezet (Australië, Canada, Spanje, Frankrijk, Ierland, Noorwegen, Zwitserland, en Verenigd Koninkrijk);
4. Om mogelijke aangrijpingspunten voor de te formuleren actielijnen te identificeren, voerden we een **beschrijvende studie uit van de reeds bestaande structuren voor preventie en behandeling van burnout in België** ;
5. Op basis van de inzichten uit de vier eerste onderzoeksfasen, werd er door de onderzoeksgroepen een **lijst opgesteld van mogelijke actielijnen**.
6. Om de aanvaardbaarheid en de prioriteit van de actielijnen, die geformuleerd zijn tijdens de vijfde fase, af te toetsen, voerden we een **Delphi-studie**^b uit bij een steekproef van 59 huisartsen.
7. Veertien "**aanbevelingsfiches**" werden door de onderzoekers verder uitgewerkt, rekening houdend met de bevindingen van fase 1 tot en met 4 en van de Delphi-studie.
8. Om de haalbaarheid van deze 14 "aanbevelingsfiches" te evalueren en om de punten te identificeren waaraan bijzondere aandacht moet worden besteed, hebben we een **discussie-workshop met een panel van experts en stakeholders** georganiseerd.
9. Op basis van de discussies tijdens fase 8 hebben we een **finale lijst van aanbevelingen** geformuleerd.

^b Op 17 augustus 2010 werd door het Ethisch Comité van de ULB Erasme een gunstig advies verstrekt met betrekking tot het verzamelen van kwalitatieve gegevens (gesprekken en Delphi-methode).



RESULTATEN

DE FACTOREN DIE MET BURNOUT BIJ HUISARTSEN GEASSOCIEERD WORDEN

Uit de literatuur blijkt dat er talrijke factoren zijn die met burnout worden geassocieerd; men kan ze in 3 categorieën indelen:

- De **individuele factoren**, zoals de sociaal-demografische kenmerken van de artsen (geslacht, leeftijd, burgerlijke stand, aantal kinderen, enz.), hun loopbaan, hun psychologische kenmerken, hun gebruik van verslavende middelen, de manier waarop ze met stress omgaan en de sociale ondersteuning waarop ze al dan niet een beroep kunnen doen;
- De **intrinsieke factoren**, die samenhangen met het beoefenen van de geneeskunde. Het betreft de relatie met patiënten, de verantwoordelijkheid bij het stellen van een diagnose, de keuze van een behandeling en het nemen van medische beslissingen in het algemeen, vaak als geïsoleerde autoriteit, en de factoren met betrekking tot beroepsstress;
- De **extrinsieke factoren**, die samenhangen met de werkomgeving en de organisatie van het beroep. Het gaat om factoren met betrekking tot de werklust, het evenwicht tussen privéleven en beroepsleven, permanente vorming, relaties met andere professionele zorgverleners, de organisatie en de locatie van de praktijk, financiële en juridische aspecten en tenslotte het gezondheidszorgsysteem waarbinnen de huisarts functioneert.

Er moet nadrukkelijk op worden gewezen dat een oorzakelijk verband tussen deze factoren en het optreden van burnout niet duidelijk vastgesteld werd en dat men dus eerder moet spreken van een statistische correlatie.

ACTIELIJNEN VOOR DE PREVENTIE EN DE AANPAK VAN BURNOUT BIJ HUISARTSEN

De wetenschappelijke literatuur levert een lijst aan van mogelijke interventies voor burnout bij huisartsen. Zelden werden deze interventies ook geëvalueerd. Ze zijn voornamelijk gericht op het ontwikkelen van persoonlijke competenties of het veranderen van bepaalde karaktereigenschappen. Het blijkt echter dat interventies die gericht zijn op de organisatie van het werk of gecombineerd zijn met interventies gericht op de persoon, een effect hebben op langere termijn.

De ervaringen uit het buitenland leren ons dat een doeltreffende aanpak binnen een globale strategie moet gebeuren zodat de continuïteit van de interventies kan worden gewaarborgd vanaf de gezondheidspromotie (gericht op systemische problemen en de kwaliteit van de werkomgeving), de primaire preventie (gericht op het risicodaten bepaalde problemen op individueel niveau opduiken), de secundaire preventie (vroegtijdige opsporing van bestaande problemen en interventie) tot de curatieve aanpak van bestaande problemen en de opvolging (stabilisatie van de toestand, abstinentie van verslavende middelen, herintegratie in het professioneel leven...). Zo zijn er verschillende ingangspoorten mogelijk en staan verschillende types en plaatsen voor de aanpak met elkaar in wisselwerking:

Op het 1ste niveau vinden we vaak een structuur voor **opvang** en **triage** die 24u/24, 7d/7 beschikbaar is (bijvoorbeeld een oproepnummer). Dit niveau staat in voor:

- het opstellen van een differentiaal diagnoses tussen, met name, burnout, persoonlijkheidsstoornissen, depressie, andere aandoeningen van psychosociale aard, verslavingen en angsten, stemmings- en aanpassingsstoornissen;
- een raadgevende activiteit;
- eventueel ook activiteiten gezondheidsvoorlichting en -promotie en van bevordering van het welzijn op het werk.

Het 2de niveau voorziet hulpstructuren voor **zorgcoördinatie**, voor 'case management', die zelf geen behandeling noch specifiek advies aanbieden, maar die de zieke arts doorverwijzen naar een netwerk van professionele zorgverleners voor een behandeling die aangepast is aan de aard van de geïdentificeerde problemen.

Het 3de niveau bestaat uit een hulpstructuur voor de **behandeling**, bestaande uit een netwerk van gespecialiseerde hulpverleners, specifiek opgericht voor de zorg voor de zieke arts; eventueel gebeurt dit intramuraal.

Het PHP-programma, 'Physician Health Program', dat ontstaan is in de Verenigde Staten en in aangepaste vorm ook in voege is in verschillende Canadese provincies, Australië, Spanje en het Verenigd Koninkrijk, wordt wel eens gezien als een referentieprogramma voor het therapeutisch ondersteunen van zieke artsen.

In België bestaat er momenteel geen enkel specifiek programma voor de globale aanpak van burnout bij huisartsen. De bestaande initiatieven richten zich niet specifiek op burnout maar op geestelijke gezondheidszorg in de ruime zin. Andere richten zich niet op huisartsen, maar op een ruimer publiek of zijn meer gericht op preventie.

In het algemeen kunnen de geïdentificeerde actielijnen worden onderverdeeld volgens de zes domeinen van verstoord evenwicht die gepaard gaan met burnout, zoals beschreven door Maslach en Leiter^c. Wij hebben ze als volgt vertaald naar de wereld van de huisartsengeneeskunde: de waarden, de verhouding verplichting/bescherming, de ondersteuning, de controle op de beroepsactiviteiten, de erkenning en de overbelasting.

^c Maslach C, Leiter MP. Burnout: le syndrome d'épuisement professionnel. Paris: Editions des Arènes; 2011.

AANBEVELINGEN^d

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op de resultaten van het onderzoek van de wetenschappelijke literatuur, de interviews met de artsen, op de Belgische en internationale ervaringen en op de beoordeling van de deelnemers aan de Delphi-studie. Deze aanbevelingen werden gevalideerd door een panel van stakeholders en experts. De te verwachten doeltreffendheid van deze aanbevelingen kan echter niet worden ingeschat, gezien het ontbreken van een (goede) evaluatie voor de meeste van de mogelijke interventies.

ALGEMENE AANBEVELINGEN

- **Preventie is van doorslaggevend belang, zeker omdat een burnout moeilijk volledig en definitief te genezen is eens hij zich genesteld heeft.**
- **De uitgevoerde acties moeten kaderen binnen een globale strategie die gespreid wordt over de tijd en die individuele en organisatorische benaderingen combineert.**
- **Al naargelang de aanbeveling kunnen verschillende actoren min of meer rechtstreeks betrokken zijn: de individuele artsen zelf, de wetenschappelijke en beroepsorganisaties, de universiteiten, de beleidsinstanties zoals de FOD Volksgezondheid, de FOD Arbeid, de Gemeenschappen en het RIZIV, de Orde der Geneesheren, de mutualiteiten en de patiëntenverenigingen.**

^d Het KCE blijft als enige verantwoordelijk voor de aanbevelingen die aan de overheid worden geformuleerd.

	Factoren waarop gefocust wordt		
	Individueel	Gerelateerd aan de medische praktijk	Organisatie van het systeem van de gezondheidszorg
<ul style="list-style-type: none"> • Neutraliseren van waardenconflicten door een individuele of collectieve benadering en door het identificeren van de waarden die tegenstrijdig kunnen zijn: vertrouwen in collega's, responsabilisering van de patiënten, evaluatie van de praktijk, levenskwaliteit,... Van het openbaar bespreekbaar maken van deze waardenconflicten hangt een betere aanvaardbaarheid af van sommige actielijnen. • De professionele verplichtingen en individuele bescherming in evenwicht brengen <ul style="list-style-type: none"> ○ Door een goede zorg voor de gezondheid van de huisartsen te organiseren. Twee werkwijzen zijn mogelijk waarbij de tweede de voorkeur zou moeten krijgen : <ol style="list-style-type: none"> 1 - elke huisarts ertoe brengen een eigen huisarts te hebben. Deze referentiearts moet speciaal opgeleid zijn om een collega te kunnen opvolgen en moet bij voorkeur iemand zijn buiten de vriendenkring of de geografische zone waar de huisarts actief is; 2 - een programma uitwerken voor preventie, opsporing en regelmatige check-ups van de gezondheid, volgens het model van de arbeidsgeneeskunde. Deelname aan dit programma zou eventueel verplicht kunnen worden gesteld; ○ Door de sociale bescherming van de huisartsen te verbeteren (vooral in het geval van ziekte) en door hun vervanging te vergemakkelijken. 	X	X	X
	X		X
			X
			X

AANBEVELINGEN OP HET VLAK VAN PREVENTIE

	Factoren waarop gefocust wordt		
	Individueel	Gerelateerd aan de medische praktijk	Organisatie van het systeem van de gezondheidszorg
<ul style="list-style-type: none"> • Het gebrek aan steun van collega's verhelpen <ul style="list-style-type: none"> ○ Een overleggroep creëren over steun van collega's. Deze groep zou als taak hebben om middelen te zoeken voor het stimuleren van overleggroepen en voor het versterken van het sociale weefsel tussen collega's; ○ De initiatieven van de Belgische overheid betreffende de stimulering van groepspraktijken en netwerken van solopraktijken verder zetten. Een mechanisme voor conflictmanagement moet worden voorzien om te vermijden dat de groepen zelf een oorzaak van burnout worden. • De huisarts meer controle laten verwerven over zijn beroepsactiviteit: <ul style="list-style-type: none"> ○ Door huisartsen te ondersteunen bij een goed time management en prioriteitenbeheer door middel van coaching of opleidingen, en door de verplichting tot zich verplaatsen van de huisarts te herbekijken; ○ Door de patiënten te sensibiliseren tot meer realistische verwachtingen, via verschillende communicatiekanalen zoals de media, patiëntenverenigingen en de mutualiteiten en door het opstellen van een charter tussen patiënt en huisarts en/of een brochure die de werking van de artsenpraktijk voorstelt (solo, monodisciplinair, multidisciplinair); ○ Tegelijkertijd moeten de huisartsen leren om 'neen' te zeggen op irrationele eisen van de patiënten en moet de overheid de rol van de huisarts in het gezondheidszorgsysteem verduidelijken. ○ Nog meer aandacht schenken aan relationele en communicatieve vaardigheden tijdens de ganse duur van de opleiding geneeskunde is noodzakelijk 	X	X	X
	X	X	X
	X	X	X
	X	X	X

	Factoren waarop gefocust wordt		
	Individueel	Gerelateerd aan de medische praktijk	Organisatie van het systeem van de gezondheidszorg
<ul style="list-style-type: none"> • Het gebrek aan erkenning van de huisartsgeneeskunde aanpakken (zie ook de aanbevelingen het het KCE-rapport 90 met betrekking tot de aantrekkelijkheid van het beroep van huisarts) <ul style="list-style-type: none"> ○ Door de inspanningen van de overheid voor het erkennen van de rol van de huisartsgeneeskunde door de patiënten, de beleidsmakers en de andere professionele zorgverleners te blijven voortzetten. Dit moet gebeuren door de waarde van de huisartsgeneeskunde reeds vroeg in de opleiding te benadrukken, door het stimuleren van het uitwisselen van medische gegevens tussen huisartsen en specialisten en door de aantrekkelijkheid van het beroep te verhogen door het diversifiëren van de activiteiten (onderzoek, schoolgeneeskunde, enz.); ○ Door de inspanningen van de overheid voor een gepaste vergoeding van de huisartsen verder te zetten; door de vergoeding voor complexe consultaties aan te passen en door de inkomensverliezen door de deelname aan permanente vormingen overdag te beperken. • Overbelasting vermijden <ul style="list-style-type: none"> ○ Door concrete maatregelen te ondersteunen om de administratieve last van de huisartsen te verminderen door middel van het organiseren van een secretariaat, zelfs voor solopraktijken, en door de administratieve taken te vereenvoudigen en te automatiseren; ○ Door een ondersteunende strategie uit te werken voor de behandeling van patiënten met complexe problemen en complexe situaties via individuele ondersteuning (bijvoorbeeld door middel van coaching) of het ter beschikking stellen van ondersteunende structuren, en via het voorzien van een gepaste vergoeding; ○ Door goed georganiseerde wachtdiensten uit te werken en op te zetten (zie in dit verband de aanbevelingen van het KCE-rapport met betrekking tot de wachtdiensten dat eind 2011 zal worden gepubliceerd); ○ Door de artsen aan te moedigen om al vanaf hun opleiding, technieken voor stressmanagement te gebruiken. 		X	X
	X	X	X
			X
	X	X	X

AANBEVELINGEN OP HET VLAK VAN BEHANDELING

- **Het behandelingsprogramma moet de samenhang van de interventie garanderen, gaande vanaf de gezondheidspromotie tot en met de curatieve behandeling en de opvolging.**
- **Het programma moet verschillende ingangspoorten bieden en verschillende behandelingstypes en -locaties en moet ruim bekend gemaakt worden aan de artsen. Residentiële hulpverlening moet worden voorzien.**
- **De behandeling moet idealiter worden verzekerd door multidisciplinaire teams om zo een globale benadering te kunnen aanbieden waarin ook de verschillende probleemgebieden aan bod komen (medisch, relationeel, sociaal, juridisch, financieel, continuïteit van de praktijk,...).**
- **Het therapeutische aanbod moet strikt gescheiden worden van sanctionerende instanties wanneer een getroffen arts niet meer optimaal kan functioneren (bvb door problemen met verslaving). Dit om hem niet te ontmoedigen hulp in te roepen. Het ganse zorgnetwerk moet in de eerste plaats gericht zijn op het welzijn van de arts, en moet hem bijgevolg beschermen tegen elke vorm van aanklacht bij de regelgevende instanties.**
- **Tevens moet een programma voor professionele reïntegratie worden voorzien (terugkeer naar de vorige beroepsactiviteit of heroriëntering) en een regelmatige opvolging van de artsen, vooral in het geval van verslavingen.**

Scientific Summary

Inhoudstafel

AFKORTINGENLIJST	5
1 INLEIDING	7
2 DOELSTELLING VAN HET ONDERZOEK	9
3 ONDERZOEKSFASES EN METHODEN	9
4 DEFINITIE VAN BURNOUT	11
5 OVERZICHT VAN DE WETENSCHAPPELIJKE LITERATUUR: FACTOREN DIE SAMENHANGEN MET BURNOUT BIJ HUISARTSEN EN GEPUBLICEEERDE ERVARINGEN MET PREVENTIE OF AANPAK	13
5.1 DOELSTELLINGEN VAN DE WETENSCHAPPELIJKE LITERATUUR	13
5.2 METHODOLOGIE VAN HET LITERATUURONDERZOEK.....	13
5.2.1 Geraadpleegde databases	13
5.2.2 Onderzoeksstrategieën.....	13
5.2.3 Inclusie- en exclusiecriteria	13
5.2.4 Selectie van de artikels.....	14
5.2.5 Analyse	14
5.3 RESULTATEN VAN HET LITERATUURONDERZOEK	14
5.3.1 Factoren verbonden aan burnout	15
5.3.2 Preventie en behandeling van burnout	19
5.3.3 Analyse van de resultaten: uiteenzetting van de factoren van professionele uitputting en van de interventies om dit te voorkomen of te verhelpen	25
5.3.4 Succesfactoren van interventies met betrekking tot burn-out.....	29
5.4 METHODOLOGISCHE BESCHOUWINGEN.....	30
6 GESPREKKEN MET HUISARTSEN MET BURNOUT	32
6.1 DOELSTELLING VAN DE GESPREKKEN	32
6.2 METHODOLOGIE VAN DE GESPREKKEN.....	32
6.2.1 Steekproef en rekrutering van de deelnemers	32
6.2.2 Methodologie voor het verzamelen van gegevens: gespreksrichtlijnen	33
6.2.3 Behandeling en analyse.....	33
6.3 RESULTATEN VAN DE GESPREKKEN	34
6.3.1 Onderzochte steekproef	34
6.3.2 Context van het gesprek en perceptie van burnout door de ondervraagde huisartsen.....	34
6.3.3 Perceptie van burnout door de betrokken huisartsen.....	36
6.3.4 Synthese van de voorstellen voor de preventie en de aanpak van burn-out	36
6.4 CONCLUSIE.....	39
7 INTERNATIONALE VERGELIJKING VAN DE PROGRAMMA'S VOOR DE AANPAK VAN DE GEZONDHEID VAN DE ARTSEN	43
7.1 DOEL VAN DE INTERNATIONALE VERGELIJKING.....	43
7.2 METHODOLOGIE VAN DE INTERNATIONALE VERGELIJKING	43
7.2.1 Selectie van de landen voor de internationale vergelijking.....	43
7.2.2 Geraadpleegde databanken	43
7.2.3 Analyse	44
7.3 DE ZORG VOOR DE GEZONDHEID VAN DE ARTSEN	44
7.3.1 Historische context	44
7.3.2 Drie soorten doelgroepen	46
7.3.3 Aanpak van burn-out.....	46
7.4 DRIE VORMEN VAN AANPAK VAN DE ARTSEN.....	47
7.4.1 Laagdrempelige voorzieningen.....	47
7.4.2 Voorzieningen voor zorgcoördinatie	48
7.4.3 Behandelingsvoorzieningen	49
7.5 TWEE ONMISBARE ACTOREN	50
7.5.1 Het medische beroep.....	50

7.5.2	Medische regelgevende instanties	50
7.6	EEN REFERENTIEPROGRAMMA VOOR DE THERAPEUTISCHE AANPAK: PHP	51
7.6.1	Doelstellingen van PHP	52
7.6.2	Belangrijkste bronnen van verwijzing	52
7.6.3	Budget en betrokken personeel	52
7.6.4	Evaluatie	53
7.6.5	Lokale aanpassingen van het model	53
7.7	DISCUSSIE	55
8	DE BELGISCHE INTERVENTIES VOOR DE AANPAK VAN BURN-OUT BIJ HUISARTSEN	58
8.1	DOEL VAN DE BESCHRIJVING VAN DE INTERVENTIES IN BELGIË	58
8.2	METHODOLOGIE VAN DE BESCHRIJVING VAN DE INTERVENTIES IN BELGIË	58
8.2.1	Selectie van de interventies	58
8.2.2	Geraadpleegde informatiebronnen	58
8.2.3	Analyse	59
8.3	STAND VAN ZAKEN VAN DE HUIDIGE BELGISCHE SITUATIE	59
8.3.1	Een gebrek aan gegevens	59
8.3.2	Een gebrek aan structuur	59
8.3.3	Een gebrek aan specificiteit	60
8.4	ANALYSE VAN DE BESTAANDE INITIATIEVEN	60
8.4.1	Specificiteit van de bestaande structuren	60
8.4.2	Vergelijking van de bestaande structuren	60
8.4.3	Vergelijking van de bestaande structuren met de internationale programma's voor artsen 62	
9	DELPHI-ENQUÊTE: BEOORDELING VAN DE AANVAARDBAARHEID EN PRIORITEIT VAN MOGELIJKE ACTIES DOOR EEN PANEL VAN HUISARTSEN	65
9.1	DOELSTELLING VAN DE DELPHI-ENQUÊTE	65
9.2	METHODOLOGIE VAN DE DELPHI-ENQUÊTE	65
9.2.1	Algemeen design	65
9.2.2	Steekproef en rekrutering van de deelnemers	65
9.2.3	Hulpmiddel voor verzamelen van gegevens: de enquêtes	66
9.2.4	Manier van afnemen van de enquêtes	68
9.2.5	Verwerking van de gegevens	69
9.2.6	Aantal Delphi-ronden	69
9.2.7	De drempelwaarden voor consensus en inschrijvingscriteria van de tweede ronde	69
9.2.8	Selectiecriteria voor de 2de ronde	69
9.3	RESULTATEN VAN DE DELPHI-ENQUÊTE	71
9.4	DISCUSSIE	74
10	CONSULTATIE VAN DESKUNDIGEN EN BELANGHEBBENDEN: EVALUATIE VAN DE ACTIELIJNEN DIE MOETEN LEIDEN TOT AANBEVELINGEN	76
10.1	DOELSTELLING VAN DE CONSULTATIE	76
10.2	DE KEUZE VAN DESKUNDIGEN EN BELANGHEBBENDEN	76
10.2.1	De keuze van de deskundigen	76
10.2.2	De keuze van de belanghebbenden	76
10.2.3	Samenstelling van het finale panel	76
10.3	METHODOLOGIE VAN DE CONSULTATIE	77
10.3.1	Deelnemers aan de consultatiedag	77
10.3.2	Materiaal	77
10.3.3	Verloop van de studiedag	78
10.3.4	Gebruik van de resultaten	78
10.4	RESULTATEN VAN DE CONSULTATIE	78
10.4.1	Synthese van de debatten	78
10.4.2	Beoordeling door het panel van deskundigen en stakeholders van de prioriteit, de aanvaardbaarheid en de haalbaarheid van elke aanbeveling	83

11	RESULTATEN VAN DE STUDIE : AANBEVELINGSFICHES VOOR DE PREVENTIE EN AANPAK VAN BURNOUT BIJ HUISARTSEN	85
11.1	INITIATIEVEN OM EVENWICHT TE BRENGEN TUSSEN PROFESSIONELE VERPLICHTINGEN EN BESCHERMING.....	85
11.1.1	Een hulpprogramma opstellen gericht op huisartsen met burnout.....	85
11.1.2	Organiseren van gezondheidszorg voor huisartsen.....	87
11.1.3	Het verbeteren van de sociale bescherming van huisartsen	88
11.2	INITIATIEF OM WAARDENCONFLICTEN TE NEUTRALISEREN.....	89
11.2.1	Uitnodigen tot nadenken over de waarden die aan de basis liggen van het werk van de huisarts	89
11.3	INITIATIEVEN OM HET GEBREK AAN STEUN VAN COLLEGA'S TE VERZACHTEN	90
11.3.1	Een overleggroep creëren over steun tussen collega's.....	90
11.3.2	De initiatieven van de Belgische overheid betreffende de stimulering van groeps-of netwerkpraktijken verder zetten.....	91
11.4	INITIATIEVEN OM HET GEBREK AAN CONTROLE DOOR DE HUISARTS OP ZIJN BEROEPSACTIVITEITEN TE VERZACHTEN.....	92
11.4.1	De huisartsen steun verlenen bij het beheren van tijd en het stellen van prioriteiten ...	92
11.4.2	Het sensibiliseren van patiënten zodat zij meer realistische verwachtingen stellen	92
11.5	INITIATIEVEN OM HET GEBREK AAN ERKENNING VAN DE HUISARTSGENEESKUNDE TE VERZACHTEN	94
11.5.1	De overheidsinspanningen voor erkenning van de rol van de huisarts verder zetten ...	94
11.5.2	De overheidsinspanningen voor het verbeteren van de honorering van huisartsen verder zetten	95
11.6	INITIATIEVEN OM OVERBELASTING TE VOORKOMEN.....	96
11.6.1	Steunen van concrete maatregelen die de administratieve last van de huisartsen verminderen.....	96
11.6.2	Een ondersteunende strategie uitwerken voor artsen met patiënten met zware pathologie of patiënten met complexe problemen.....	97
11.6.3	Goed georganiseerde wachtdiensten uitwerken om de huisartsen van de individuele wachtdiensten te ontlasten terwijl toch de continuïteit van de ambulante zorg wordt gegarandeerd.....	97
11.6.4	De artsen aanmoedigen om technieken voor stressmanagement te gebruiken.....	98
12	ALGEMENE SYNTHESE: EEN GLOBALE AANPAK GERICHT OP EEN EVENWICHTIGE BEROEPSBETROKKENHEID	99
12.1	CONTEXT EN METHODES	99
12.1.1	Burnout: een bedreiging voor de huisartsen en voor de volksgezondheid.....	99
12.1.2	Doelstellingen van het onderzoek.....	100
12.1.3	Wat is burnout?.....	100
12.1.4	Hoe heeft het KCE deze problematiek benaderd?	101
12.2	WELKE ZIJN DE FACTOREN DIE MET BURNOUT GEASSOCIEERD WORDEN BIJ HUISARTSEN?.....	102
12.3	ACTIELIJNEN VOOR PREVENTIE.....	103
12.3.1	Waardenconflicten neutraliseren.....	104
12.3.2	Het evenwicht herstellen tussen de professionele verplichtingen en de individuele bescherming	104
12.3.3	Het gebrek aan steun van collega's verhelpen	106
12.3.4	Meer controle laten verwerven door de huisarts op zijn beroepsactiviteit.....	107
12.3.5	Het gebrek aan erkenning van de huisartsgeneeskunde aanpakken	109
12.3.6	Overbelasting vermijden.....	110
12.4	ACTIELIJNEN VOOR DE AANPAK VAN BURNOUT	112
12.4.1	Het 1 ^{ste} niveau, een laagdrempelige toegang die oriëntatie biedt	112
12.4.2	Het 2 ^{de} niveau, zorgcoördinatie	113
12.4.3	Het 3 ^{de} niveau, de behandeling	113
12.4.4	Een mild en beschermd netwerk	113
12.4.5	Voorbereiding van de professionele reïntegratie	113
12.4.6	Naar een Integraal Hulpprogramma.....	113

12.5	ALVORENS IN ACTIE TE SCHIETEN: ENKELE BELANGRIJKE PRINCIPES DIE MEN IN GEDACHTEN MOET HOUDEN	114
13	REFERENTIES	116

AFKORTINGENLIJST

AAPML	Association d'Aide professionnelle aux médecins libéraux
ABSyM	Association Belge des Chambres Syndicales des Médecins
AMA	American Medical Association
ASGB	Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België
BMA	British Medical Association
CFCMG	Confédération des Cercles de Médecins Généralistes
CITES	Centre d'Information, de Thérapeutiques et d'Études sur le Stress
CMA	Canadian Medical Association
CUMG	Centre Universitaire de Médecine générale
D	Depersonalising
DMG	Dossier Médical Global
EQUIP	European Society for Quality in General/Family Practice
EU	Emotionele Uitputting-
FAG	Forum des associations de généralistes
FMH	Fédération des Médecins suisses
FMM	Fédération des Maisons Médicales
FOD	Federale Overheidsdienst
GBO	Groupement Belge des Omnipraticiens
FRHAK	Federale Raad van de Huisartsenkringen
GHQ	General Health Questionnaire
GLEM	Groupes Locaux d' évaluation Médicale
GP	General Practitioner (Médecin Généraliste)
GPV	Gebrek aan persoonlijke verwezenlijking
HIPP	Health in Practice Programme
ICGP	Irish College of General Practitioners
IPTS	Institut de formation et de thérapie pour soignants (
LOK	Lokale Kwaliteitsgroepen
LPMED	Loi sur les Professions Médicales
MBI	Maslach Burnout Inventory
NRKP	Nationale Raad voor KwaliteitsPromotie
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAIMM	Programme d'Attention Intégrale pour le Médecin Malade
PAMQ	Programme d'aide aux médecins du Québec
PHP	Physician Health Programme
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

SVH	Syndicaat van Huisartsen (Association des Médecins de Famille)
TIC	Technologie de l'Information et de la Communication
UCL	Université catholique de Louvain
UGent	Universiteit Gent
ULB	Université Libre de Bruxelles
VDHP	Victorian Doctors Health Program
VUB	Vrije Universiteit Brussel

I INLEIDING

Volgens een enquête uitgevoerd door de FOD Werkgelegenheid, zou bij 0,8% van de bevolking de diagnose van burnout worden gesteld door hun huisarts. Dit zijn bijna 19.000 werknemers in België¹.

De “Fédération des maisons médicales” schatte in 2005 dat 10% van de huisartsen zelf aan burnout leed².

Sommige auteurs vergeleken de prevalentie van burnout bij huisartsen met andere zorgverleners. Hieruit bleek dat huisartsen meer symptomen van burnout vertoonden dan een steekproef van verpleegkundigen (Nederland)³, van ziekenhuispsychiaters (Verenigde Staten)⁴, of van kankerspecialisten en pediaters (Frankrijk)⁵.

Burnout, of professionele uitputting, is een zorgwekkende aandoening, die bij veel beroepsbeoefenaars voor komt, onafhankelijk van de sector waarin ze actief zijn. Verschillende elementen dragen ertoe bij dat deze **problematiek veel voorkomt bij huisartsen**:

- Artsen zijn potentiële kandidaten die kwetsbaar zijn voor burn-out. Deze kwetsbaarheid wordt veroorzaakt door de aard zelf van hun werk, door de relatie met de patiënten, waarbij de verwachtingen en de verzoeken toenemen en vaak de medische sfeer overstijgen (sociale, familiale of economische problemen), door hun zeer grote professionele inzet en door de noodzakelijkheid om de zorgcontinuïteit te waarborgen aan de bevolking, tegen alle verwachtingen in⁶.⁷ Het concurrentieel klimaat, het gebrek aan slaap, de werklast, enz. die reeds vanaf de studies in zwang zijn verhogen de stress bij de artsen al van bij hun opleiding⁸.
- Artsen schenken veel te weinig aandacht aan hun welzijn: ze luisteren niet naar hun noden en zwaktes⁶ en zijn niet erg geneigd om hulp te zoeken bij andere zorgverleners. Ze laten zich niet onderzoeken en schuiven het begin van de behandelingen voor zich uit. Er zijn veel huisartsen die geen huisarts hebben⁹.
- Artsen kunnen vaak andere persoonlijke kenmerken vertonen die potentiële factoren kunnen zijn voor burnout, zoals perfectionisme en de nood aan controle, hetgeen de laatste jaren in vraag wordt gesteld door het beeld dat de patiënten van de arts hebben⁶.
- Burnout is een lijdensweg voor de betrokken huisartsen. Naast de lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen die hieruit voortvloeien, heeft burnout voor de betrokken artsen ook ernstige sociale gevolgen. Ook zij hebben, net als werknemers, recht op hulp en op een globaal beleid voor preventie en doeltreffende aanpak.
- Omdat de meesten echter zelfstandigen zijn, hebben ze geen toegang tot de structuren van preventieve geneeskunde, zoals de arbeidsgeneeskunde en aarzelen ze om hun beroepsactiviteit te onderbreken voor gezondheidsredenen, met het risico de zorgcontinuïteit niet meer te kunnen garanderen en een niet-gecompenseerd inkomstenverlies te lijden.

De preventie en de behandeling van burnout bij huisartsen staat vandaag hoog op de agenda van **prioriteiten op het vlak van volksgezondheid**. Naast de problemen die de burnout voor de huisartsen en hun onmiddellijke omgeving veroorzaakt:

- beheren zij het grootste deel van de gezondheidsproblemen bij de bevolking, zowel op preventief als op curatief vlak. Een huisarts met burnout is minder goed in staat om zijn beroepstaken adequaat te vervullen.
- kunnen zij, in de meest ernstige gevallen, tijdelijk stoppen met werken of zelfs uit het beroep stappen. Gezien de lage medische densiteit in bepaalde regio's van het land moet men alles in het werk stellen om artsen aan te trekken en in het beroep te houden.

Om de huisartsen in goede gezondheid te houden, de veiligheid van de patiënten te verzekeren en wegens de bijzondere aard van dit type zorgverlener, heeft de werkgroep van de NRKP van het RIZIV, na een eerste beschouwing over het onderwerp, aan de Minister van Sociale zaken en Volksgezondheid gevraagd om het KCE dit onderzoek te laten uitvoeren.

2 DOELSTELLING VAN HET ONDERZOEK

Het doel van dit onderzoek is aan de beleidsmakers een reeks aanbevelingen voor te stellen voor de preventie en de verzorging van burn-out bij huisartsen.

De aanbevelingen die gericht zijn op deze bijzondere beroepsgroep kunnen dienen als basis voor overwegingen over preventie en verzorging van burn-out bij andere hulpverlenende beroepen.

3 ONDERZOEKSFASES EN METHODEN

Om de doelstelling van het onderzoek te verwezenlijken, werden er negen fases opgesteld, elk met een specifieke werkmethode:

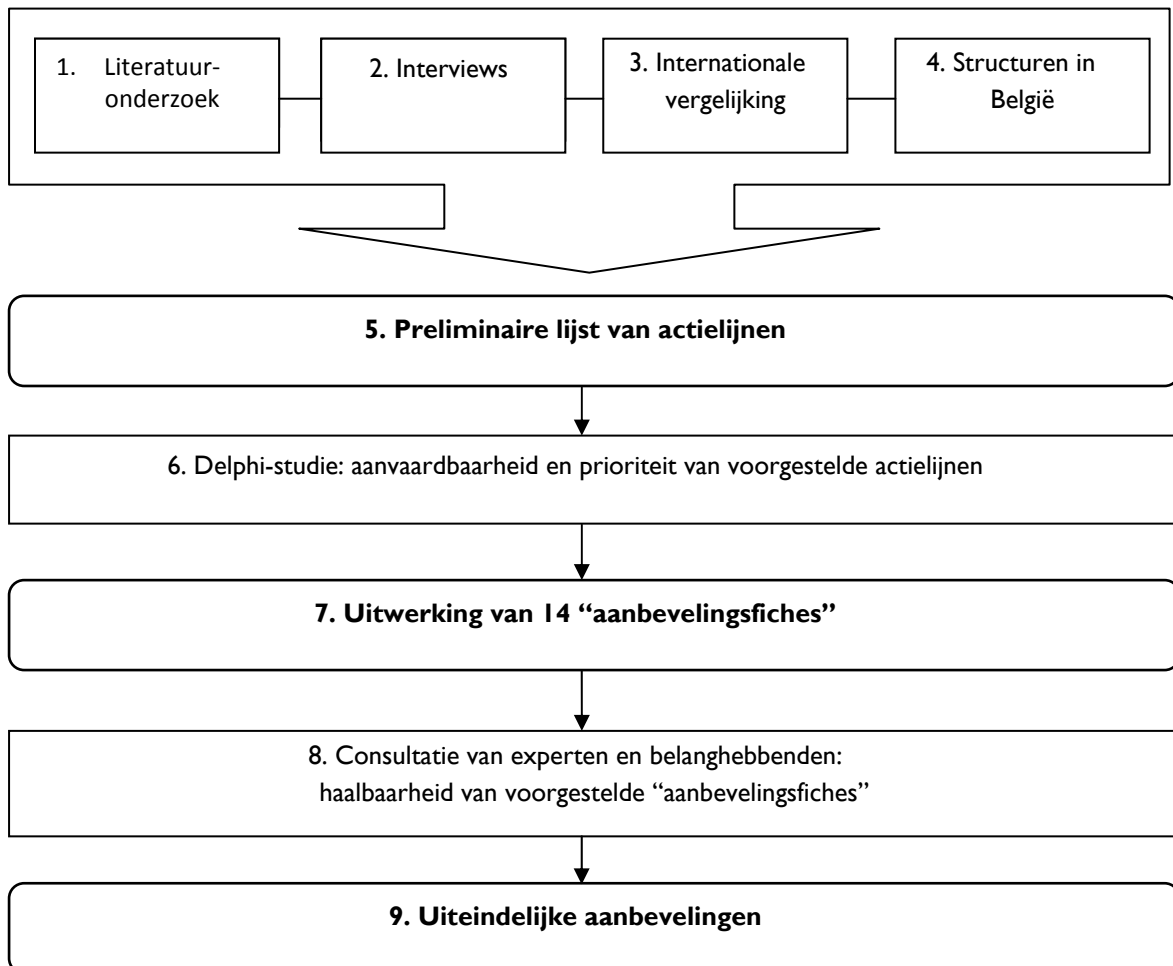
1. Voor het inventariseren van de factoren die geassocieerd worden met burn-out bij huisartsen, evenals voor het opsporen van preventie- en behandelingsinterventies waarvan een evaluatie gebeurd was, werd een **systematisch literatuuronderzoek** uitgevoerd naar de geïndexeerde, wetenschappelijke literatuur.
2. Om beter te begrijpen wat artsen doormaken die met een burn-out geconfronteerd worden en om meer inzicht te krijgen in het levenstraject van hen die eraan geleden hebben, voerden we een **kwalitatief onderzoek door middel van interviews** uit bij 40 Belgische huisartsen die een aan burn-out leden of eraan hadden geleden;
3. Met het oog op het opsporen en voorstellen van actielijnen voor België, voerden we een **vergelijkende studie uit van de structuren voor preventie en aanpak van burn-out bij huisartsen die in het buitenland** werden opgezet (Australië, Canada, Spanje, Frankrijk, Ierland, Noorwegen, Zwitserland, en Verenigd Koninkrijk);
4. Om de mogelijke steun voor de actielijnen, die zullen worden geformuleerd, te identificeren, voerden we een **beschrijvende studie uit van de reeds bestaande structuren voor preventie en aanpak van burn-out in België**;
5. Op basis van lessen die getrokken werden uit de vier eerste onderzoeksfases, werd er door de onderzoeksgroepen een **lijst opgesteld van mogelijke actielijnen**.
6. Om de aanvaardbaarheid en de prioriteit van de actielijnen, die geformuleerd zijn tijdens de vijfde fase, af te toetsen, voerden we een **Delphi-studie** uit bij een steekproef van 59 huisartsen.
7. Veertien “**aanbevelingsfiches**” zijn uitgewerkt door de onderzoeksgroepen, rekening houdend met het geheel van behaalde resultaten (fase 1 tot en met 4 en de Delphi-studie)
8. Om de haalbaarheid van deze 14 “aanbevelingsfiches” te evalueren en om de punten te identificeren waaraan bijzondere aandacht moet worden besteed, hebben we een **discussiewerkgroep met een panel van experts en belanghebbenden** georganiseerd.
9. Op basis van de discussies tijdens fase 8 hebben we een **lijst van finale aanbevelingen** geformuleerd.

Elke gebruikte onderzoeksmethode is meer gedetailleerd beschreven in het overeenkomstig deel van het rapport. Op verschillende momenten tijdens de studie is er een panel van experts en belanghebbenden geconsulteerd.

De ethische commissie van ULB-Erasme Op 17 augustus 2010 werd door het Ethisch Comité van de ULB Erasme een gunstig advies verstrekt met betrekking tot het verzamelen van kwalitatieve gegevens (gesprekken en Delphi-methode).

Een overzicht van de onderzoeksfases is beschreven in onderstaande figuur.

Figuur 1: Verloop van de studie



4 DEFINITIE VAN BURNOUT

Burnout is een concept dat voor de eerste keer in 1974 werd geïntroduceerd door Freudenberg¹⁰. Burnout is multifactorieel en komt voor bij personen in een beroepssituatie, die een grote kloof ervaren tussen hun geïdealiseerde verwachtingen en de realiteit van hun werk. Het kan gekarakteriseerd worden als een psychologische breuk tussen werknemer en werksituatie waardoor deze laatste als negatief wordt ervaren. Dit uit zich door een gevoel van professionele inefficiëntie en uitputting. Diverse symptomen kunnen zich manifesteren: lichamelijk (maag- of rugpijn, slaap- en eetstoornissen, krachteloosheid,...), cognitief en affectief (angst, prikkelbaarheid, depressiviteit, verlies van concentratievermogen, geheugenstoornissen,...) en gedrag (cynisme, onverschilligheid, isolement, misbruik van alcohol en psychotrope middelen, absentisme,...) Burnout vloeit voort uit een langdurige blootstelling aan voortdurende stress op het werk en treft in het bijzonder personen die veel belang en waarde hechten aan hun beroep. Hoewel er verschillende definities bestaan, concentreert deze studie zich vooral op burnout zoals beschreven door Maslach et al¹¹. Deze definitie wordt het meest gebruikt in de wetenschappelijke literatuur. Volgens Maslach gaat het om professionele uitputting die uit 3 elementen bestaat:

- **Emotionele uitputting**, gekenmerkt door een gebrek aan motivatie en enthousiasme voor het werk, en het gevoel dat alles moeilijk, en zelfs onoverkomelijk, is;
- **Depersonalisatie**: de patiënten (of klanten) worden op een onpersoonlijke, negatieve, onverschillige, en zelfs cynische manier behandeld, alsof ze voorwerpen of nummers zijn¹²;
- **Een vermindering van de persoonlijke verwezenlijking**: de zorgverlener heeft een negatief zelfbeeld, vindt van zichzelf dat hij incompetent is en geen nut heeft voor zijn patiënten. Hierdoor vermindert het respect dat hij voor zichzelf voelt als professionele hulpverlener en kan hij steeds minder de inspanningen die hij moet leveren om over zijn uitputting heen te raken, opbrengen. Hij vindt dat zijn werk geen zin en waarde heeft¹².

Deze 3 bestanddelen van burnout lijken onderling verbonden¹³: de emotionele uitputting, eerste etappe in het proces, leidt geleidelijk tot depersonalisatie en een gering gevoel van zelfverwezenlijking. Emotionele uitputting speelt dus een centrale rol en hierop moet vooral worden ingewerkt¹³. Het verminderen van persoonlijke verwezenlijking, wat oorspronkelijk beschouwd werd door Maslach als een integraal deel van burnout, wordt recentelijk gezien als een gevolg van het proces van burnout.

Strikt genomen is burnout niet hetzelfde als stress, zelfs al kan een langdurige blootstelling aan stress leiden tot burnout. Het gaat evenmin om een depressie, die zich kan manifesteren in verschillende sferen in het privéleven, zelfs al den die een burnout bevorderen en al kan een burnout evolueren tot een depressie¹.

Het concept 'burnout' heeft een zekere populariteit verworven in talrijke milieus en niet alleen die van de huisartsen. Zelfs al is die het resultaat van een sociale constructie en het risico op medicalisering of zelf 'psychatisering' in zich draagt, toch vormt hij een aanvaardbare manier om deze vorm van lijden aan te pakken.

In onderzoeken wordt meestal de schaal van Maslach « Burnout Maslach Inventory » gebruikt. Verschillende versies bestaan naast elkaar (MBI-Human Services Survey, MBI-Educators Survey et MBI-General Survey) en die werden gevalideerd in 24 talen. Een gebruiksaanwijzing werd ontwikkeld en men dient een toelating te bekomen mits betaling³.

a <http://www.mindgarden.com/products/mbi.htm#data>; consultatie op 01 septembre 2011

De Maslach Burnout Inventory (MBI)^b

De MBI is een gevalideerde vragenlijst die bestaat uit drie dimensies verdeeld over 22 items:

1. Emotionele uitputting – 9 items.
2. Depersonalisatie (D) – 5 items.
3. persoonlijke verwezenlijking – 8 items.

Elke dimensie vertegenwoordigt een facet van de evaluatie die de ondervraagde kan doen van zijn werk. De ondervraagde geeft de frequentie aan waarmee hij het gevoel omschreven in het betreffende item ervaart.

Voor elke dimensie (EE, D, AP) wordt een score toegekend en is gekwalificeerd als “laag”, “gemiddeld” of “hoog”. De term burn-out blijft steeds globaal vorm geven aan deze 3 dimensies in dit instrument.

Daarenboven identificeren Maslach en Leiter¹⁴ zes domeinen die tot burnout leiden voor het leven en onderneming, zijnde: de waarden, billijkheid, groepsgeest, remuneratie, controle over het werk en werklast.

^b De vragenlijst is in bijlage

5 OVERZICHT VAN DE WETENSCHAPPELIJKE LITERATUUR: FACTOREN DIE SAMENHANGEN MET BURNOUT BIJ HUISARTSEN EN GEPUBLICEEERDE ERVARINGEN MET PREVENTIE OF AANPAK

5.1 DOELSTELLINGEN VAN DE WETENSCHAPPELIJKE LITERATUUR

Het overzicht van de wetenschappelijke literatuur bevat 3 doelstellingen:

- ons vertrouwd maken met het concept burnout, vooral bij huisartsen;
- bepalen welke factoren samenhangen met professionele uitputting bij huisartsen;
- bepalen welke interventies voor de preventie of behandeling van burnout bij zorgverleners werden geëvalueerd.

Het doel van dit literatuuronderzoek is niet het verkrijgen van een diepgaande analyse van de factoren en het proces gerelateerd aan burn-out. Dit onderzoek is eerder gericht op het afbakenen van de voornaamste dimensies, factoren en gepubliceerde actielijnen. Deze elementen zullen dienen als basis voor de finale aanbevelingen.

Het onderzoek spitst zich toe op burn-out (en niet op de mentale gezondheid, het welzijn of de stress) en op de specifieke populatie van huisartsen, conform aan de specifieke doelstellingen van het project.

De resultaten van dit onderzoek zullen gekoppeld worden aan de resultaten van de analyse van de experimenten in het buitenland en in België en aan resultaten van de de individuele gesprekken met artsen . Het geheel van deze resultaten zal het mogelijk maken om potentieel nuttige actielijnen voor België uiteen te zetten. Deze actielijnen zullen worden voorgelegd aan een panel van huisartsen om de relevantie, de haalbaarheid en de aanvaardbaarheid van deze voorstellen te toetsen (figuur 1).

5.2 METHODOLOGIE VAN HET LITERATUURONDERZOEK

5.2.1 Geraadpleegde databases

We hebben de volgende databases geraadpleegd (mei 2010): Medline, Embase, Psychinfo, Cochrane Library en Sociological abstract.

5.2.2 Onderzoeksstrategieën

De onderzoeksstrategieën worden in detail beschreven in de bijlage.

De resultaten werden bovendien aangevuld met artikels die werden geïdentificeerd of gesuggereerd door experts.

5.2.3 Inclusie- en exclusiecriteria

Er werd geen enkel voorbehoud gemaakt tegenover de publicatiedatum.

Artikels in het Frans, Engels, Nederlands en Spaans die in overeenstemming waren met onze doelstellingen, werden weerhouden.

Werden niet weerhouden: brieven aan de uitgever en de case studies.

De literatuur over de kwalitatieve onderzoek is niet geïncludeerd. In de eerste plaats hebben we gezocht naar factoren die statistisch gecorreleerd zijn met burn-out of met een van zijn componenten en in de tweede plaats naar interventies die de effectiviteit hebben gemeten en geëvalueerd. Deze aanpak kan niet volledig gedekt worden door kwalitatieve studies.

5.2.3.1 *Factoren verbonden met burn-out*

Het literatuuronderzoek rond de factoren die verbonden zijn met burn-out is toegespitst op de populatie van huisartsen die buiten het ziekenhuis werken.

De finale resultaten zijn factoren van burn-out of een van zijn componenten.

5.2.3.2 *Interventies voor de preventie en/of van de aanpak van burn-out*

Het literatuuronderzoek rond de interventies voor preventieve en/of aanpak van burn-out omvat de populatie van artsen (zonder onderscheid in specialisatie) en andere zorgverleners (verpleegkundigen, tandartsen, enz).

We hebben als eindresultaten de veranderingen in de indicatoren die burn-out of een van zijn componenten meten, weerhouden.

5.2.4 **Selectie van de artikels**

De selectie van de artikels op basis van de titels en abstracts in eerste instantie, en op basis van de integrale tekst in tweede instantie, gebeurde onafhankelijk door twee reviewers (PJ en LK).

Er bestaat wel veel literatuur over professionele uitputting bij artsen, maar ze is meestal van slechte kwaliteit.

De algemene artikels en de publicaties over de factoren in verband met professionele uitputting bij huisartsen werden niet grondig geëvalueerd, gezien hun lage kwaliteitsniveau. De kwaliteit van de systematische overzichten van de literatuur en van de interventies werd daarentegen wel geëvalueerd met behulp van de evaluatieroosters van de Dutch Cochrane Library. Enkel publicaties van voldoende kwaliteit (met een score van 5 of meer) werden weerhouden voor onze analyse, of het nu publicaties zijn die resultaten van een gerandomiseerde klinische studie (RCT), een cohortstudie of een 'voor-na' evaluatie van een interventie rapporteren.

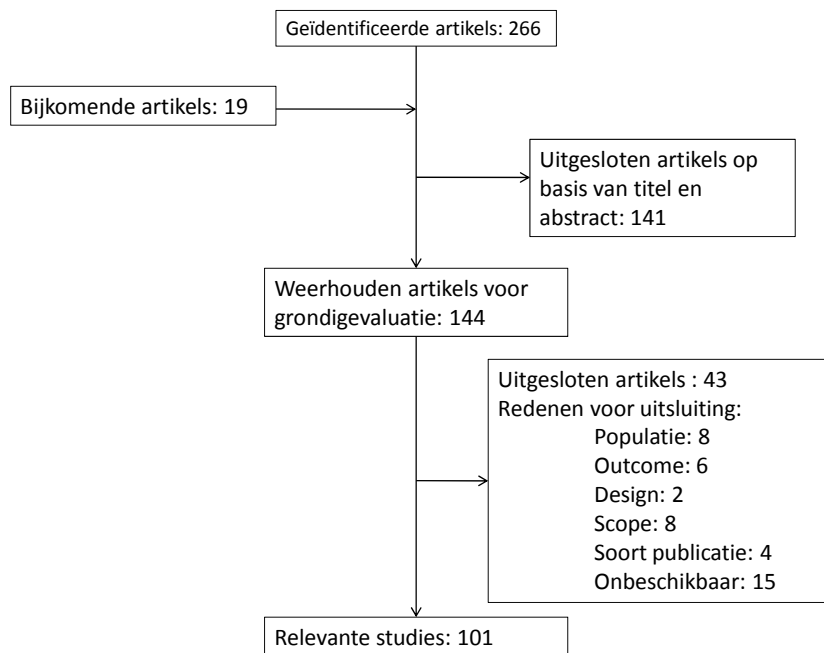
5.2.5 **Analyse**

De resultaten van het literatuuroverzicht werden verhalend beschreven. De details van de studies worden weergegeven in de bijlage.

5.3 **RESULTATEN VAN HET LITERATUURONDERZOEK**

De resultaten van onze onderzoeksstrategie en de handmatig geïdentificeerde artikels of die werden aangeraden door de experts, worden hierna weergegeven.

Figuur 2. Flowchart



Voor de factoren die verbonden zijn met burn-out zijn er, met uitzondering van 3 prospectieve studies, enkel transversale studies via vragenlijst, prevalentie of algemene bedenkingen over de medische praktijk geïdentificeerd.

Wat de interventies en programma's voor preventie en behandeling betreft, hebben we 3 systematische reviews en 7 interventiestudies weerhouden, waaronder 1 gerandomiseerde gecontroleerde studie, 1 'case control' studie, 3 'voor-na'studies en 2 prospectieve cohortstudies.

5.3.1 Factoren verbonden aan burnout

Er zijn drie categorieën factoren verbonden aan burnout⁶: persoonlijke factoren, factoren in verband met de beoefening van de geneeskunde (intrinsieke factoren), en factoren in verband met de werkomgeving en de organisatie (extrinsieke factoren).

In de literatuur werden deze factoren geassocieerd met hetzij burnout, gemeten of waargenomen, hetzij met een van de specifieke componenten ervan (emotionele uitputting- EU, depersonalisering - D, gebrek aan persoonlijke verwezenlijking - GPV).

Door het tekort aan robuuste prospectieve studies kan geen enkel formeel oorzakelijk verband worden gelegd tussen deze verschillende factoren en burn-out. Ook kan elke associatie op verschillende manieren geïnterpreteerd worden: de geïdentificeerde factor kan een risicofactor voor burn-out zijn, een mogelijke oorzaak van burn-out of het gevolg van een burn-out situatie.

De hierna volgende narratieve synthese herneemt alle verbanden (zowel de positieve als de negatieve) tussen elke geïdentificeerde factor en burn-out of een van zijn componenten. De volledige tabellen vermelden eveneens de afwezigheid van verbanden en bevinden zich in bijlage.

5.3.1.1 *Persoonlijke factoren: sociaaldemografische eigenschappen, persoonlijkheid en psychologische eigenschappen*

Meer dan veertig persoonlijke factoren verbonden met burn-out werden geïdentificeerd en in subcategorieën onderverdeeld: socio-demografische eigenschappen, loopbaan, psychologisch lijden, stressmanagement, sociale ondersteuning en familiaal leven, emoties en karaktertrekken. Sommige factoren zijn wijzigbaar (bijvoorbeeld zelfachting) en andere niet (bijvoorbeeld geslacht en leeftijd).

Sociaaldemografische eigenschappen

Er bestaat geen consensus over het verband tussen geslacht en burn-out, en leeftijd en burn-out. Burn-out komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen^{4, 15-23}, en vaker bij oudere artsen dan bij jongere artsen^{4, 15-18, 20, 23}. Het gevoel van onbekwaamheid en ongeschiktheid voor het werk, het vermogen om om te gaan met stress, of de positieve rol van sociale ondersteuning kunnen anders worden beleefd door de artsen naargelang hun geslacht.

Leven als koppel zou kunnen beschermen tegen de perceptie van een lagere persoonlijke verwezenlijking²⁴. Er is echter geen verband aangetoond tussen deze status en de mate van emotionele uitputting¹⁸. Het feit van kinderen te hebben is gerelateerd aan een mindere emotionele uitputting en depersonalisatie in één studie⁴ maar is niet in het algemeen aangetoond¹⁵.

Alleen de verantwoordelijkheid moeten dragen voor de financiële inkomsten hangt samen met ernstigere burnout¹⁷. Het gebrek aan concrete houvast of normen waarnaar verwezen kan worden (bv. religie) hangt eveneens samen met een ernstigere burn-out²⁵.

Loopbaan

De anciënniteit van de arts in het beroep is geassocieerd met een minder ernstige burnout²⁶.

Gedrag en stressmanagement

Het gebruik van alcohol en/of psychotrope middelen hangt samen met burnout^{23, 27}, emotionele uitputting^{15, 26, 28} en met depersonalisatie¹⁵. Dit gebruik kan worden veroorzaakt door de uitputting van de arts, die wegvlucht in middelen die hem kortstondig en gedeeltelijk helpen om zich los te maken van zijn zorgen. Maar het gebruik van verslavende middelen kan ook de kwaliteit van zijn praktijk en zijn persoonlijke en professionele percepties als arts wijzigen, wat hem in een staat van burn-out brengt.

Aangezien burn-out gedefinieerd kan worden als een onaangepaste reactie op beroepsstress, heeft de manier waarop met stress wordt omgegaan een impact op de verschillende componenten van burn-out. Het gebruik van actieve strategieën voor stressmanagement (actieve coping zoals steun vragen aan een derde) kan een gevoel van depersonalisatie teweegbrengen bij mannen en vermijden dat vrouwelijke artsen hun toevlucht nemen tot onverschilligheid of abstract of cynisch taalgebruik²⁹. Vermijdingsgedrag genereert ten opzichte van stress in alle gevallen een grotere emotionele uitputting²¹, en bevordert depersonalisatie bij vrouwen, maar niet bij mannen²⁹. Deze verschillen wijzen erop dat als men wil ingrijpen in die specifieke component van professionele uitputting, de strategieën zullen moeten verschillen in functie van het geslacht van de betrokkene.

Een studie heeft aangetoond dat artsen met een burn-out vaker ziekteverlof nemen, hoewel de richting van het causaal verband niet werd onderzocht²³.

Sociale steun en echtelijke status

Het verband tussen sociale steun van collega's en sommige componenten van burn-out komt niet duidelijk naar voren uit de literatuur en lijkt enkel invloed te hebben op mannen²⁹.

In de privé-sfeer is een onbevredigend huwelijksleven geassocieerd met een grotere burn-out²⁵. Voor koppels van artsen lijkt het steunen van de partner binnen het gezin of in het professioneel leven een bescherming tegen burn-out¹⁹.

Professionele tevredenheid

Tevredenheid op het werk, het gevoel goed voorbereid te zijn voor zijn praktijk en de perceptie van zijn professionele efficiëntie hangen positief samen met een groter gevoel van persoonlijke verwezenlijking. Een ernstige burn-out daarentegen, (en dit in al zijn componenten) hangt samen met het verlangen naar omschakeling bij de artsen^{16, 22-24, 25, 27, 30}.

Persoonskenmerken en psychologische stoornissen

Een reeks van persoonskenmerken zijn bestudeerd in relatie to burn-out of een van zijn componenten en zijn ermee geassocieerd^{19, 25, 26, 28, 29, 31}. Onder hen bevindt zich bijvoorbeeld een gebrek aan zelfachting, ongeduld, carrièrisme, perfectionisme, expressie van emoties en de betrokkenheid bij het werk.

Psychische problemen en psychologische aandoeningen (angst, dysthymie, obsessieele bezorgdheid, suicidaire gedachten) zijn geassocieerd met een of andere component van burn-out^{15, 25, 28}. Men kent echter niet de richting van deze verbanden (oorzaak of gevolg).

Over het algemeen wordt psychologische ontreddeering gemeten door de General Health Questionnaire GHQ-12/28 en dit lijkt in zijn 3 componenten samen te hangen met burn-out^{5, 16, 18, 30, 32}. De prospectieve studie van Mc Manus³² wijst erop dat psychologische ontreddeering emotionele uitputting verhoogt en omgekeerd. De studie toont eveneens aan dat het gebrek van persoonlijke verwezenlijking de ontreddeering verhoogt (ref). Deze verbanden zorgen voor een handhaving van de ontreddeering en de uitputting.

5.3.1.2 Factoren die intrinsiek zijn aan de beoefening van de geneeskunde

Binnen de factoren die intrinsiek zijn aan de beoefening van de geneeskunde onderscheiden we: de relaties met de patiënten, de factoren in verband met de zorgen en tot slot de factoren in verband met beroepsstress.

Relaties met de patiënt

De houding van de patiënten is een factor die vaak wordt aangehaald bij burnout van artsen. Artsen die aan burnout of depersonalisatie lijden, vinden dat patiënten zich veeleisend opstellen^{15, 17}, irreële wensen formuleren²⁴, hun autoriteit en medische kennis in vraag stellen²⁴, en ze zijn bang voor klachten van patiënten²⁴.

De herhaalde confrontatie met veeleisende patiënten over een lange periode leidt tot een perceptie van onevenwichtige investering en gebrek aan wederkerigheid in de relatie^{13, 33}, wat de emotionele capaciteiten van de huisartsen uitput. Precies de perceptie van dit gebrek aan evenwicht, meer dan de reële eis, die geassocieerd is aan burnout¹³.

Factoren inherent aan de zorgverlening

De specifieke factoren voor het medische beroep, zoals onzekerheid over de diagnoses en de behandeling van de patiënt¹⁷, de aanpak van bepaalde patiëntencategorieën (zoals patiënten op het eind van hun leven²⁴) hangen samen met burn-out of met een van zijn componenten.

Beroepsstress

Gezien de definitie van burnout verbaast het niet dat stress op het werk vaak werd onderzocht als potentiële factor van burn-out^{17, 24, 26, 29}. Het wordt gemeten door een lijst van mogelijke stressoren¹⁷ (ambiguïteit en rolconflict, conflicten met collega's, te hoge werkdruk, ...), of door componenten van modellen van stress op het werk zoals werkaanvragen (Job demand) en werkmiddelen (Job resources).

De beslissingsvrijheid waardoor de arts vrij is om in eigen naam beslissingen te nemen, is verbonden met een gevoel van sterke persoonlijke verwezenlijking²⁴ in tegenstelling tot de perceptie van hoge vragen vanwege de patiënt (eisen, klachten, ...) of van de beroepspraktijk zelf (flexibele uren, grote administratieve last, kwaliteitscontroles,...)^{24, 29}.

5.3.1.3 *Extrinsieke factoren in verband met de werkomgeving, de organisatie.*

Werklast

Te hoge werkdruk is een objectieve factor waarvan de weerslag op burnout welbekend is^{5, 15, 17, 24, 29, 33}. De werkorganisatie die eigen is aan de huisartsgeneeskunde wordt ook geassocieerd met burnout: flexibele uren, talrijke wachtdiensten overdag en 's nachts (meer specifiek verbonden met depersonalisatie)³⁰ en weekendwerk²⁷ komen nog eens bovenop de zo al grote werkdruk tijdens de week.

Het onevenwicht tussen privéleven en beroepsleven

Verschillende auteurs bogen zich over het evenwicht tussen privéleven en beroepsleven. Behalve bij artsenkoppels¹⁹ vinden we het gevoel dat er teveel geïnvesteerd moet worden in het beroepsleven ten koste van het privéleven, wat het evenwicht verstoort, het vaakst terug bij artsen met professionele¹⁷ en / of emotionele uitputting²⁹. Dit gevoel lijkt aan de uitputting vooraf te gaan, wat erop zou wijzen dat het om een oorzaak van burnout gaat²⁹.

Voortgezette opleiding

Verschillende aspecten van continue opleiding van huisartsen, waaronder deelnemen aan opleidingen, deel uitmaken van een toezichtgroep, inschakeling van een onafhankelijke gedelegeerde (practice facilitator) of de buitenkans om zijn kennis up-to-date te houden, hangen samen met een lagere graad van emotionele uitputting bij deze populatie^{5, 13, 20}.

Relaties met andere gezondheidsprofessionals

De relaties met de ziekteverzekering^{15, 17, 24} en de professionals die geen artsen zijn¹⁷, lijken samen te hangen met de burn-out van de artsen. Spanningen en conflictsituaties hangen samen met een sterke professionele uitputting, terwijl goede relaties met de confraters samenhangen met een sterk gevoel van persoonlijke verwezenlijking²⁴. Burnout lijkt aanstekelijk, of het nu is door 'rechtstreekse blootstelling' aan het lijden dan wel door een gevoeligheid voor emotionele aanstekelijkheid. Het is echter niet duidelijk of het hier gaat om het aantal collega's met burnout, dan wel om het aantal contacten met een collega of collega's met burnout³⁴.

Organisatie en plaats van de praktijk

In slechts één Franse studie werd het verband onderzocht tussen burnout en groepspraktijk, echter zonder de nadruk te leggen op een verband tussen deze twee variabelen¹⁵. Evenzo wordt de praktijk op het platteland niet eenduidig in verband gebracht met burnout in verschillende studies^{15, 17}.

Financiële en juridische aspecten

De financiële verplichtingen waaraan artsen onderworpen zijn, zijn geassocieerd met een gevoel van professionele uitputting^{15, 17}.

Gerechtelijke problemen hangen samen met burnout, al is het niet duidelijk of dit meespeelde in de verslechterde psychische gezondheid van de arts of dat de arts met dit soort problemen te maken krijgt als gevolg van zijn toestand²⁴.

Het gezondheidszorgsysteem

Artsen die klagen over wijzigingen in het zorgsysteem, vertonen veel vaker een sterke professionele uitputting¹⁷. Anderzijds hebben artsen die in de overheidssector werken, een lager gevoel van persoonlijke verwezenlijking⁵.

5.3.2 Preventie en behandeling van burnout

De ideale preventie maatregelen voor burn-out zouden moeten voorkomen dat het fenomeen zich voordoet. Ze zouden dus moeten inwerken op de factoren die leiden tot professionele uitputting. In de meeste gepubliceerde studies wordt eerder gefocust op een daling van het burnout niveau na een tussenkomst. Maar zoals Gorter³⁵ zegt, is het niet eenvoudig om mensen met 'risico op burnout' te onderscheiden van mensen 'op weg naar een burnout' of 'met een erkende burnout'. Het onderscheid tussen preventie en behandeling van burnout kan dan ook arbitrair lijken, en de preventie maatregelen kunnen therapeutische maatregelen worden³⁶. Volgens Gorter³⁵ kan dit dilemma worden opgelost door te praten over preventie wanneer de mensen hun activiteit nog uitoefenen en dus het risico op burnout lopen, en te praten over behandeling wanneer de mensen gestopt zijn wegens ziekte, en dus een burnout hebben.

Op basis van drie systematische overzichten van de geselecteerde literatuur³⁷⁻³⁹ (ook weergegeven in volgende tabellen), blijkt het volgende:

- De inhoud, het ontwerp en de doelgroep van de interventies ter voorkoming van burnout verschillen heel sterk van de ene publicatie tot de andere, wat vergelijkingen moeilijk maakt. Bovendien zijn er veel studies die betrekking hebben op kleine samples en waarvan de tussenkomst en opvolging van korte duur zijn³⁷⁻³⁹. Er zijn niet veel studies over huisartsen.
- De meeste interventies om burnout te voorkomen, zijn gericht op mensen als individu of op groepen³⁸. Het gaat meestal om cognitieve gedragsmethodes die bedoeld zijn om de beroepsvaardigheden te verbeteren of de persoonlijke eigenschappen te veranderen. We vinden hier verschillende opleidingen terug (inzake gedrag, communicatie, stressmanagement), advies, sociale ondersteuning, verschillende soorten relaxatieoefeningen en het gebruik van muziek voor recreatieve doeleinden.
- Interventies die uitsluitend gericht zijn op organisaties, worden relatief weinig gebruikt^{37, 38}. Ze hebben betrekking op werkprocedures, zoals herstructurering van de taken, evaluatie van het werk, toezicht. Ze hebben tot doel om de professionele vraag te verlagen, de controle of de deelnemingsgraad aan besluitvormingen te verhogen.
- Interventies met een combinatie van persoonlijke en organisatorische maatregelen zijn bijzonder efficiënt en hebben een langdurig effect. Interventies die gericht zijn op mensen, verminderen de burnout op korte termijn (6 maanden of minder), gecombineerde interventies of enkel op organisatorisch vlak hebben duurzamere effecten (12 maanden of meer^c)³⁷.
- Het positieve effect van de interventies neemt mettertijd af. Van de 3 componenten van burn-out lijkt emotionele uitputting de component te zijn die het meest duurzaam wordt beïnvloed³⁷. Een herhalingsstelsel (refresher courses) lijkt doeltreffend te zijn om de duur van het effect van een interventie te verlengen en zou dus gepland moeten worden. Van Wyk et al benadrukken de effectiviteit van een intensieve opleiding en van stress management op lange termijn op het risico op burn-out bij een grote waaier van zorgverleners in verschillende omstandigheden³⁹.

^c Studies die na 12 maanden nog een opvolging verzekeren van hun steekproef zijn zelden.

Tabel I. Systematische reviews over preventie- of aanpakinterventies bij burn-out

Auteur, Datum	onderwerp	Doelpubliek	Aantal studies geïncludeerd	Interventies	Outcomes gerelateerd aan burnout	Resultaten relateerd aan burnout
Awa et al, 2010 ³⁷	Preventie van burnout	iedereen	25	<ul style="list-style-type: none"> • 68% geconcentreerd op personen (cognitieve gedragsopleiding, advies, relaxatie, sociale steun) • 8% geconcentreerd op organisaties (herstructurering van het werkproces, evaluatie van het werk, enz) • 24% gecombineerd 	<ul style="list-style-type: none"> • Burnout en componenten (voornamelijk MBI) • Risicofactoren of beschermingsfactoren van burn-out: angst, humeur, depressie, ... ; steun van supervisors, collega's 	<p><u>Interventies geconcentreerd op de personen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Positief effect op burn-out of zijn componenten door cognitieve gedragsopleidingen, advies, (opleiding) in relaxatie, opleiding in psychosociale vaardigheden, recreatieve muziek, coping, psychotherapie, opleiding in communicatie (14 studies) • Geen effect op burn-out door professionele opleiding en klinische supervisie (1 studie) en door opleiding in relaxatie door lachtherapie (1 studie) • Negatief effect op burn-out bij huisartsen bij een psychosociale aanpak, interactieve didactische opleiding (1 studie) <p><u>Interventies rond organisaties:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Geen effect door verandering van organisatie van zorgen (primary nursing) op burn-out (1 studie) <p><u>Gecombineerde interventies:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Positief effect (6 studies op 6)

Auteur, Datum	onderwerp	Doelpubliek	Aantal studies geïnccludeerd	Interventies	Outcomes gerelateerd aan burnout	Resultaten relateerd aan burnout
Marine et al, 2006 ³⁸	Preventie van beroepsstress	zorgverleners	19	<ul style="list-style-type: none"> geconcentreerd op personen (cognitieve gedragsopleiding, advies, relaxatie, therapeutische massage, muziek, mindfulness, enz) geconcentreerd op het werk (programma van theoretische opleiding, rollenspel enz, mobilisatie van steun door collega's, introductie van innovaties, enz) gecombineerd 	<ul style="list-style-type: none"> Burn-out en zijn componenten (MBI) 	<p><u>Interventies rond personen :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Positief effect door stressmanagement op alle componenten (2 studies) en \searrow EE et MAP op lange termijn (1 van de 2 studies) Positief effect van cognitivo-comportementales opleidingen of gecombineerd met relaxatie op 1 of 2 componenten (3 studies) Geen doorslaggevend effect van recreatieve muziek op alle componenten (1 studie) Meta-analyse : \searrow EE et MAP <p><u>Interventies rond het werk :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Positief effect op steun en advies gegeven door managers op D (1 studie) Positief effect van veranderingen in de organisatie van het werk, opleidingen en steun en advies door supervisors op MAP (1 studie)
van Wyk et al 2010 ³⁹	Coping versus stress op het werk, preventie van burn-out en verhoging van de werktevredenheid	zorgverleners	10	<ul style="list-style-type: none"> Geconcentreerd op personen (opleidingen en stressmanagement, mindfulness) Geconcentreerd op de interactie personen/organsaties (management, steun) <p>Uitgesloten :</p> <ul style="list-style-type: none"> Organisatorische interventies Behandelinterventies van burn-out en stress 	<ul style="list-style-type: none"> Burnout en zijn componenten (MBI) EE als mate voor stress op het werk 	<p><u>Interventies geconcentreerd op de personen :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Positief effect op alle metingen na 2 jaar intensieve opleiding en stressmanagement (1 studie) Geen effect op burn-out na een minder intensieve opleiding en mindfulness (1 studie) Verband tussen intensiteitsgraas van de opleiding en vermindering van stress op het werk <p><u>Interventies geconcentreerd op de interactie persoon-organisatie:</u> geen resultaten</p>

Op basis van deze 3 systematische reviews, hebben we 7 kwaliteitsvolle artikels geselecteerd rond de interventie bij burn-out. Deze artikels bevatten enkel interventies voor personen en zijn beschreven in volgende tabellen.

Uit de lezing van de tabellen kunnen we onthouden dat:

- Verschillende ervaringen die opleidingen in meditatie en oefeningen van vol bewustzijn gebruiken, een positief effect hebben op burnout, hetzij op de 3 componenten van burnout (bij huisartsen⁴⁰), hetzij op 2 componenten van burnout (EU et D) bij verpleegkundigen en verzorgkundigen in ziekenhuisinstellingen⁴¹, hetzij op de emotionele uitputting alleen bij residenten in huisartsengeneeskunde⁴².
- Andere meer cognitieve interventies tonen een positief effect op de emotionele uitputting bij gemeenschapsverpleegkundigen⁴³. Hierbij dient opgemerkt dat verpleegkundigen met een groot reactievermogen (dus minder stressbestendigheid) meer te maken krijgen met burn-out, maar het effect van de workshops is nochtans merkbaar bij verpleegkundigen met een klein reactievermogen, met een daling van de emotionele uitputting.
- Seminars gewijd aan groepsdiscussies hebben een daling van de component 'emotionele uitputting' van burnout aangetoond bij vrouwelijke huisartsen⁴⁴. Deze component was oorspronkelijk groot. De seminars, gegeven op 3 avonden, roerden de professionele problemen aan, de professionele tevredenheid, de sociale steunmiddelen, om de praktijk en de sociale ondersteuning te verbeteren, en relaxatieoefeningen. De kwesties die tijdens de seminars aan bod kwamen, werden grotendeels door de deelnemers zelf bepaald.
- Andere combineren interventies op basis van het volle bewustzijn en cognitieve methodes^{45, 46} met positieve resultaten op de burnout, zowel bij de artsen als bij de verpleegkundigen.

Tabel 2. Weerhouden interventiestudies

Auteur, datum	Land	Design	Doelgroep	Interventie	Resultaat
Krasner, 2009 ⁴⁰	Verenigde Staten	Voor-na F.U. 15 maanden	Artsen in primaire zorgverlening	I: Didactische uiteenzetting, meditatie in volle bewustzijn, verteloefeningen en bespreking (2,5 u/week ged. 8 weken) + 1 d retraite in stilte en meditatie + 1 onderhoudsfase (10 x 2,5 u/maand)	Verbetering van de MBI voor de 3 componenten; verbetering van de empathie, humeurproblemen, emotionele stabiliteit.
McKensie, 2006 ⁴¹	Verenigde Staten	RCT FU: 4 weken	Verpleeg-kundigen en ziekenverzorgers in ziekenhuis- instellingen	I: Mindfulness-based stress reduction (MBSR): Didactische uiteenzetting en ervaringsgedeelte (30 minuten/week gedurende 4 weken) + Volle bewustzijnoefeningen: (min 10 minuten/dag, 5 dagen per week) Ctrl: Inschrijving op wachtlijst	Verbetering van MBI voor 2 componenten: ↘ EU (ctrl ↗) D = (ctrl ↗) PA ↗ (NS) ↗ Relaxatie ↗ professionele tevredenheid
Ospina- Kammerer, 2003 ⁴²	Verenigde Staten	Voor-na Case-controle FU: ?	Huisartsen residenten	I: Respiratory One Method (ROM): 1 bijeenkomst/ week gedurende 4 weken Ctrl: Geen interventie	↘ EU
Ro, 2008 ⁴⁵	Noorwegen	Cohortstudie FU: 1 jaar na interventie Vergelijking met 1 studie over Noorse artsen	Artsen die komen voor verzorging	I: Advies aan Villa Sana ^d op basis van een geïntegreerde benadering (psychodynamisch, cognitief, opvoedings- en motivatiegericht) Hetzij individuele sessie van 1 dag met psychiater of specialist arbeidsgeneeskunde; hetzij sessie van 1 week per groep van 8 (dagelijkse conferenties + groepsdiscussies + lichamelijke activiteiten + individuele adviesessies)	↘ EU (cfr. artsen van overal) ↘ job stress ↘ psychische ontredering ↗ artsen psychotherapie ↘ artsen met voltijds ziekteverlof ↘ EU geassocieerd aan een ↘ van de werkuren

^d De volledige beschrijving van de interventie wordt beschreven in het gedeelte over internationale ervaringen

Auteur, datum	Land	Design	Doelgroep	Interventie	Resultaat
Ro, 2010 ⁴⁶	Noorwegen	Cohortstudie FU: iets meer dan een jaar na de interventie (57 weken) Vergelijking met 1 representatief sample van Noorse verpleegkundigen	Verpleegkundigen die voor een preventieve interventie komen	I: 5 dagen les in Villa Sana Error! Bookmark not defined. op basis van de cognitieve theorie (scholing van het volle bewustzijn en relaxatieoefeningen + lichamelijke activiteiten + dagelijkse conferenties + delen van persoonlijke ervaringen + individuele adviessessies, +cultureel programma + maaltijden samen) ↘ EU	↘ EU ↘ van het aantal verpleegkundigen boven de drempel van EU Negatieve associatie tussen ziekteverlof na interventie en de ↘ EU; Negatieve associatie tussen conflicten op het werk na interventie en de ↘ EU. ↗ Verpleegkundigen in therapie
Schaufeli, 1995 ⁴³	Nederland	Voor-na FU: 1 maand na de laatste sessie	Communautaire verpleegkundigen	I: 13 workshops van 3 dagen en 2 avonden over burnout: Opleiding in relaxatie + didactisch beheer van stress + cognitief beheer van stress + ontwikkeling van intermenselijke bekwaamheden + realistischere professionele rol	↘ EU ↘ tedium meting (meting van lichamelijke, emotionele en psychische uitputting) ↘ psychologische spanning ↘ somatische klachten Geen effect op D en PV Geen effect op zeer reactieve verpleegkundigen (hogere graad van burnout en tedium) Verpleegkundigen die een laag reactievermogen vertonen (stressbestendiger) halen meer voordeel uit de interventie
Winefield, 1998 ⁴⁴	Australië	Voor-na FU: 4 weken	Vrouwelijke huisartsen (met hoge EU, psychologische ontredde en onvoldoende sociale ondersteuning -hoge PV)	I: groepsseminarie, gericht op leren en het zoeken naar oplossingen, met actieve medewerking van de deelnemers. 3 seminars van 6-9 u 's avonds	↘ EU ↘ psychologische ontredde (vooral huisstress) Geen effect op D en PV

RCT: Randomized Control Trial FU: Follow Up

I: interventie

Ctrl: controle

EU: emotionele uitputting

D: depersonalisatie PV: persoonlijke verwezenlijking

5.3.3 Analyse van de resultaten: uiteenzetting van de factoren van professionele uitputting en van de interventies om dit te voorkomen of te verhelpen

Uit de literatuur komen verschillende factoren die samenhangen met burn-out, maar door het gebrek aan robuuste studies, kan de richting van het verband niet worden aangetoond. Onze resultaten verdelen deze factoren in 3 categoriën. De eerste categorie groepeert alle factoren die persoonsgebonden zijn, zijn socio-demografische kenmerken en zijn persoonskenmerken. De factoren intrinsiek aan de medische praktijk zijn de factoren waarop de arts in theorie grip zou moeten hebben. Tenslotte, de extrinsieke factoren zijn gerelateerd aan de organisatie van het beroep of aan het gezondheidszorgsysteem.

De interventies rond preventieve en aanpak van burn-out kunnen onderverdeeld worden in interventies gericht op personen (individuele of groepen), rond organisaties of rond een combinatie van beiden. Deze interventies slaan zowel op het preventief als het curatief aspect van de professionele uitputting, daar het moeilijk is een onderscheid te maken tussen beiden.

Geen enkele interventie valt in het bijzonder onder de analyse van de literatuur omdat er zoveel mogelijkheden, zoveel uiteenlopende doelgroepen en onvolledige evaluaties zijn. Het is dan ook onmogelijk om een interventie op de voorgrond te stellen die het best zou zijn voor de huisartsen die in België werken. Het is daarentegen wel mogelijk om een lijst met maatregelen op te stellen, waarvan de toepasbaarheid geval per geval zou kunnen worden ingeschat.

Tot slot kunnen sommige interventies betrekking hebben op verschillende soorten factoren. Bijvoorbeeld, de relatie met de patiënt is een intrinsieke factor eigen aan de praktijk die deel kan maken van een interventie gericht op de persoon (verbetering van de competenties rond communicatie van de huisarts) maar kan ook gericht zijn op de organisatie (hulp bij geschillen). De categoriën van factoren en interventies komen dus niet overeen.

5.3.3.1 *Interventies gericht op de persoon*

De meeste geïdentificeerde interventies zijn gericht op de personen, of het nu individueel dan wel in groep is.

Doelstellingen

De doelstellingen van deze interventies zijn de ontwikkeling van persoonlijke vaardigheden of bepaalde persoonlijkheidseigenschappen helpen wijzigen.

De beoogde vaardigheden hebben vooral te maken met stressmanagement, gedrag en communicatie.

Betrokken factoren

Bij de huisartsen zetten de factoren die samenhangen met burn-out ons aan om het belang te benadrukken van de uiting van emoties⁴⁷, van het beheer van de relatie met de patiënten en van de ontwikkeling van bepaalde specifieke professionele vaardigheden (zoals bij palliatieve zorgen of voor de behandeling van seropositieve patiënten of aidspatiënten^{48, 49}).

In diezelfde populatie werden persoonlijkheidstrekken als angst, obsessie bezorgdheid, het in zichzelf gekeerd zijn, het gevoel van ongeschiktheid, een agressieve passieve persoonlijkheid en een slecht zelfbeeld duidelijk geïdentificeerd als ontvankelijk voor burnout. Andere factoren waarvoor we het oorzakelijke verband niet kennen, vervolledigen deze lijst. Ze worden overigens weergegeven (zie tabellen in bijlage). Als inderdaad zou blijken dat ze voorspellers zijn van professionele uitputting, zouden ze het voorwerp kunnen vormen van een interventie van dit type.

Tabel 3. Soorten interventies gericht op de persoon en actielijnen

Type interventies	Actielijnen	evaluatie
Zelfopleidingen en opleidingen	<ul style="list-style-type: none"> • Verwerving van een cognitief begrip van de rol van stress^{43, 50, 51} • Cognitief herstel van de perceptie van billijkheid³³ • Verwerving van communicatievaardigheden^{50, 52} • Verwerving van assertiviteitsvaardigheden^{43, 51-53} • Verwerving van vaardigheden in het oplossen van conflicten^{47, 52} • Verwerving van vaardigheden in tijdsbeheer: uurschema's, vakanties, tijd voor zichzelf^{6, 43, 51-54} • Verwerving van vaardigheden in stressmanagement^{36, 50} of emotiebeheer⁴⁷ • Cognitieve gedragsmatige aanpak 	<p>☺ ? ☺ ☺ ? ☺ ☺ ☺</p>
Advies	<ul style="list-style-type: none"> • Individueel advies van professionals^{6, 55}, guidance⁵¹ • Reorganisatie van zijn praktijk, zelfs van de soort praktijk^{6, 51, 56} 	<p>☺ ?</p>
Sociale steun	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmatig meedelen van waargenomen stress, van frustraties en zijn vermoeidheid aan een vertrouwenspersoon (familieid, collega's)^{6, 54, 56, 57} • Steun door verwanten^{8, 52, 57-59} • Steun door collega's^{8, 52, 56-58, 60}, in een Balint groep, bv..^{36, 61, 62}; berekening binnen een groep of de staf^{36, 47, 53, 63} of team building⁵³ • Steun bij collega's die ook gekampt hebben met burnout en dit opgelost hebben^{6, 64} • Systeem van mentoraat^{51, 60, 65, 66} 	<p>? ? ? ? ? ?</p>
Relaxatie	<ul style="list-style-type: none"> • Relaxatie^{7, 8, 42, 43, 52, 53, 56-61} • Mindfulness^{7, 40, 53, 59, 60} • Recreatieve muziek⁶⁷ • Creatieve workshops⁴⁷ • Positieve gedachten⁵⁰ 	<p>☺ ? ☺ ? ?</p>
Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapie^{37, 47, 51} 	<p>☺</p>
Persoonlijk	<ul style="list-style-type: none"> • Een referentiearts hebben om een diagnose te laten stellen en zich snel en adequaat te laten verzorgen (geen gangconsult)^{8, 55, 57, 68} • Regelmatig zijn professionele en economische doelstellingen evalueren^{6, 7}, zijn sterke en zwakke punten kennen⁵⁸, zijn waarden duidelijk bepalen^{50, 52}, realistische doelen vooropstellen^{50, 59} • Belangencentra ontwikkelen en onderhouden, hobby,^{6, 56, 58}, creatieve activiteiten⁵¹ • Zichzelf verzorgen: regelmatige lichaamsbeweging^{6, 7, 53, 56, 59} en andere gezonde levensgewoonten aannemen (evenwichtige voeding, rust, vrije tijd...)^{6-8, 36, 47, 51, 52, 56-60, 69} • Humor cultiveren^{6, 8, 59} • De positieve kanten herkennen en niet alleen de belasting, de stress, de last⁷⁰, zich eerder concentreren op het proces dan op het resultaat⁵⁹, succes aanvaarden^{40, 59} • Zijn behoeften aan spiritualiteit aanvaarden^{8, 57, 58} 	<p>? ? ? ? ? ? ? ? ?</p>

☺: minstens een positieve evaluatie geïdentificeerd

? : geen positieve evaluatie geïdentificeerd/geen evaluatie/geen rigoureuze evaluatie

Bestaande interventies

De interventies die gericht zijn op de persoon, kunnen onderverdeeld worden in 6 types: opleiding, advies, sociale steun, relaxatie, psychotherapie en persoonlijke interventies.

De interventies kunnen individueel gebeuren of zich richten tot een vooraf bestaande groep (bv. team van een ziekenhuis eenheid) of die voor de gelegenheid wordt opgericht.

Bovendien stellen veel actoren actielijnen voor, zonder dat ze echter werden geïmplementeerd of geëvalueerd (tabel 3). Met vele ervan zouden onder andere copingvaardigheden ontwikkeld kunnen worden.

We merken op dat de interventies soms zouden moeten worden aangepast in functie van het geslacht van de deelnemers omdat verschillende auteurs^{29, 53, 56, 64, 71} lichtjes verschillende coping-strategieën ter sprake brengen bij mannen (meer ontwijkingsgedrag en vertrouwen in hun vaardigheden) en bij vrouwen (meer sociale steun).

Evaluatie

Over het algemeen doen interventies die gericht zijn op het individu en die geëvalueerd werden, burnout op korte termijn afnemen (6 maanden of minder).

5.3.3.2 Organisatorische interventies en/of gericht op de interactie werk-persoon

Doelstellingen

Organisatorische interventies zijn bedoeld om de arbeidsomstandigheden en -procedures, de organisatie van de beroepspraktijk, de wetgeving of de reglementering te veranderen. Ze kunnen worden overwogen op macroniveau (politieke besluitvormers) of op middenniveau (institutionele verantwoordelijken). De artsen zelf hebben weinig directe greep op deze aspecten. Wij hebben deze categorie uitgebreid naar de acties die gericht zijn op de educatie of de sensibilisatie van de artsen, daar deze kunnen worden geïntegreerd in een programma, georganiseerd op macro-niveau. Het systematisch inrichten van een dergelijke type van actie kan leiden tot een politieke beslissing en leiden tot een structurele verandering.

Betrokken factoren

Bij de huisartsen zet het overzicht van de literatuur ons ertoe aan om het belang van de volgende factoren naar voren te halen (zie voorgaande tabellen):

- de relatie met de patiënten (verlangens, geschillen, zorgen bij het levenseinde),
- de organisatie van de praktijk (consultaties, visites en wachtdiensten, werkaanvragen, werkdruk, werkmiddelen, beslissingsvrijheid, evenwicht tussen privéleven en beroepsleven...)
- de relatie met de ziekteverzekering,
- de relatie met het team, de collega's
- verschillende opleidingsaspecten,
- financiële of economische verplichtingen,
- wijzigingen van het zorgsysteem,
- collega's met burnout.

Bestaande interventies

Verschillende auteurs noemen voorbeelden van organisatorische interventies of interventies die gericht zijn op de interactie tussen persoon en werk. In sommige gevallen gaat het om interventies die gericht zijn op het individu, maar kunnen ze georganiseerd worden door officiële instanties.

We hebben deze suggesties in de volgende tabel gereorganiseerd volgens interventiedoelen: sensibilisering van de patiënten, programma van onderwijscursus, programma van voortgezette opleiding, organisatie van praktijken, lonen en de organisatie van het gezondheidszorgsysteem.

Evaluatie

Organisatorische interventies en interventies die gericht zijn op de interactie tussen werk en persoon worden zelden grondig beschreven en nog minder vaak geëvalueerd. De interventies die geëvalueerd zijn hebben geen betrekking hebben op artsen, maar op andere mensen die actief zijn in de gezondheidszorgsector en brandweerlui. Het positieve effect van dit soort interventies op burnout kan minstens tot 1 jaar duren³⁷.

Tabel 4. Interventiedoelen en organisatorische actiesporen

Interventiedoelen	Actielijnen	Evaluatie
Sensibilisering van patiënten	Communicatie naar de patiënt zodat ze realistischer zijn in hun verwachtingen ⁵³	?
Programma van cursus in de opleiding	Sensibilisering van studenten geneeskunde rond het bestaan van de problematiek van professionele uitputting ⁶ ;	?
	Integratie in de artsenopleiding van de bevordering van de gezondheid ⁶⁸ en van technieken om stress te verminderen ⁶⁴ ; wijziging van de cultuur van studenten geneeskunde (tijd voor zichzelf) ⁷	?
	Professionele oriëntatie ⁵³ en coaching van de studenten die het kwetsbaarst zijn vanwege hun persoonlijkheidsprofiel ³⁶ ;	?
Programma van voortgezette opleiding	Sensibiliseren van artsen rond het bestaan van de problematiek van professionele uitputting ⁶ ;	?
	Bewustwording van het risico of van een toestand van professionele uitputting door zelfbevraging en/of het sturen van feedback ^{35, 72} ;	?
	Organisatie van jaarlijkse conferenties over burnout ³⁶ ;	?
	Organisatie van seminars (interactief, in kleine groepen, met externe experts) en steungroepen (die beginnen tijdens de studies geneeskunde en voortlopen tijdens het hele beroepsleven) ⁶ ;	?
	Organisatie van workshops voor relaxatie en stressmanagement ^{41, 43, 73}	☺
Organisatie van de praktijken	Aanbod van uitrusting die de veiligheid verhoogt van huisartsen die opgeroepen worden tijdens wachtdiensten of huisbezoeken ⁵³	?
	Mogelijkheid tot diversificatie van de taken (curatief maar ook onderwijs, onderzoek...) ⁶	?
	Voldoende autonomie in het arbeidstijdbeheer ^{6, 47, 74}	?
	Voldoende autonomie in de werkmethode ^{6, 74}	?
	Organisatie van het wachtdienstsysteem	?
Steun van managers, supervisors	☺	
Lonen	Gepast loonniveau ^{56, 74}	?
Organisatie van het zorgsysteem	Betrokkenheid van de huisartsen bij de beslissingen en acties die hen aanbelangen ^{6, 53, 74}	?
	Vergoeding en erkenning van goed werk ^{47, 74}	?
	Aanbod van een verzekering die de psychische gezondheid en de zorgen van chemische gewenning dekt ³⁶ ;	?
	Organisatie van het pensioen en van de beroepsomschakeling ⁶⁸	?
	Mogelijkheid om bij de bevoegde overheid artsen met gezondheidsproblemen te melden om hun vroegtijdige behandeling te verbeteren ⁶⁸	?
	Opsporingsprogramma ⁶³	?
	Aanbod van gezondheidsdiensten om artsen te helpen die er behoefte aan hebben ⁷⁵ , om hen te leren zich te bekommeren om hun gezondheid ⁷	?
	Oprichting van een hercertificatie die rekening houdt met vragen in verband met gezondheid en welzijn ⁶⁶	?
	Daling van de administratieve last en andere bureaucratische kwesties ^{56, 66}	?
	Structurele wijziging van de algemene geneeskunde op het vlak van spreiding van de werkkrachten, bv. geografisch ⁵⁶	?
	Rekening houden met geschillen ⁵⁶	?
	Contractueel akkoord zodat elke arts zijn eigen huisarts heeft ⁶⁶	?
		?

☺: linstens een positieve evaluatie geïdentificeerd

?: geen positieve evaluatie geïdentificeerd/geen evaluatie/geen rigoureuze evaluatie

5.3.3.3 *Gecombineerde interventies*

Hoewel er in de literatuur weinig terug te vinden is over interventies die persoonsgerichte strategieën en organisatorische strategieën combineren, worden ze wel door verschillende auteurs geprezen^{23, 37, 40, 44, 46, 53, 56, 59, 76, 77}. Ze lijken overigens meer duurzame effecten van meer dan 12 maanden teweeg te brengen³⁷.

5.3.4 Succesfactoren van interventies met betrekking tot burn-out

5.3.4.1 *Factoren die de efficiëntie van de interventie bevorderen*

De interventies voor de preventie of behandeling van burnout moeten worden aangepast aan het individu, ook al komen bepaalde eigenschappen terug bij alle personen met professionele uitputting⁶⁴. Zoals eerder werd benadrukt, moeten ze bijvoorbeeld rekening houden met het geslacht van de deelnemer^{21, 29}. Ze moeten ook beantwoorden aan de bijzondere behoeften van de personen in kwestie⁷⁰.

Ook is het nuttig om eraan te herinneren dat burnout een proces is, geen kortstondige gebeurtenis, en dat het veroorzaakt wordt door een langdurige blootstelling aan stress en frustraties⁶⁴. Daarom benadrukken we het belang van de ontwikkeling en implementatie van continue strategieën op lange termijn, de noodzaak om sessies te organiseren die gespreid zijn in de tijd, in verschillende stappen, of om 'opfrissessies' te organiseren, als herinnering^{37, 67, 78}. Daarbij komt de combinatie van de structurele wijzigingen (wetgeving, organisatie van het beroep enz.) en gerichte interventies (seminaries, workshops enz.).

Zo wil men bijvoorbeeld het evenwicht herstellen in de relatie tussen de patiënt en de arts, een opleiding om 'zich los te maken' (detached concern) kan worden gekoppeld aan structurele maatregelen waardoor de arts kan weigeren om een patiënt verder op te volgen als hij te veeleisend is¹³.

Aangezien de interventies vooral betrekking hebben op personen die overtuigd zijn van het nut ervan^{43, 72}, moeten de programma's in verschillende strategieën voorzien om de diverse profielen van de potentiële begunstigden te bereiken en dus ook de terughoudende artsen.

5.3.4.2 *Factoren die de aanvaardbaarheid van en de deelneming aan de interventie bevorderen*

Er werden bepaalde barrières naar voren gebracht om deel te nemen aan interventies die gericht zijn op de persoon³⁵. Om de kans op deelneming te vergroten, lijkt het belangrijk om:

- de tijd die moet worden vrijgemaakt om deel te nemen aan de interventie, te beperken^{41, 73};
- de deelnemers het uurschema van de interventie te laten kiezen^{41, 79};
- andere interventievoorwaarden voor te stellen dan de groepssessies die misschien niet voor alle persoonlijkheden passen³⁵;
- de deelnemers de mogelijkheid te bieden om te starten⁵¹ of de inhoud te bepalen van het programma, of een deel ervan;
- de interventie niet dadelijk voor te stellen als een interventie over burnout, maar eerder over welzijn op het werk bijvoorbeeld^{43, 67};
- een minimale of geen financiële deelneming voor de deelnemer te voorzien^{35, 73};
- interventies in de buurt van de werkplaats of het huis van de deelnemer te organiseren^{35, 73};
- wisselwerking te bevorderen⁶⁷;
- de anonimiteit⁶⁷ of de vertrouwelijkheid te bevorderen⁸⁰;
- te zorgen voor een gunstig klimaat voor de interventie^{45, 67} (ondersteuning van de hiërarchie, de beroepsorganisaties, wetgeving...);

- studenten geneeskunde al tijdens hun studie te sensibiliseren voor deze problematiek⁸⁰.

5.4 METHODOLOGISCHE BESCHOUWINGEN

Het doel van dit literatuuronderzoek is niet het verkrijgen van een diepgaande analyse van de factoren en het proces gerelateerd aan burn-out. Dit onderzoek is eerder gericht op het afbakenen van de voornaamste dimensies, factoren en gepubliceerde actielijnen. Deze elementen zullen dienen als basis voor de finale aanbevelingen.

Het onderzoek spitst zich toe op burn-out (en niet op de mentale gezondheid, het welzijn of de stress) en op de specifieke populatie van huisartsen, conform aan de specifieke doelstellingen van het project.

Dit hoofdstuk heeft niet de bedoeling een volledig en diepgaand beeld weer te geven van de problematiek rond burn-out.

Hoewel er geen gebrek is aan literatuur over beroepsmatige uitputting van artsen, blijft de kwaliteit ervan algemeen beschouwd slecht. Heel wat gepubliceerde artikels geven slechts algemene reflecties weer over dit fenomeen en zijn implicaties. Studies met een solide methodologisch karakter of studies die ten minste in staat stellen om een onderscheid te maken tussen de verschillende factoren die een rol spelen in het burnout proces (gelijkaardige situaties in het verleden, oorzaken of gevolgen) of nog die het mogelijk maken om bestaande zorginterventies te evalueren. Zoals een expert opmerkte, 'is dit soort onderzoek beslist niet gemakkelijk om op te starten: naast de nodige tijd en het nodige geld, zijn er ook nog de moeilijkheid van het diagnosticeren van de burnout (zelfevaluatie? arts? psycholoog?), de 'zeldzaamheid' van het fenomeen (in functie van de aanwezigheid en de kwaliteit van de diagnose, vaak in de vorm van zelfevaluatie...) en het bereiken van personen/respondenten.'^e Hieruit volgt dat, hoewel het fenomeen al tientallen jaren deel uitmaakt van de wetenschappelijke literatuur, we niet beschikken over overtuigende studies over de manier waarop professionele uitputting voorkomen of gezezen kan worden.

In de loop van deze studie hebben we ervoor gekozen om ons onderzoek te concentreren op huisartsen en dit om tegemoet te kunnen komen aan de vraag van het kabinet van de minister van Volksgezondheid en Sociale zaken. Ook al bestaat er heel wat informatie over factoren die geassocieerd worden met een burnout bij huisartsen, hebben we geen zorginterventies kunnen vaststellen die specifiek gericht zijn op deze beroeps categorie. Dit leidt ertoe dat, ondanks tientallen jaren van onderzoek, er geen conclusies kunnen worden getrokken over de manier van preventie of behandeling van professionele uitputting en in het bijzonder bij de huisarts.

Om professionele uitputting te meten, is het Maslach Burnout Inventory het meest gebruikte instrument. De vergelijking tussen studies wordt zo vergemakkelijkt. Er worden echter verschillende versies (uiteenlopend op vlak van het aantal evaluatiecriteria) van gebruikt. Bovendien komen sommige auteurs terug op het gebruik van een derde element (gebrek aan persoonlijke voldoening), wat ons tot de hypothese brengt dat dit laatste zo zeer samenhangt met persoonlijke factoren dat het slechts zou bijdragen tot het burnoutsyndroom³³. Van Dierendonck heeft als gevolg het model getest door enkel gebruik te maken van emotionele uitputting en depersonalisatie, en besluit dat het valide is³.

Bovendien wordt vaak vastgesteld dat de discussie over de burnout zich in werkelijkheid beperkt tot een discussie over emotionele uitputting, wat slechts één van de oorzaken is.

De drempelwaarden worden die gebruikt worden om een burnout als zwak, matig of ernstig te beschouwen, zelden gepreciseerd in publicaties^f.

Naast het MBI worden ook andere instrumenten gebruikt, maar het is moeilijk om af te bakenen of ze precies dezelfde concepten meten.

^e C. Hellemans. Persoonlijke communicatie.

^f hoewel ze gedefinieerd zijn door Maslach en Jackson¹¹ : hoog (>29); gemiddeld (18-29); laag (<18) voor de emotionele uitputting

Wat betreft de studies die aanpak en preventie van burn-out interventies vermelden, stellen we vast dat weinige van deze geëvalueerd worden. Studies over interventies kennen talrijke beperkingen:

- selectiebias: meestal vrijwillige of overtuigde deelnemers
- stipte interventie
- opvolging voor korte tijd
- kleinschalige steekproeven
- heterogeniteit van interventies
- moeilijkheid van interpretatie van de wijziging van het MBI op klinisch vlak⁷⁸.

Tenslotte, voor elke factor die geassocieerd is met burn-out en elke mogelijke interventie is het nodig om een gedetailleerde analyse te voeren naar de vorm, het proces en de implicaties. Dit werk valt echter buiten de doelstellingen van dit project.

Kernboodschappen

- **De factoren gerelateerd aan burn-out of aan zijn componenten kunnen worden onderverdeeld in individuele factoren, factoren gerelateerd aan de medische praktijk (intrinsieke factoren) en factoren gerelateerd aan de werkomgeving en de organisatie van het werk (extrinsieke factoren).**
- **Het gebrek aan studies van goede kwaliteit verhinderen het definiëren van een causale relatie tussen de geïdentificeerde factoren en burnout**
- **De interventies rond preventie of aanpak van burn-out kunnen worden onderverdeeld in interventies gericht op de persoon, op de organisatie of op een combinatie van beiden.**
- **Geen enkele specifieke interventie komt naar voren uit de analyse van de literatuur.**
- **De interventies gericht op de organisatie of op een combinatie van beiden tonen een effectiviteit aan op langere termijn. Deze overschrijdt echter zelden meer dan 12 maanden.**
- **De factoren die de effectiviteit van een interventie in de hand werken zijn: de aanpassing aan de kenmerken van het doelpubliek, de continuïteit, de herhaling van acties, de combinatie van types interventies.**
- **Een reeks van factoren die de aanvaardbaarheid en de deelname aan de interventie in de hand werken komen naar voren uit de literatuur. Deze omvatten voornamelijk praktische modaliteiten (uurregeling, financiële tussenkomst, anonimiteit, interactiviteit, enz) en de ontwikkeling van een gunstige omgeving (bijv. wetmatig).**

6 GESPREKKEN MET HUISARTSEN MET BURNOUT

6.1 DOELSTELLING VAN DE GESPREKKEN

De kwalitatieve gesprekken met de artsen die persoonlijk betrokken waren bij de problematiek van burnout, hadden tot doelstelling:

- Na te gaan welke perceptie zij hebben van de oorzaken die hebben geleid tot hun burnout
- Na te gaan welke remmingen hen ervan weerhouden hulp te zoeken
- Hun voorstellen te identificeren voor de preventie en aanpak van burnout bij huisartsen.

Deze kwalitatieve aanpak vindt plaats in een fenomenologisch perspectief. Het doel is om het standpunt van artsen met eigen ervaring op het fenomeen burn-out te verzamelen en te analyseren. In de antwoorden betreft het dus altijd om een subjectieve reconstructie van hun ervaring. In het kader van deze aanpak, was het dus niet de bedoeling om de "objectieve" redenen voor burn-out te achterhalen.

6.2 METHODOLOGIE VAN DE GESPREKKEN

6.2.1 Steekproef en rekrutering van de deelnemers

Er werden 40 gesprekken voorzien met huisartsen die betrokken zijn of waren bij de problematiek van burnout (20 Franstaligen en 20 Nederlandstaligen).

De rekrutering van deelnemers gebeurde via een internetsite (<http://dev.ulb.ac.be/tef/burnout>) (zie in bijlage), opgesteld in het Frans en in het Nederlands, en waarvoor publiciteit werd gemaakt via de medische pers en in samenwerking met wetenschappelijke verenigingen en beroepsverenigingen van huisartsen (Société Scientifique de Médecine Générale, Domus Medica, Fédération des Maisons Médicales, Syndicaat van Vlaamse Huisartsen, Association des Médecins de Famille - Vereniging van Huisartsen, le CARTEL, Forum des Associations de Généralistes).

Naast informatie met betrekking tot het onderzoek bood de thuispagina van deze site aan de huisartsen die de site bezochten de mogelijkheid om:

- ofwel rechtstreeks via de site in te schrijven indien een collega bij hen de diagnose van burnout had gesteld⁸.
- ofwel een test uit te voeren waarmee ze konden nagaan of ze al dan niet een burnout doormaken door gebruik te maken van de Maslash Burnout Inventory (MBI).

Op basis van zijn/haar score werd de deelname van de huisarts aan het onderzoek "gefilterd": ofwel geïnterviewd worden in het kader van een gesprek, ofwel deelnemen aan de "Delphi"-studie (zie hoofdstuk Delphi), ofwel aan beiden.

Indien ze dit wensten, konden de huisartsen ook rechtstreeks contact nemen met het onderzoeksteam.

De artsen die hebben deelgenomen ontvingen een vergoeding van 100€. Hetzelfde bedrag was voorzien indien ze deelnamen aan de twee onderdelen van de Delphi enquête.

⁸ Er is gebleken dat verschillende huisartsen zich rechtstreeks via de site hebben ingeschreven nadat ze bij zichzelf de diagnose "lijdend aan/geleden hebbend aan burnout" hadden gesteld. Dit is niet zo verwonderlijk aangezien in de populatie van ondervraagde huisartsen slechts weinigen een referentie-arts hebben die hen behandelt. Meestal stellen ze bij zichzelf een diagnose vast of schrijven ze zichzelf een behandeling voor.

Op 17 augustus 2010 gaf het ethisch comité van de ULB-Erasme een positief advies voor wat betreft de verzameling van kwalitatieve gegevens (interviews en Delphi studie).

De site ontving 697 bezoekers waarvan 190 (27.3%) zich hebben ingeschreven voor deelname aan het onderzoek. 38.9% van hen waren Franstalig en 61.1% Nederlandstalig.

Details van de kandidatenprofielen vindt u in de bijlage.

De gesprekken liepen van augustus tot december 2011.

6.2.2 Methodologie voor het verzamelen van gegevens: gespreksrichtlijnen

De gesprekken waren niet-directieve, face-to-face gesprekken en werden gevoerd op basis van een schema. Het gesprek begon met een open vraag zodat de huisarts ongeremd kon praten. Daarvoor moest de enquêteur rechtstreeks met hem interageren, zich aanpassen aan de situatie en, indien nodig, het gesprek heroriënteren.

Het vooraf gedefinieerde gespreksschema vindt u in bijlage.

6.2.3 Behandeling en analyse

De gesprekken werden opgenomen en werden integraal opnieuw getranscribeerd. Met uitzondering van een Franstalig interview dat niet kon geregistreerd worden. Gemiddeld duurden de gesprekken tussen 60 en 90 minuten. De anonimiteit van de betrokken huisartsen werd uiteraard gegarandeerd.

Er moet opgemerkt worden dat onze gesprekken vaak sterke reacties en emotionaliteit uitlokten bij de huisartsen, niet alleen met betrekking tot het onderwerp van burnout, maar ook in meer algemene zin, met betrekking tot de moeilijkheden die zij ondervinden in het kader van hun beroepsactiviteiten.

Er mag echter geenszins uit het oog worden verloren dat deze gesprekken werden gevoerd met een populatie huisartsen die niet "homogeen" was wat betreft de onderzochte problematiek. Bij sommigen onder hen werd de diagnose van burnout gesteld door andere artsen of door henzelf, bij anderen wezen de scores van de MBI erop dat ze uiterst gevoelig waren voor de problematiek, of ze zich van deze gevoeligheid nu bewust waren of niet. Daarnaast contacteerden sommige huisartsen ons rechtstreeks om ons informatie door te geven waarvan zij van oordeel waren dat die nuttig kon zijn in het kader van dit onderzoek.

De analyse van de gesprekken gebeurde rond thema's die door de huisartsen werden aangebracht, of die voortvloeiden uit de gesprekschema's volgens drie elkaar aanvullende en nauw samenhangende hoofdlijnen:

- de "hoeveel werk" van de huisarts,
- de "kwaliteit van het werk"
- het relaas van de doorgemaakte burnout, m.a.w. de symptomen, sensaties en gevoelens die door de respondenten werden beschreven wanneer de diagnose van burnout werd gesteld of wanneer de huisarts moeilijkheden ondervond, evenals de oplossingen die hij/zij zocht om zich uit deze situatie te redden.

Vervolgens zullen de voorstellen die door de huisartsen werden geformuleerd om burnout te voorkomen, worden uiteengezet.

De analyse is in de eerste plaats een thematische analyse, op basis van de hierboven beschreven doelstellingen. Binnen de thema's, specifieke hoofdlijnen zijn naar voren gekomen uit de verzamelde gegevens. Dat materiaal doet de hoofdcategoriën, zoals bijvoorbeeld de werklast, de administratieve last, de relatie met de patiënten, de relatie met collega's naar voor komen. Tussen sommige categoriën zijn vervolgens verbanden naar voren gekomen, zoals bijvoorbeeld het verband tussen de werklast en de administratieve last, iets wat ons niet hoeft te verwonderen. Het zijn deze verbanden die hebben toegelaten om elke keer grotere categoriën te maken, om te komen tot drie hoofdlijnen uiteindelijk die presentatie van de resultaten uiteindelijk structureren.

6.3 RESULTATEN VAN DE GESPREKKEN

6.3.1 Onderzochte steekproef

Een eenvoudige beschrijving van de artsen die in het kader van de gesprekken werden ondervraagd, vindt u in bijlage.

In totaal werden 40 gesprekken gevoerd, 20 met mannen en 20 met vrouwen. Deze populatie was heterogeen op het vlak van:

- geografische dekking: ze omvatte alle provincies van het Waals en van het Vlaams Gewest evenals het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De plaatsen waar zich de dokterskabinetten bevonden, waren stedelijk, halfstedelijk, (kleine steden of perifere stadskernen) of landelijk;
- leeftijdscategorieën: de leeftijd van de ondervraagde huisartsen schommelde tussen 25 jaar en meer dan 60 jaar;
- manier van praktijkvoeren individueel, semi-groepspraktijk (twee of drie en monodisciplinair, arts die uitsluitend in een rusthuis werkt) en groepspraktijk (voornamelijk medische huizen), gecombineerde praktijk (individueel en groepspraktijk) en ziekenhuisomgeving;

Het bekomen van deze heterogeniteit van de kenmerken is niet het resultaat van de selectie van de ondervraagde personen. Met de gekozen recruiteringsmethode hebben we amper het gewenste aantal personen gevonden, na de onvermijdelijke weigeringen tot deelname tijdens het proces.

Een deel van de analyse heeft het verband kunnen aantonen tussen sommige van die kenmerken en bepaalde fragmenten van hun ervaringen, zoals tussen leeftijd, geslacht en de organisatie van de werkuren. Een systematischer onderzoek van dit type van verbanden zou de moeite lonen alsook het gebruik van een andere analysemethode die zich zou toespitsen op de reconstitutie van de logica van het denken en de acties van elke geïnterviewde en van de constructie van hergroeperingen van logica's om zo tot representaties te komen. Binnen de beperkingen van de veerig beschreven interviews is het niet de bedoeling geweest om voor welk kenmerk ook een « saturatie » te bekomen.

6.3.2 Context van het gesprek en perceptie van burnout door de ondervraagde huisartsen

Om het probleem van burnout te behandelen zoals het wordt ervaren door de huisartsen die bereid waren tot een gesprek, bleek het al snel noodzakelijk om af te stappen van het begrip burnout als medische categorie.

De manier waarop huisartsen tegen de problematiek van burnout aankijken, past totaal niet binnen deze classificatie. Dit toont nog eens aan, vanuit het gezichtspunt van directe of indirecte ervaring, hoe onbepaald en slecht omlijnd het begrip wel is. Wanneer hen gevraagd werd zich uit te drukken in termen van symptomen, maakten de huisartsen uiteraard gebruik van de symptomen waarnaar het meest wordt verwezen in de literatuur: chronische vermoeidheid, slapeloosheid,... Maar geen van hen vond deze beschrijving uiteindelijk bevredigend. Want, zoals we al konden vermoeden, gaat het hier in de eerste plaats om een ervaring, een gevoel van onbehagen, van zich slecht in zijn vel voelen, maar deze kwalificatie volstaat niet om tot uitputting te leiden. Het is een ervaring van "lijden op het werk" die aanleiding geeft tot overpeinzingen op niveaus met een wisselende relevantie, van micro tot macro via het meso-sociologische niveau. De huisartsen kunnen het hebben over de relatie met de patiënten (micro), de wachtdiensten in hun interventiezone (meso) of de plaats van de geneeskunde binnen de gezondheidszorg (macro). Het zijn deze overpeinzingen die wij wilden weergeven want ze staan vaak ver af van de fenomenen die meestal tot het psycho-sociale begrip burnout worden gerekend.

Zodoende, op basis van de lectuur van deze standpunten zullen sommigen waarschijnlijk verrast zijn dat het in zo weinig gevallen gaat over “persoonlijke factoren” van burn-out. Dit is, volgens ons, niet gerelateerd aan de opstelling van het interview, noch aan een bepaalde terughoudendheid van de interviewers op de –zeldzame- momenten waar dergelijke overwegingen aan bod kwamen, noch aan de analyseprocedures, maar wel aan de teneur van de verhalen zelf die we gehoord hebben. Sommige geïnterviewden hebben wel degelijk gesproken over hun zwakheden, maar steeds via de omweg van een discours die andere factoren als oorzaak naar voor brachten en de plaats die gegeven werd aan die fragiliteiten leek ons niet voldoende om hier een aparte hoofdlijn aan te wijden, zonder het materiaal te overinterpreteren.

In de gesprekken met de huisartsen verwijzen ze dus voornamelijk naar contextuele elementen die volgens hun standpunt in grote mate bepalend zijn voor de recente veranderingen die het uitoefenen van hun praktijk heeft ondergaan, nl.:

- de sociale evoluties waardoor een deel van de patiënten meer sociale dan medische zorgen vereist, hogere eisen op het vlak van beschikbaarheid van de huisartsen (beschikbaar zijn voor het schrijven van voorschriften, om documenten in te vullen,...), het feit dat de echtgeno(o)t(e) vaak ook zelf actief is, de vervrouwelijking van het beroep, de stijgende moeilijkheden om het beroeps- en het privéleven te combineren;
- de demografische evoluties: enerzijds de veroudering van de bevolking en anderzijds het toegenomen aantal chronische ziekten;
- de spanningen binnen de medische demografie, en, bij uitbreiding, de vrees van sommige huisartsen dat ze geen regelmatige permanentie (wachtdiensten) zullen kunnen garanderen in bepaalde subregio's waar te weinig jonge huisartsen zich installeren. De schaarste wordt als een steeds belangrijker punt ervaren naarmate men zich verder van de stedelijke centra verwijdert;
- de evolutie van de gezondheidszorgreglementering en de taken die ermee samenhangen;
- de voor- en nadelen van nieuwe informatietechnologie (GSM, internet, elektronisch medisch dossier);
- het gebrek aan aantrekkingskracht van het beroep (erkenning van het beroep, honoraria);
- het gezondheidszorgsysteem, dat de prioriteit van de eerstelijnszorg en haar rol bij preventie niet erkent. De huisarts kan qua gezondheidszorg slechts weinig tijd besteden aan preventie;
- de universitaire vorming, die zich richt op ziekenhuizen, en die zich focust op specialismen, en weinig open staat voor de psychologische, sociale en economische dimensies van de medische praktijk.

Bijgevolg zijn de burnout en de psycho-sociale risico's waarmee de respondenten worden geconfronteerd, het resultaat van verschillende aspecten waaronder de problematiek die samenhangt met het beroep en met persoonlijke en familiale problemen (ziekte, echtscheiding); maar als onderliggende aspecten waarnaar door de respondenten duidelijk werd verwezen vinden we in de eerste plaats de maatschappelijke evolutie, en ten tweede, een aantal structurele elementen die eigen zijn aan het Belgisch systeem van gezondheidszorg.

6.3.3 Perceptie van burnout door de betrokken huisartsen

De volledige resultaten zijn weergegeven in bijlage, volgens de drie aspecten:

- de **hoeveelheid werk** van de huisarts: onze aandacht ging naar volgende thema's: de werklust, het management van onzekerheden, de diversiteit van de activiteit, de administratieve taken en de wachtdiensten;
- de **kwaliteit van het werk** van de huisarts: dit behandelt de relatie van de huisartsen met hun patiënten en met hun collega's, en het verzoenen van beroeps- en privéleven,
- het **verhaal van de burnout** : de symptomen van burnout, de sensaties en de gevoelens die ermee verbonden zijn, het beroep doen op een behandelende arts in geval van ziekte, het zoeken van hulp in geval van burnout en/of om het hoofd te bieden aan moeilijke situaties op psychisch vlak.

Tevens moet worden opgemerkt dat de volgorde waarin de aspecten en de categoriën die er deel van uitmaken, worden voorgesteld, in geen geval een hiërarchie volgt die duidelijk door onze respondenten zou zijn bepaald. Toch kan niet worden weerlegd dat de eerste factor die als oorzaak wordt aangewezen, de hoeveelheid werk is.

6.3.4 Synthese van de voorstellen voor de preventie en de aanpak van burn-out

6.3.4.1 *Het promoten van groepswork*

Aangezien de werklust de voornaamste factor is waaraan burnout of een gelijkaardige toestand wordt toegeschreven door de geïnterviewden, is het meest geformuleerde voorstel de artsen te groeperen. De formule waaraan de voorkeur wordt gegeven is eerder een formule van werken met twee, drie of vier artsen samen, eerder dan aan een multidisciplinaire structuur zoals een medisch huis. Dit is vooral zo voor Wallonië waar deze formules van kleinere groepen minder sterk aanwezig zijn dan in de andere gewesten.

Dit voorstel is vooral afkomstig van huisartsen die in landelijke of halfstedelijke gebieden werken omdat de jongere generaties daar ondervetegenwoordigd zijn.

Werken in groep vereist een gemeenschappelijke visie over de activiteit en enige kennis van management.

6.3.4.2 *Ingrijpen op de medische demografie. De schaarste een halt toeroepen*

De schaarste van artsen heeft onaangename gevolgen voor de werklust, maar ook voor de kwaliteit van de relaties tussen collega's en voor de mogelijkheid om in groep te werken zelfs al zou dit de meest rationele oplossing kunnen zijn. Vooral in landelijke en halfstedelijke gebieden is dit volgens de respondenten te wijten aan het feit dat de jongere generaties er minder vertegenwoordigd zijn en aan het feit dat oudere artsen niet geneigd zijn veranderingen aan te brengen in hun manier van werken, in solopraktijk.

De problematiek van de schaarste lijkt minder zorgwekkend in de ogen van de artsen uit het Vlaamse gewest maar werd wel ter sprake gebracht. Vergeleken met Vlaanderen wordt in Wallonië weinig gewag gemaakt van de maatregelen "Impulseo". Uit onwetendheid?

6.3.4.3 *De wachtdiensten verbeteren*

De organisatie van de wachtdiensten wordt door sommige huisartsen bovenaan het lijstje gezet van factoren die tot uitputting leiden. De organisatie ervan is erg afhankelijk van de plaatselijke medische demografie. Zo komen sterke ongelijkheden aan het licht tussen de geografische zones en de leeftijdscategorieën wat frequentie van wachtdienst betreft.

Een van de voornaamste oorzaken voor ongenoegen is dat na de wachtdienst 's nachts het werk de volgende ochtend moet worden hervat. Daarom wordt voorgesteld om toe te laten dat men de dag na een wachtdienst niet moet werken en om met name een manier van honorering van de wachtdiensten te voorzien die ten minste gedeeltelijk het verlies aan inkomsten zou dekken.

Een ander voorstel in verband met de wachtdiensten is om de wachtdienst op te delen, om bijvoorbeeld een systeem per uurblok te voorzien, bijvoorbeeld van 4 tot 6 uur. Deze formule zou het voordeel hebben dat vermoeide artsen die tot nog toe geen enkele andere keuze hadden dan zich uit het systeem terug te trekken om medische redenen, terug in het circuit zouden kunnen worden opgenomen.

Tenslotte draagt het systeem van wachtposten, dat al in verschillende vormen in sommige gebieden wordt gebruikt, de voorkeur weg van velen. Velen wensen dat dit systeem veralgemeend zou worden. De vraag blijft wie dit zou moeten financieren, de artsen uit de betrokken zone of de overheid.

6.3.4.4 *Het administratieve werk vergemakkelijken*

Veel klachten hebben betrekking op het administratieve werk en de pietluttige controles door het RIZIV die slecht worden verteerd. De omstandigheden waarin de activiteit wordt uitgeoefend, zijn sterk geëvolueerd sinds de komst van vrouwen op de arbeidsmarkt en de vervrouwelijking van het medisch korps. Steeds minder echtgenoten nemen het administratieve werk voor hun rekening. Artsen die hun praktijk alleen uitoefenen, lijken trouwens de loonkosten voor een secretaris/secretaresse niet te kunnen dragen.

De voorstellen houden dus financiële steun in bij het uitbesteden van het administratief werk, of het nu gaat om het aanwerven van deeltijds personeel (vooral voor artsen met een solopraktijk), of wanneer men een beroep doet op dienstverlenende bedrijven (bijvoorbeeld telesecretariaat).

6.3.4.5 *Opnieuw nadenken over echelonnering van de zorg*

De klachten die werden geuit tijdens de gesprekken over burnout hebben grotendeels betrekking op het feit dat huisartsen een gebrek aan erkenning ervaren, zowel vanwege de patiënten als vanwege de specialisten.

Dit gebrek aan erkenning heeft volgens hen te maken met de plaats van de huisartsgeneeskunde in het zorgsysteem. Voor velen dringt een herverdeling van de zorg zich op. Voor sommigen moet de huisartsgeneeskunde een echte eerstelijnszorg zijn die moet werken als een verplichte filter vooraleer een beroep wordt gedaan op specialisten. Deze regeling zou een erkenning inhouden van de competentie van de huisarts die samenhangt met hun persoonlijke kennis van de patiënten en hun regelmatig confrontatie met psychologische problemen. Deze echelonnering van de zorg heeft talrijke gevolgen op het vlak van opleiding, gecentraliseerd beheer van medische dossiers, de modaliteiten voor honorering van prestaties en de terugbetaling van de patiënten.

6.3.4.6 *De huisarts de status van ambtenaar toekennen?*

Hoewel de medische praktijk grotendeels een zelfstandige activiteit is, is ze onderworpen aan talrijke institutionele verplichtingen. Hiertoe behoren onder meer deontologische en wettelijke verplichtingen, in verband met zorgcontinuïteit en het respecteren van de overeenkomsten tussen het medisch beroep en de ziekenfondsen op het gebied van honoraria. Velen klagen erover dat deze regels enerzijds een zware belasting vormen voor de zorgverlening (zorgcontinuïteit) en anderzijds een zware belasting op het vlak van honorering van het werk (vaste honoraria).

Voorstellen die op dat niveau worden gedaan zijn, ofwel het instellen van een financiële verzekering of bescherming (verwijzend naar een vergoeding door de overheid) in ruil voor de verplichtingen die samenhangen met de beschikbaarheid, ofwel een versoepeling van de ermee gepaard gaande verplichtingen (bijvoorbeeld het schrappen van de verplichting om zich te verplaatsen) in ruil voor de financiële onzekerheid. Heel wat artsen kiezen voor de eerste oplossing en doen een beroep op de verambtelijking van de geneeskunde, een verambtelijking die, volgens hen, reeds een zeker succes zou kennen in het beroep via de medische huizen of andere praktijkvormen zoals arts bij Kind en Gezin of schoolarts.

6.3.4.7 *De psycho-sociale last beter onder controle houden. "Leren om grenzen te stellen"*

Uit de gesprekken met de huisartsen blijkt dat de medische relatie enorm gecompliceerd geworden is, voornamelijk door aard van de problematieken en door de hoge verwachtingen van de patiënten. Hierdoor moeten de artsen meer investeren op het vlak van psychologie en rijst regelmatig de dwingende vraag van waar grenzen gesteld moeten worden.

De ondervraagde huisartsen hebben "psychologische feeling" en zijn zonder enige twijfel daardoor meer blootgesteld aan de emotionele implicaties van hun praktijk. Als ze al erkennen dat deze karaktertrek hen kwetsbaar maakt, brengen ze deze kwetsbaarheid bijna nooit in verband met een specifiek kenmerk van hun persoonlijkheid waarvoor preventieve of therapeutische inspanningen nodig zijn.

De voorstellen op dit niveau hebben voornamelijk betrekking op de opleiding. Huisartsen moeten een betere vorming krijgen op psycho-sociaal vlak, omdat dit momenteel het zwakke broertje in de basisopleiding is. De permanente vorming moet ook worden verbeterd en er moet een meer specifieke inhoud wordt voorgesteld die ofwel betrekking heeft op psycho-sociale aspecten, ofwel op praktische informatie die van aard is om het werken in groep te stimuleren. Het zou ook belangrijk zijn om supervisie aan te moedigen en sommigen zouden dit graag gratis beschikbaar gesteld zien. Permanente vorming moet worden aangemoedigd, onder meer door die overdag te voorzien en niet meer na reeds overvolle werkdagen.

Volgens de respondenten, gingen in Vlaanderen reeds stemmen op ten gunste van de ontwikkeling van een eerstelijns geestelijke gezondheidszorg die zeker verlichting zou brengen voor de huisarts.

6.3.4.8 De relaties tussen collega's verbeteren

De relaties tussen collega's zijn niet altijd stabiel en soms kan dit leiden tot burnout of een vergelijkbare toestand. Noch in de LOK's, noch in de huisartsenkringen wordt veel gepraat over eventuele emotionele moeilijkheden of problemen met het aankunnen van het werkritme. De concurrentie is vaak nog erg hard, met collega's die trachten patiënten weg te kapen of hun collega's te kleineren. Er is een kloof ontstaan tussen de generaties over de manier waarop het beroep wordt gezien. De oudere generatie zal zich geen enkele vrijheid toestaan op het vlak van de absolute beschikbaarheid; de jongere generatie is erop uit om hun gezinsleven te verzoenen met hun beroepsleven en is bereid daarvoor enkele inbreuken op het ideaal van absolute beschikbaarheid te plegen. Deze kloof leidt tot vaak destructieve tegenstellingen in de dagelijkse werkrelaties.

Kunnen de bestaande "collegiale" structuren plaats en zijn waar kan worden gepraat over de moeilijkheden met werklast? Velen twijfelen hieraan maar sommigen zijn van mening dat hierover moet worden nagedacht. De huisartsen zijn het er echter wel unaniem over eens dat veel mogelijkheden van die aard kunnen worden gladgestreken door de groepspraktijk.

6.3.4.9 Aanpak van burnout

De ondervraagde artsen erkenden bijna allemaal dat ze geen behandelende arts hebben. Over het algemeen leek de arbeidsgeneeskunde geen bevredigend model te zijn voor het voorkomen en de aanpak van burnout.

Er wordt nochtans gewezen op het nut van een *ad hoc* structuur, een niet-verplichte structuur waarop een beroep kan worden gedaan en waarvan het advies niet bindend is. Financiële stimulansen zouden de huisartsen ertoe kunnen brengen hierop een beroep te doen.

Andere voorstellen op het vlak van structuur gaan eerder in de richting van praatgroepen of groepen die georganiseerd zijn rond het aanleren van preventieve maatregelen.

Een ombudsman, extern of intern, werd ook voorgesteld en dan vooral voor het regelen van interne conflicten binnen medische groepspraktijken (met name de medische huizen), conflicten die er op termijn kunnen toe leiden dat sommige van de betrokkenen een burnout krijgen.

6.4 CONCLUSIE

Het belangrijkste methodologische besluit dat uit deze gesprekken naar voren is gekomen, is het beschouwen van burnout als een ervaring, die zich voordoet op een bepaald moment binnen een traject dat leidt naar burnout en die er een betekenis aan geeft. Zelfs al werden ze aangemoedigd om een levensverhaal te vertellen dat teruggaat tot het prille begin en dat significante gebeurtenissen onderling met elkaar in verband brengt, dan moet worden gezegd dat onze respondenten ons slechts zelden een dergelijke geschiedenis hebben gegeven. Bijzondere, tragische voorvallen werden soms benadrukt, het overlijden van naasten, emotionele shocks, om die dan zonder enige twijfel in verband te brengen met burnout, of om een indirect verband tot stand te brengen tussen het ene en het andere voorval. Meestal echter is burnout het resultaat van een silentieus uitputtingsproces, waaraan talrijke frustraties ten grondslag liggen. Het privéleven wordt zelden vermeld als een van de oorzaken, zelfs al bleken de ondervraagde huisartsen niet speciaal geneigd tot terughoudendheid op dat vlak. Het woord "accumulatie" kwam het meest naar voren.

De etiologie kwam overvloedig naar voren in de gesprekken, waarbij de nadruk opvallend werd gelegd op de werkomstandigheden, en vooral dan op de belasting en de intensiteit van het werk. Deze factoren zelf kwamen terug in meer structurele aspecten zoals opleiding, relaties tussen collega's, relaties met de toezichhoudende overheden of de positionering van de huisartsgeneeskunde in de zorgchelonnering.

Waren deze uiteenzettingen ingegeven door onderzoekers, sociologen? We denken van niet. De richtlijnen voor de gesprekken waren opgesteld in een uitdrukkelijk niet-directieve strekking en, binnen dit erg flexibele kader, was het nooit nodig dat wij het gesprek op gang brachten. De huisartsen zijn goede personen voor enquêtes door middel van gesprekken.

We hebben dus een groot aantal kritische gesprekken gevoerd die betrekking hadden op de werkomstandigheden, hetzij rechtstreeks zoals in Wallonië, ofwel op een meer indirecte manier, zoals in Vlaanderen, via de repercussies van deze omstandigheden op de relaties met de patiënt. De manier waarop deze werkomstandigheden werden ervaren was sterk verschillend en sterk afhankelijk van leeftijd, geslacht en de geografische zone waar het beroep werd uitgeoefend. Zo stelden we twee grote breuklijnen vast, de eerste tussen de generaties, de tweede geografisch getint.

De oudere artsen en hun jongere collega's lijken een vrij vergelijkbare werklust te torsen maar, in tegenstelling tot laatstgenoemden, hebben eerstgenoemden hun gezinsleven opgeofferd aan hun beroepsleven via het klassieke schema van een solopraktijk met ondersteuning van een helpende echtgenote die de huishoudelijke taken, de opvoeding van de kinderen en de administratieve taken die samenhangen met de medische activiteit op zich nam. Wat duidelijk uit de gesprekken naar voren kwam was dat de jongere artsen niet van plan zijn om op die manier hun gezinsleven op te offeren. Hierdoor worden ze geconfronteerd met een moeilijk spanningsveld tussen privéleven en beroepsleven en dit geldt vooral voor de vrouwelijke artsen hoewel ook heel wat jonge mannelijke artsen hier gevoelig voor zijn. Tijd vrijmaken is belangrijk voor hen, maar dit verlangen naar vrijheid stoot op de deontologische verplichtingen van de beschikbaarheid voor de patiënt en het garanderen van de zorgcontinuïteit. Elke vrijheid die men zich veroorlooft geeft dus aanleiding tot een slopend schuldgevoel. Dit maakt dat jonge artsen zich bijzonder aangetrokken voelen tot het uitoefenen van de geneeskunde in een groepspraktijk. Ook de oudere artsen voelen zich hiertoe aangetrokken, maar de macht der gewoonte, van de routine, is een feit en velen onder hen vinden het jammer dat ze geen deel kunnen uitmaken van deze ervaring. Voor hen is het te laat om hun manier van werken radicaal om te gooien. De tweede breuk, die een snijpunt heeft met de vorige, zorgt voor een opdeling in twee praktijklocaties: de steden en de landelijke gebieden. In veel getuigenissen werd verwezen naar het opvallende demografische onevenwicht in de landelijke gebieden. De jongeren zetten daar geen praktijk meer op, en de oudere artsen vormen er langzaamaan de meerderheid, met alle problemen die dit met zich meebrengt op het vlak van vooral de organisatie van de wachtdiensten. Deze wachtdiensten worden dan verzekerd door de jonge artsen die ondervertegenwoordigd zijn en deze toestand leidt tot sterke geografische ongelijkheden op het vlak van werklust.

Vandaar dat de groepspraktijk vaak wordt genoemd als oplossing, vooral voor de jongere generaties omdat hierdoor vrije tijd kan worden vrijgemaakt door het delen van de verplichting van de zorgcontinuïteit, een betere organisatie van de wachtdiensten en door gemeenschappelijke financiële investeringen, het zoeken naar administratieve oplossingen in de vorm van een secretariaatpost of het uitbesteden aan externe partijen. De groepspraktijk als gewenste oplossing wordt meer genoemd in Wallonië dan in het Vlaamse gewest, waarschijnlijk omdat de geneeskunde in kleine, monodisciplinaire groepen daar minder verspreid is. Ook de IMPULSEO-maatregelen worden minder vaak genoemd door de Franstalige artsen. Omdat ze hiervan minder op de hoogte zijn? Het werken in medische huizen, een structuur die minder ontwikkeld is in Vlaanderen, wordt ook soms vermeld maar in veel mindere mate. Betrokkenheid bij een dergelijke structuur lijkt altijd samen te gaan met een zeker gevoel van engagement, zowel op politiek als op ideologisch vlak.

De relatie met de patiënt wordt ook genoemd als factor voor burnout, maar niet op de eerste plaats. Het is zeker zo dat dit zeer sterk geëvolueerd is de laatste 20, 30 jaar. De klachten die ter sprake komen op de consultaties verwijzen naar multidimensionale, psychosociale problematieken die veel complexer zijn dan in het verleden. Ook hier stelt men regionale wanverhoudingen vast. Vaak zijn de patiënten beter geïnformeerd, veeleisender, en is de relatie eerder consumptiegericht terwijl de vroegere relatie van gezag op veel plaatsen verdwenen lijkt te zijn, vooral dan in de steden. Hoewel er zeer zelden verhalen waren over duidelijke agressiviteit, die meestal verbaal en slechts uitzonderlijk fysiek was, toch maakten onze respondenten gewag van talrijke tekenen van een gebrek aan respect. Toch blijven de meesten van hun beroep houden, en erkennen ze dat ze veel voldoening halen uit deze relatie, zodanig zelfs dat het zoeken naar een ander werk als "onmogelijk" wordt beschouwd.

De relatie met de patiënt is dus erg ingewikkeld geworden en vereist van de huisarts competenties op psychologisch vlak - en met name het vermogen om zijn engagement te beperken - competenties waarvoor hij niet opgeleid is. Dat is de reden waarom de respondenten opgeroepen hebben om basisvorming en permanente vorming op te zetten die meer gericht is op de psycho-sociale dimensies van de praktijk. Hoewel de relatie met de patiënt ingewikkelder geworden is omwille van een relatieve horizontalisering, dan heeft dit laatste ook toegestaan om ruimte te creëren voor onderhandelingen tussen artsen en patiënten en met name op het vlak van beschikbaarheid.

Het professionele huisartsenkorps doet de externe analyst vragen stellen. De relaties tussen collega's lijken niet serener en minder concurrentieel te zijn in deze tijden van schaarste, dan in de tijden van de plethora van de jaren 70-80. Naast de reeds vermelde kloof tussen de generaties, werden slechts weinig tekenen van solidariteit opgemerkt. In de LOK's en de dodecagroepen praat men quasi nooit over zijn moeilijkheden om het hoofd te bieden aan de werkoverbelasting, noch over zijn gevoel van uitputting. Men stort zijn hart niet uit bij een behandelende arts want meestal heeft men die niet. Wanneer voorstellen worden geformuleerd op het vlak van gespecialiseerde opvolging door een collega, dan wil men zeker niet dat die collega in de eigen interventiezone werkzaam is. De meer bevredigende relaties zijn dus de electieve verwantschappen die eigen zijn aan vriendschappelijke relaties. Uit de gesprekken met de huisartsen komt dus een zekere eenzaamheid aan het licht, wat ook hun leeftijd moge zijn. Men kan denken dat dit, samen met andere factoren, ook aan de basis ligt van het verlangen om veel met anderen te werken.

De patiënten zijn niet de enigen die niet de erkenning geven waarop de huisartsen volgens hun oordeel recht hebben. Hetzelfde geldt voor collega's-specialisten en toezichthoudende overheden en met name door de macht om controle uit te oefenen van laatstgenoemde, een controle die wordt ervaren als een kwelling. Op die manier komt inderdaad de ondergeschikte positie van de huisartsgeneeskunde binnen de zorgverlening tot uiting. De huisartsgeneeskunde moet in ere worden hersteld, door ze de juiste plaats te geven, als eerstelijnszorg.

De ondervraagde huisartsen waren veel minder welbespraakt zodra het ging om het doen van voorstellen om burnout te voorkomen en te behandelen. Is dat een effect van de moeilijkheden die ze moesten overwinnen? De voorstellen zijn erg algemeen, en in wezen vrij vaag. Ze hebben betrekking op het bevorderen van groepswerk, de geografische herverdeling van het aantal artsen, de organisatie van de permanente wachtposten, de financiële steun voor administratieve bijstand, een wijziging in de basisopleiding om daarin meer ruimte te creëren voor psycho-sociale begeleiding van patiënten, algemene beleidsmaatregelen met het oog op een herpositionering van de huisartsgeneeskunde of zelfs de eventuele verambtelijking ervan. Wat de behandeling betreft lijken de ondervraagde huisartsen slecht op de hoogte te zijn van het bestaande aanbod, coaching en stresskliniek. Ze zijn niet gekant tegen het opzetten van een niet-verplichte structuur waarop een beroep kan worden gedaan en waarvan de adviezen niet bindend zouden zijn, en ze moedigen praatgroepen aan.

Bevindt de huisartsgeneeskunde zich in crisis? De cijfers over de prevalentie van burnout wekken hier en daar ongerustheid. Er is een aanhoudende bezorgdheid over het feit dat jonge huisartsen vroegtijdig uit het beroep stappen. Uit de gesprekken met de huisartsen blijkt dat een van de factoren die hiervoor voornamelijk verantwoordelijk zijn de werklast is die ze niet langer meer de baas kunnen, om meerdere redenen. Velen van hen geloven dat ze die wel de baas zouden kunnen, ten minste beter dan tot nog toe, als ze de mogelijkheid zouden hebben om in groep te werken, als ze kennis en dagelijkse ervaringen zouden kunnen uitwisselen en materiële hulpmiddelen kunnen delen, als ze de toestroom van patiënten beter zouden kunnen beheersen, als ze een front zouden kunnen vormen tegen hun eisen en als ze af en toe wat tijd zouden kunnen vrijmaken voor zichzelf en hun naasten. En dit streven naar groepswerk vereist diepgaande reflecties over al hetgeen dit ontmoedigt: het demografische verstoorde evenwicht, het leeglopen van bepaalde streken en, soms, het wantrouwen tussen collega's...

Kernboodschappen

- **De etiologische vraag van burn-out (werkcondities, opleiding, collegialiteit, relatie met overheden) overheerst in de gesprekken met de respondenten.**
- **De groepspraktijk komen verscheidene keren naar voren als oplossing.**
- **De relatie met de patiënt is een complexe dimensie, die soms een bron voor tevredenheid is maar kan ook een potentiële bron voor burn-out zijn.**
- **De voorstellen voor de preventie en de aanpak zijn weinig specifiek (groepswerk, administratieve hulp, aanpassing van de basisopleiding, enz).**

7 INTERNATIONALE VERGELIJKING VAN DE PROGRAMMA'S VOOR DE AANPAK VAN DE GEZONDHEID VAN DE ARTSEN

7.1 DOEL VAN DE INTERNATIONALE VERGELIJKING

Het doel van dit hoofdstuk is het onderzoeken van de buitenlandse structuren voor zorgverlening aan huisartsen (primaire, secundaire en tertiaire preventie), en om daarna na te gaan welke daarvan kunnen worden toegepast in België.

Wij wilden vooral de initiatieven en de programma's identificeren voor de preventie, opsporing en ondersteuning van zorgverleners die worden geconfronteerd met stressfactoren, die kunnen leiden tot professionele uitputting. We onderzoeken ook de gegevens die de doeltreffendheid ervan bepalen.

De synthese van de internationale ervaringen werd voorgelegd aan de belanghebbenden om de aanvaardbaarheid en de haalbaarheid ervan te evalueren. Er zullen oplossingen worden voorgesteld die specifiek gericht op huisartsen.

7.2 METHODOLOGIE VAN DE INTERNATIONALE VERGELIJKING

7.2.1 Selectie van de landen voor de internationale vergelijking

Vanaf de eerste vergadering van deskundigen was het de bedoeling van deze internationale vergelijking om landen te identificeren waarinteressante initiatieven werden ontwikkeld voor de behandeling van artsen met burnout, van primaire tot tertiaire preventie. Tijdens deze vergadering werd een lijst met volgende landen samengesteld: Frankrijk, Spanje, Zwitserland, Noorwegen, Ierland, Verenigd Koninkrijk, Canada en Australië. Voor elk land werd het best gekende programma vermeld: 'AAPML' (Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux) in Frankrijk, 'Doctors for Doctors' in het Verenigd Koninkrijk 'PAIMM' (Programme d'Attention Intégrale pour le Médecin Malade) in Spanje, 'ICGP (Irish College of General Practitioners) Health in Practice Programme' in Ierland, Victorian Doctors Health Program (VDHP) in Australië, 'PAMQ' (Programme d'Aide aux Médecins du Québec) in Québec, evenals specifieke programma's voor de Canadese provincies. De ontwikkelde programma's per land omhelsen een breed spectrum van interventies op verschillende niveau's (gaande van gezondheids promotie tot de therapeutische aanpak van artsen in burn-out). Deze programma's zijn dus representatief voor de programma's op internationaal plan. We merken dat andere landen (zoals Nederland) ook een programma voor de aanpak van artsen in burn-out hebben opgesteld via de beroepsvereniging van artsen (Landelijke Huisartsen Vereniging).^h

7.2.2 Geraadpleegde databanken

Voor elk land werden websites van beroepsorganisaties van artsen geraadpleegd om een maximum aan informatie te verkrijgen over de ontwikkelde programma's. De initiatiefnemers van elk project werden persoonlijk gecontacteerd. Hierdoor konden we de beschikbare informatie aanvullen en de niet-gepubliceerde gegevens ontvangen (bijvoorbeeld evaluatierapporten van de projecten). De documentaire databanken (Medline, Embase, Sociological abstract) werden geraadpleegd om de onderzoeken te identificeren die gepubliceerd werden in geïndexeerde tijdschriften m.b.t. deze initiatieven/programma's. Tenslotte konden we door deelname aan de Conferentie van de European Association for Physician Health in Barcelona in december 2010 de initiatiefnemers van sommige programma's ontmoeten en de gerealiseerde beschrijvingen aanvullen.

^h Aangegeven door professor Lieve Peremans
(<http://lhv.artsennet.nl/huisartenzorg/Kwaliteit/Disfunctioneren.htm>)

7.2.3 Analyse

Voor elk land werd(en) het(de) programma('s) beschreven volgens eenzelfde stramien: beginsituatie, opzetten van een tool, betrokken populatie, ondersteunende structuur en financiering, toetredings- en uitsluitingsmodaliteiten van de artsen, organisatie van de behandeling van de artsen, supervisie en evaluatie van het programma.

De volledige beschrijving per land is in bijlage weergegeven.

Een eerste overzichtstabel (zie bijlage) geeft per land de beschrijvende elementen van elke zorgstructuur weer per land: naam en acroniem van het programma, initiatiefnemers, plaats van het programma in de continuïteit van de zorg en manier van verzorging (ambulant/institutioneel), datum van de implementatie, betrokken populatie, doelstellingen, tool en ondersteunende structuur, financiering, respecteren van anonimiteit, modaliteiten voor toetreding en uitsluiting van de artsen, voornaamste problemen, organisatie en behandeling van de artsen, evaluatie, succes en moeilijkheden die werden ondervonden bij het implementeren van de voorzieningen, evenals de projecten voor uitbreiding naar andere beroepsgroepen of andere regio's van het land.

Een tweede tabel (zie bijlage) vat de voornaamste kenmerken van elke structuur samen door de nadruk te leggen op het behandelniveau (promotie, preventie, curatief), de manier van aanpak (consultatie, één dag of verblijf in instelling), de filosofie van de aanpak (spontane en vrije toegang, mogelijkheid tot verwijzing, verplichte toegang en informatie van de regelgevende instanties), het doelpubliek en de eventuele financiële bijdrage van de arts.

Tenslotte konden alle bestudeerde voorzieningen door een transversale analyse in drie categorieën worden ingedeeld: de voorzieningen met een lage toegangsdrempel, de voorzieningen voor zorgcoördinatie en de voorzieningen voor behandeling. Daarnaast konden de actoren noodzakelijk voor de aanpak van de zieke artsen voorgesteld worden.

7.3 DE ZORG VOOR DE GEZONDHEID VAN DE ARTSEN

7.3.1 Historische context

7.3.1.1 Van de zieke arts...

Historisch gezien werd de behandeling van zieke artsen in verband gebracht met de aanpak voor de ongeschiktheid van de artsen om hun beroep uit te oefenen⁸¹. Deze aanpak was vóór de jaren '70 vooral straffend en ze werd uitsluitend beheerd door regelgevende instanties (de orde van geneesheren of geneeskundecolleges in de Angelsaksische landen). Pas in de loop van de jaren '70 was er sprake van een aanzienlijke medicalisering, dankzij de pioniersrol die de Verenigde Staten speelden⁸².

In 1974 dook het begrip 'zieke arts' op in een document van de Amerikaanse Medische Vereniging (American Medical Association of AMA) met als titel *'The Sick Physician: impairment by psychiatric disorders including alcoholism and drug dependencies'*⁸³. Dit rapport wordt vandaag beschouwd als een doorslaggevend element in de evolutie van de aanpak van zieke artsen, hoewel er eerder al enkele gemedicaliseerde zorgprogramma's bestonden^{81, 82, 84}. De AMA erkent hierin voor het eerst de arbeidsongeschiktheid van artsen en definieert dit als volgt:

- '[an impaired physician] is one unable to fulfill professional or personal responsibilities because of psychiatric illness, alcoholism, or drug dependency.' (een arbeidsongeschikte arts is een arts die niet in staat is om zijn professionele of persoonlijke verplichtingen na te komen vanwege een psychiatrische aandoening, alcoholisme of drugsverslaving)⁸³

De psychiatrische problemen, alcohol- en verslavingsproblemen worden dan omschreven als nieuwe prioriteiten voor therapeutische actie voor de artsen. In datzelfde jaar wordt de Amerikaanse wetgeving gewijzigd om een therapeutisch alternatief voor de disciplinaire maatregelen te bieden en alcoholisme en andere verslavingen te zien als ziektes⁸⁵.

Toen ontstonden de eerste 'Physician Health Programs' in de Verenigde Staten. In minder dan tien jaar, tijdens de jaren die volgden op de oprichtingstekst van de AMA (1974), hebben 51 van de 54 Amerikaanse staten een PHP ontwikkeld. In 1990 werd de Federatie van PHP (FSPHP) opgericht met de steun van de AMA. In 2008 waren 47 lidstaten aangesloten. De Amerikaanse PHP zijn relatief eenvormig⁸¹ en hanteren dezelfde gemeenschappelijke aanbevelingen⁸⁶. De programma's van het type PHP werden ontwikkeld in verschillende landen, zoals Canada (PHP-Ontario, PFSP-Alberta, PAMQ-Québec), het Verenigd Koninkrijk (PHP-Londen), Australië (VDHP) en Spanje (PAIMM).

7.3.1.2 Naar het welzijn van de arts

Eerst kregen de verslavingsproblemen van de artsen (alcohol en andere drugs) een specifieke aanpak in de Verenigde Staten. Daarna volgden gedragsproblemen en psychische gezondheidsproblemen^{87, 88}.

De definitie van de zieke arts heeft echter altijd tot verwarring geleid bij sommige Amerikaanse regelgevende instellingen en zetten hen aan om ziekte ('illness') te associëren met ongeschiktheid ('impairment')⁸⁹. In 2008 verduidelijkte de Amerikaanse Federatie van de PHP de twee begrippen (ziekte en ongeschiktheid) tegenover elkaar: de ziekte kon enkele jaren voorafgaan aan de ongeschiktheid. Dit was bedoeld om de stigmatisering als gevolg van deze verwarring te beperken door te bevestigen dat:

- de meeste artsen die ziek worden (d.w.z. verslaving of depressie), nog in staat zijn om efficiënt te functioneren in de eerste stadia van hun ziekte⁸⁹;
- ze in het stadium van de ziekte moeten worden verwezen naar het PHP.

Vandaag krijgt de arbeidsongeschikte arts nog aandacht, maar de ontwikkeling van programma's om het welzijn van de artsen te verbeteren, wordt noodzakelijk geacht, in naam van de goede werking van het zorgsysteem⁹.

Sinds tien jaar spelen internationale conferenties een belangrijke rol in de verspreiding en de bespreking van deze modellen, vooral tussen de Verenigde Staten en Canada⁸⁴. Dat blijkt duidelijk uit Tabel , waarin de belangrijkste conferenties over deze thematiek worden weergegeven. Ook tal van besprekingen binnen het EQUIP-netwerk (the European Society for Quality in General/Family Practice) en binnen het Europees Forum van artsenverenigingen en de WGO⁹⁰ verdienen hier een vermelding.

Tabel 5. Belangrijkste conferenties over de gezondheid van artsen

Jaar	Titel van de Conferentie	Organisator
1996	First European research conference on physicians 'health	NMA
2001	First European Meeting PAIMM	PAIMM
2004	International Conference on Physician Health: Creating a healthy culture in medicine	CMA
2008	Doctor's health matters: finding the balance	AMA CMA BMA
2009	Première conférence canadienne: Pour des communautés médicales résilientes	CMA
2010	European Association for Physician Health - Barcelona Conference	EAPH

7.3.2 Drie soorten doelgroepen

Van verbetering van het welzijn van de arts tot de aanpak van de zieke arts, de zorgprogramma's voor de gezondheid van de artsen richten zich tegenwoordig op verschillende types van doelpubliek naargelang de ernst van de pathologie⁷⁵:

- de ontevreden artsen ('dissatisfied doctors'): klagen over het systeem en overwegen om uit het vak te stappen;
- de artsen met problemen ('troubled doctors') »⁷⁵: ze vertegenwoordigen een vrij grote groep artsen die sterk te lijden hebben onder stress, zonder dat hen dit belet hun beroep uit te oefenen;
- artsen die arbeidsongeschikt zijn ('impaired doctors'): lijden aan een psychische aandoening en/of een verslaving.

Hun respectievelijke kenmerken worden in detail weergegeven in Tabel .

Tabel 6. Respectievelijke kenmerken van de artsen die gebruik maken van de programma's

	Ontevreden artsen	Artsen met problemen	Arbeidsongeschikte artsen
Bevoegdheid om beroep uit te oefenen	In staat om te functioneren	In staat om te functioneren	Niet in staat om te functioneren
Gezondheid	Geen gezondheidsprobleem	Gezondheidsprobleem	Gezondheidsprobleem
Ernst	Met gevaar voor professionele uitputting	Met gevaar voor ernstige gezondheidsproblemen	Ernstig gezondheidsprobleem (psychiatrisch en/of verslaving)
Behoeften	Sociale steun Hervorming van de praktijk:	Verwijzing Vroege opsporing	Heraanpassing-programma
zorgniveau	gezondheidspromotie	Primaire en/of secundaire preventie	Tertiaire/curatieve preventie
Interventie-vormen	Bevordering van gezonde werkplekken Bevordering van individuele gezondheid Sociale marketing	Opleiding om veerkrachtiger te worden Advies Opleiding op afstand Strategieën voor stressmanagement Processen	Advies en intensief ambulant toezicht Behandeling in ziekenhuizen Medicatie Case management (therapeutisch contract)

7.3.3 Aanpak van burn-out

In de geanalyseerde programma's stellen we vast dat burnout bij huisartsen niet leidt tot een specifiek programma.

Burnout is een thematiek die wordt behandeld zoals andere psychische gezondheidsproblemen;

De aanpak heeft vooral betrekking op artsen in de ruime zin en kan zich uitbreiden tot andere zorgverleners (dierenartsen, verpleegkundigen, apothekers, tandartsen), studenten geneeskunde, echtgenoten en zelfs familie.

7.4 DRIE VORMEN VAN AANPAK VAN DE ARTSEN

Voorzorgen

In tegenstelling tot de PHP, die dankzij hun specifieke karakter (gevallenbeheer of 'case management'), het voordeel hebben dat ze gegevens verstrekken die geanalyseerd kunnen worden in het kader van wetenschappelijke publicaties of evaluaties, is het moeilijk om informatie te vinden over andere programma's voor de behandeling van de gezondheid van artsen⁸⁴. Momenteel vormt enkel Noorwegen een uitzondering, waar tal van wetenschappelijke publicaties op hoog niveau bestaan die specifiek gewijd zijn aan: onderzoek naar de behandeling van burn-out door de Villa Sana waarvan de eerste evaluatie dateert van 2001^{45, 91}; de analyse van epidemiologische gegevens verzameld in het kader van de nationale enquête uit 1993 over de gezondheid van de Noorse artsen, hun werkomstandigheden en hun levenskwaliteit. Niettemin bleek de verzamelde informatie te volstaan om de verschillende geïnventariseerde behandelingswijzen te kunnen vergelijken.

Er konden drie vormen van aanpak voor de artsen worden geïdentificeerd naargelang het interventieniveau⁸⁴ (Tabel 7).

Tabel 7. Drie vormen van aanpak voor artsen

Laagdrempelige voorziening 'Support-doctors scheme'	Telefonisch contact en/of onthaal 7d/7, 24u/24 naargelang de hulpmiddelen van het programma Steun geboden door een netwerk van vrijwillige professionals (artsen, psychologen) die relatief beschikbaar zijn en opgeleid werden om naar de zieke artsen te luisteren en hen advies te geven
Zorgcoördinatie 'Case management'	Beheer van de dossiers en toezicht op/coaching van de artsen die deelnemen aan het behandelingsprogramma, op middellange en zelfs lange termijn
Behandelingsvoorziening 'Doctors' doctors' scheme'	Behandeling gegeven door diensten met professionals die speciaal werden opgeleid om artsen te behandelen (bv. 'psychiaters voor artsen' of 'artsen voor artsen')

7.4.1 Laagdrempelige voorzieningen

De laagdrempelige voorziening past in een proces van een stapsgewijze aanpak, waar ze fungeert als toegangspoort naar het zorgsysteem⁹². Deze voorziening heeft als doel de arts te helpen met het uitdrukken van zijn moeilijkheden en een coherent project uit te bouwen, aangepast aan de noden van de persoon in kwestie. Deze voorzieningen leggen de nadruk op de naleving van de anonimiteit van de aanvrager, op de vertrouwelijkheid van de aanpak en op de steun die ze verlenen aan de artsen in moeilijkheden, die meestal ontevreden zijn over hun situatie of die een crisis doormaken⁸⁴. Binnen deze voorzieningen vinden we verschillende activiteiten terug:

- een activiteit waarbij de artsen gefilterd worden: de telefoongesprekken worden zo goed mogelijk 24u/24, 7d/7 beantwoord en dan gefilterd. De bellers worden naar gelang van de urgentie van hun aanvraag en de ernst van hun geval verwezen naar een adviseur of een consultatie- en behandelingsvoorziening;
- een adviserende activiteit: dit kan gebeuren in verschillende sessies, met de mogelijkheid om dezelfde adviseur te behouden. Het advies kan gegeven worden
 - hetzij door een collega (artsen voor artsen) met een algemene vorming, die op vrijwillige basis werkt;
 - hetzij door een professional door te luisteren en te adviseren;
- activiteiten inzake vorming en bevordering op vlak van gezondheid en welzijn op het werk.

Deze activiteiten kennen een groeiende ontplooiing binnen alle programma's, met inbegrip van de PHP. De programma's streven ernaar om steeds meer informatie te verspreiden om het gebruik van deze voorzieningen te promoten via seminars, conferenties, workshops, publicaties in vakbladen. Daarnaast gaan sommige programma's nog verder en bieden ze bezinning- en opleidingsverblijven aan of opleidingen op afstand.

7.4.1.1 *Verblijf met opleiding/advies*

De PSFSP-Alberta en de Villa Sana in Noorwegen bieden retraitsmogelijkheden, waar opleiding in groep en individueel advies elkaar afwisselen om stress, burnout, gezinsproblemen en relatieproblemen aan te pakken. Deze retraits kunnen een dag, een weekend of een week duren, en ook de partners zijn welkom. Ze kennen een groot succes in Alberta en in Noorwegen. De thema's van de opleidingen lopen sterk uiteen (combinatie van werk en gezinsleven, conflictbeheer, voorbereiding op het pensioen, omgaan met vermoeidheid, bedachtzame meditatie – 'mindfulness meditation', verhoging van de veerkracht). De wetenschappelijke studies op middellange termijn over de efficiëntie van het programma dat Villa Sana aanbiedt, wijzen op een aanzienlijke daling van stress, emotionele uitputting en het aantal weken arbeidsongeschiktheid bij artsen en verpleegkundigen⁴⁵.

7.4.1.2 *Virtuele opleiding*

Een consortium met daarin de Regering van Ontario, de Canadese Medische Vereniging, de Canadese Medische Stichting en de geneeskundige faculteit van de Universiteit van Ottawa heeft zijn eerste virtuele opleidings- en steuncentrum voor artsen ingewijd (www.e-santedesmedecins.com). Zoals vermeld op de homepagina, is de site 'e-santédesmédecins.com' de eerste in zijn soort ter wereld. Hij biedt online een exhaustieve lijst van middelen inzake gezondheid en welzijn van de artsen aan, bedoeld om de artsen en artsen in opleiding te helpen om veerkrachtiger te worden in hun beroeps- en privéleven. Deze site werd opgericht door eminente Canadese experten op het vlak van gezondheid van artsen en e-learning. Ze willen actuele informatie aanbieden op basis van afdoende gegevens, en vernieuwende en gebruiksvriendelijke tools om de arts te helpen om voor zijn gezondheid te zorgen en om steun onder collega's aan te moedigen.

7.4.2 *Voorzieningen voor zorgcoördinatie*

De meeste PHP behoren tot deze categorie. Ook al ontwikkelen ze steeds meer opleidings- en promotieactiviteiten, zoals we ze kunnen terugvinden in de laagdrempelige voorzieningen, blijft zorgcoördinatie toch hun hoofdactiviteit. Persoonlijke problemen en gevoelsproblemen van de artsen worden vaker behandeld, naast problemen in verband met drugs- en alcoholverslaving⁹³. Kenmerkend voor alle voorzieningen voor zorgcoördinatie is dat ze zelf geen behandeling of specifiek advies verlenen, maar de aanvragers verwijzen naar een netwerk van professionals, naargelang de aard van de vastgestelde problemen (zie beschrijving van PHP, in bijlage).

7.4.2.1 *Principe van het therapeutische contract: Compliance in ruil voor immuniteitsgarantie*

De PHP steunen op de invoering van een therapeutisch contract met de zieke arts. Het therapeutische contract bepaalt dat de arts zich ertoe verbindt om het behandelingsprogramma na te leven, in ruil waarvoor hij dan immuniteit geniet ten opzichte van de sancties van de regelgevende instanties. Elke sanctie wordt voorlopig opgeheven en wordt niet toegepast, als de behandeling slaagt (in bijna 80% van de gevallen volgens de studie van McLellan et al.⁹⁴). Om die reden worden deze programma's ook wel 'afleidingsprogramma's (diversion programs)' of 'toevlucht (safe harbor)' genoemd. Dit was enkel mogelijk in het kader van een gezamenlijke regeling (ook interdependentie genoemd⁹⁵), uitgewerkt tussen de beroepsverenigingen en de regelgevende instanties.

7.4.2.2 De aandacht die aan de werkplaatsen wordt besteed

In het kader van de gezonde werkplekken (Healthy Workplaces) -actiemodellen ontwikkeld door de WGO⁹⁶-, werkte de PHP Ontario een nieuw programma uit met als naam 'Programma voor steun aan artsen op hun werkplek' (Physician Workplace Support Program). Dit programma is bedoeld om tegemoet te komen aan de groeiende vraag naar interventie op de werkplekken, waar gedragsproblemen en relationele problemen beheerd moeten worden in teamverband of het voorwerp kunnen vormen van organisatorische interventies.

7.4.3 Behandelingsvoorzieningen

Deze voorzieningen veronderstellen een specifieke knowhow op het vlak van de curatieve behandeling van artsen. Of de diensten nu verleend worden door huisartsen die hiervoor zijn opgeleid, dan wel door specialisten op het vlak van verslavingsproblemen of psychiatrische problemen, het specifieke karakter van de patiënt (die ook arts is) dient steeds als richtsnoer voor de praktijk. Twee aspecten worden vaak genoemd en verdienen bijzondere aandacht^{97, 98}:

- de ontkenning door de zieke arts van zijn eigen gezondheidsproblemen;
- de bijzondere arts-patiëntrelatie.

In het kader van zijn vorming/gezondheidspromotieactiviteiten gaf het PFSP Alberta een checklist uit bedoeld voor artsen die andere artsen behandelen om hen een volledige en systematische aanpak te helpen verzekeren (beschikbaar op de site www.albertadoctors.org).

Tabel 3. Synthese van de drie interventietypes

Type hoofdactiviteit	Laagdrempelige voorziening	Zorgcoördinatie	Behandelingsvoorziening
<i>Middelen</i>	Professional of vrijwilliger	Professional	Professional (artsen voor artsen; specialisten voor artsen)
<i>Duurzaamheid</i>	Ja (als geen netwerk van vrijwilligers)	Ja	Ja
<i>Regelgeving</i>	Onafhankelijk	Gezamenlijke regelgeving	Onafhankelijk
<i>Vertrouwelijkheid</i>	Volledig	Beperkt (volledig in PAMQ)	Volledig
<i>Populatie</i>	Ontevreden artsen; artsen met problemen	Artsen die arbeidsongeschikt zijn	Artsen met problemen; artsen die arbeidsongeschikt zijn
<i>Deelname</i>	Vrijwillig	Contract (vrijwillig in PAMQ)	Vrijwillig
<i>Programma's</i>	PFSP Alberta; Villa Sana; REMED; BMA doctors for doctors; ISP Cardiff	PHP-Ontario; PHP-Victoria; PHP-London; PAIMM-Catalogne; PAMQ-Québec;	Franse PSYA; Ierse HIPP;

7.5 TWEE ONMISBARE ACTOREN

7.5.1 Het medische beroep

Of het nu gaat om PHP of andere geanalyseerde voorzieningen voor de aanpak, de rol van de medische beroepsverenigingen blijkt erg belangrijk te zijn in de verdere uitwerking van de bestaande programma's (9). Bijvoorbeeld:

- in Zwitserland heeft de Loi sur les Professions Médicales (LPMED - De wet op de Medische Beroepen) van 23 juni 2006 het belang van de Fédération des Médecins suisses (FMH) (nationale medische vereniging) opgewaardeerd. Dit geeft haar de mogelijkheid om te ijveren voor de verbetering van de artsenopleiding en om de pilootprogramma's voor de aanpak van de belangrijkste problemen van het beroep te steunen.
- in Noorwegen ontwikkelde de Noorse Medische Vereniging op nationaal niveau een atypische voorziening voor de behandeling van de gezondheid van artsen in de primaire en secundaire preventiesector. Atypisch omdat ze een verblijf met opleiding en advies omvat, eventueel samen met de partner, in Villa Sana.

Tabel 9. Identificatie van de medische verenigingen die bijdroegen tot de ontwikkeling van programma's voor voor de aanpak van zieke artsen

Land	Medische beroepsvereniging	Programma
VK	British Medical Association	Doctors for doctors
ZW	Fédération des médecins suisses	Remed
NW	Noorse Medische Vereniging	Villa Sana
CA	Ontario Medical Association	PHP-Ontario
CA	Alberta Medical Association	PHP-Alberta
CA	AMLFC, FMOQ, FMSQ	PAMQ-Québec
AU	Australian Medical Association Victoria	VDHP-Victoria

Aan de oorsprong van verschillende preventie/behandelingsprogramma's:

- organiseren deze verenigingen internationale conferenties;
- stellen ze een deel van hun middelen ter beschikking van programma's (in de vorm van een hosting op hun website, logo's op de documenten);
- stellen ze nationale strategieën op (zie de zeer recente '[strategie inzake mentale gezondheid voor artsen in Canada](#)' opgesteld door de Canadese Medische Vereniging)⁹⁹.

7.5.2 Medische regelgevende instanties

De relaties tussen de medische regelgevende instanties en de programma's kunnen op verschillende manieren worden omschreven, naargelang het land. Er worden drie soorten relaties geïdentificeerd: de afstandelijke relatie, de mederegelgeving, de autonome investering.

7.5.2.1 De afstandelijke relatie

Over het algemeen zien we dat er een afstand blijft bestaan tussen de regelgevende instellingen en de ingevoerde preventie/behandelingsprogramma's. Hun relaties waren vroeger gebaseerd op wederzijds wantrouwen, maar lijken te evolueren naar een intentieakkoord zonder verplichting tot tenuitvoerlegging ('gentleman agreement') omdat de regelgevende autoriteiten meer rekening houden met de zieke artsen. Deze akkoorden blijven echter nog broos¹⁰⁰.

Dit soort relatie speelt vooral op regionaal niveau en is niet voor eeuwig en altijd vastgelegd. Bij wijze van illustratie merken we op dat:

- in Canada het PFSP-Alberta verklaart dat zijn populariteit deels te danken is aan zijn onafhankelijkheid ten opzichte van de Medische Orde¹⁰¹;

- in Canada PAMQ-Québec een volledige onafhankelijkheid verkreeg ten opzichte van het Artsencollege van Québec, waardoor het de zieke artsen kan verzekeren dat de behandeling en de resultaten vertrouwelijk blijven¹⁰²;
- in Canada het PHP-Ontario betere relaties ontwikkelde met het College van Artsen en Chirurgen (College of Physicians and Surgeons of Ontario - CPSO) sinds verpleegkundigen en sociale assistenten bij de medische ploeg gevoegd zijn, die de zieke artsen verzorgt¹⁰³.

In de meeste landen zijn de Ordes of Colleges op zijn minst begonnen met na te denken over de problematiek van de aanpak van zieke artsen.

- In Frankrijk is het lijden op het werk van huisartsen besproken op conferenties van de Orde op regionaal en nationaal niveau, wat tot oriëntatienota's voor een betere aanpak van de zieke arts leidt¹⁰⁴;
- In Canada publiceerde het Koninklijk College van Artsen en Chirurgen van Canada een CANMEDS gids bedoeld voor artsen. Het doel ervan is te bepalen welke rol verwacht wordt van de artsen met betrekking tot de aanpak van hun eigen gezondheid¹⁰⁵.

7.5.2.2 Mederegelgeving

In bepaalde regio's zien we dat de regelgevende autoriteiten meer investeren in de ontwikkeling van een preventie/behandelingsprogramma op de wijze van mederegelgeving. Deze regelgevende instanties werken samen met de medische beroepsverenigingen om een veilige ruimte te handhaven ('safe harbor'):

- in Spanje is de Orde der Geneesheren van Barcelona medeoprichter van het PAIMM;
- in Australië is de Raad van Huisartsen van Victoria (Medical Practitioners Board of Victoria) medeoprichter van het VDHP.

7.5.2.3 Autonome investering

Veel zeldzamer is het geval waar een regelgevende instantie alleen het initiatief neemt om een programma te ontwikkelen. Dat is het geval in Ierland, waar het Ierse College van Huisartsen (Irish College of General Practitioners) het HIPP ontwikkelde¹⁰⁶.

7.6 EEN REFERENTIEPROGRAMMA VOOR DE THERAPEUTISCHE AANPAK: PHP

Een interessante vaststelling is dat de meeste geanalyseerde programma's

- vooral gespecialiseerd zijn in een van de drie behandelingsniveaus, maar tevens activiteiten ontwikkelen in de twee andere;
- actief zijn op schaal van een min of meer beperkt grondgebied (een kanton, een regio, een staat);
- zich nog in de pilootfase bevinden of minder dan tien jaar bestaan, behalve de PHP van Ontario en Québec.
- voor de helft afhangen van Physician Health Programs.

De Physician Health Programs zijn de oudere programma's voor aanpak van gezondheidsproblemen bij artsen. Ze worden bekritiseerd dan wel overgenomen (vaak onder aangepaste vorm), naargelang het antwoord dat de initiatiefnemers van nieuwe programma's willen bieden op soms tegenstrijdige aspecten⁸⁸:

- vertrouwelijkheid vs. bescherming van het publiek;
- concept van ziekte vs. ongeschiktheid;
- behandeling van de arts vs. disciplinaire maatregel.

7.6.1 Doelstellingen van PHP

Deze programma's zijn ontstaan in de Verenigde Staten als gevolg van een verhoogde bezorgdheid om de gezondheid van de artsen en ze streven een dubbel doel na:

- artsen met problemen helpen;
- de patiënten beschermen tegen artsen die niet in staat zouden zijn om hun beroep adequaat uit te oefenen⁸⁴.

De PHP hebben niet tot doel om een behandeling aan te bieden, maar wel om deze behandeling te coördineren tijdens het hele proces door ervoor te zorgen dat de arts-patiënt meewerkt¹⁰⁷:

1. opsporing van problemen;
2. evaluatie;
3. verwijzing voor specifieke behandelingen (onthouding...);
4. langdurig toezicht ('monitoring');
5. verslag over de resultaten van de behandeling bij de regelgevende instellingen.

Volgens een recente studie bij 49 Amerikaanse PHP¹⁰⁷ ziet de huidige verdeling van de problemen rond aanpak er als volgt uit:

- de verslavingen worden niet meer als een exclusieve aanpak beschouwd (betreft slechts 12% van de PHP);
- de psychische aandoeningen worden behandeld door 85% van de PHP;
- de lichamelijke aandoeningen worden ook behandeld door 62% van de PHP.

De belangrijkste doelgroepen voor de aanpak zijn:

- enkel artsen (in 36% van de PHP);
- ook tandartsen;
- ook dierenartsen;
- ook apothekers.

7.6.2 Belangrijkste bronnen van verwijzing

Er konden vier hoofdbronnen van verwijzing worden geïdentificeerd. Al werd slechts 31% van de patiënten formeel onder dwang verwezen naar PHP, meer dan waarschijnlijk stonden ze allemaal onder druk van hun collega's of hun familie¹⁰⁸.

1. spontane aangifte (26%);
2. collega's (20%);
3. regelgevend orgaan van de Staat (21%);
4. medische directie van een ziekenhuis (14%).

7.6.3 Budget en betrokken personeel

In elk van de PHP worden gemiddeld 5 werknemers geteld, verspreid over directiefuncties, secretariaat, administratie, adviseurs en coördinatoren ('case managers').

Het gemiddelde jaarbudget bedraagt \$ 538 000 en varieert tussen \$ 21 250 en \$ 1.5 miljoen. De financieringsbronnen zijn de volgende¹⁰⁷:

- regelgevende instellingen (50%);
- bijdrage van de deelnemers (16%). De helft van de PHP vraagt geen enkele bijdrage van de zieke artsen;
- medische vereniging van de Staat (10%);
- bijdragen van de ziekenhuizen (9%);
- andere (9%).

De behandelingen zelf en de laboratoriumtests voor de opvolging van de verslavingen zijn ten laste van de zieke artsen (en hun verzekeringen).

7.6.4 Evaluatie

De PHP zijn nagenoeg de enige programma's die herhaaldelijk werden geëvalueerd⁸⁴. Helaas hebben de meeste studies enkel betrekking op een bepaald PHP, zodat er geen vergelijking mogelijk is¹⁰⁷.

In een recente studie bij een sample van 16 Amerikaanse PHP wordt aangetoond dat het slaagpercentage bij de behandeling van verslavingen na 5 jaar bijna 75% bedraagt⁹⁴. Gelijkaardige resultaten werden vastgesteld bij de Canadese PHP¹⁰⁹.

Momenteel is er geen enkele vergelijkbare studie voorhanden die de behandeling van psychische gezondheidsproblemen binnen PHP evalueert, ook al is er een overvloed aan anekdotische klinische informatie⁹⁹.

7.6.5 Lokale aanpassingen van het model

Vooraf in de landen van de Commonwealth werd het Amerikaanse model van de PHP overgenomen en later aangepast aan de lokale situaties. Uitzondering is Spanje, dat zich al zeer vroeg achter de beweging schart^{80,97}.

7.6.5.1 In Canada

Alle provincies van het land hebben vertrouwelijke artsenhulpprogramma's. Ze krijgen de steun van de Association Médicale Canadienne (AMC) en staan ten dienste van ongeveer 1.500 artsen per jaar. We onderscheiden drie fundamentele modellen⁹³:

1. comités van vrijwilligers die hulp bieden door gelijken (Saskatchewan, Nouveau-Brunswick, Ile-du-Prince-Edouard);
2. geïntegreerde programma's met professioneel personeel die een hele waaier aan diensten aanbieden aan artsen, toekomstige artsen en hun gezinsleden in functie van de beschikbare communautaire middelen (British Columbia, Manitoba, Ontario, Québec, New Scotland, Newfoundland en Labrador);
3. geïntegreerde programma's met professioneel personeel op basis van een hulpprogrammamodel voor werknemers die een beroep kunnen doen op het advies van professionals en andere hulpmiddelen (Alberta en Yukon).

In ons rapport hebben we specifiek een beschrijving gegeven van:

- het Artsenhulpprogramma van Québec: het is uniek in zijn soort in Canada omdat het de steun heeft gekregen van talrijke medische verenigingen en op een beleid van strikte vertrouwelijkheid stoelt; er wordt helemaal geen informatie doorgegeven aan derden, tenzij met specifieke toelating van de betrokken arts, resident(e) of student(e);
- het Programma voor Steun aan Artsen en hun Familie (Physician and Family Support Program) van de provincie Alberta: is vooral gericht op stress en familiale problemen en is erg populair bij de artsen van de provincie en hun gezinsleden die er gebruik van maken⁹³;
- het PHP van de provincie Ontario dat aan case management doet op de Amerikaanse manier (therapeutisch contract gericht op de verslavingsproblemen), maar met een nieuw behandelingsluik om dezelfde diensten aan te bieden aan artsen met psychiatrische problemen⁹³.

Vertrouwelijkheid	PAMQ-Québec
Stress en gezin	PFSP-Alberta
Psychiatrisch luik	PHP-Ontario

Er werd momenteel geen vergelijkende evaluatie van deze programma's uitgevoerd, omdat gemeenschappelijke indicatoren ontbreken¹¹⁰. Toch kon een beschrijvende prospectieve studie worden uitgevoerd over het PHP van Ontario, over zijn luik verslaving, waarin aangetoond wordt dat 85% van de artsen die aan het programma deelnemen het met succes volgden¹⁰⁹.

7.6.5.2 *In Australië*

Begin jaren 2000 was het dienstenaanbod in Australië zeer beperkt. De middelen die werden toegekend aan de 'adviesdiensten voor de gezondheid van artsen (doctors' health advisory services)' die in de meeste Staten bestonden, waren relatief karig en deze diensten werkten vaak dankzij een netwerk van vrijwillige artsen⁷⁵. Daarbij komt nog de situatie die door het Koninklijk Australisch College van Huisartsen (Royal Australian College of General Practitioners) werd omschreven als een 'samenzwering van de stilte' die de zieke arts omringt en de opsporing van risicoartsen bemoeilijkt¹¹¹.

In 2001 werd het Gezondheidsprogramma voor Artsen van de Staat Victoria (Victorian Doctors' Health Program) opgestart op basis van het Amerikaanse model om een duurzamere oplossing te bieden voor de gezondheidsproblemen van de Australische artsen⁷⁵. Dit programma werd ontworpen om beter te beantwoorden aan de culturele specifieke eigenschappen van Australië, met name op het vlak van de behandeling van drugsverslaafden.

Terwijl in Noord-Amerika de behandeling meestal gebaseerd is op volledige onthouding van elke verslaving (ook tabak), is de definitie van onthouding minder exclusief in Australië, wat een vermindering van het verbruik mogelijk maakt¹¹².

7.6.5.3 *In Spanje*

Catalonië is de eerste Europese regio waar de beweging van de Amerikaanse PHP werd gevolgd met de oprichting van het Programma voor Integrale Hulp aan Zieke Artsen (PAIMM). In tegenstelling tot het Noord-Amerikaanse model, waar de regelgevende instellingen en/of beroepsverenigingen betrokken zijn bij de oprichting van het programma, is het PAIMM ontstaan uit een alliantie tussen de Orde van Geneesheren, medische verenigingen en regionale autoriteiten.

Het programma werd opgestart in 1998 en ingevoerd in 2001. De filosofie ervan is dat het niet bestraffend wil zijn. Spontane aangiftes worden aangemoedigd door de volkomen vertrouwelijke behandeling waarop dergelijke aangiftes recht geven.

7.6.5.4 *In Groot-Brittannië*

In tegenstelling tot Australië kampte Londen met een overaanbod van diensten, wat in 2008 tot het voorstel leidde om een piloot-PHP in te voeren¹¹³. Sinds de jaren '80 werden meer dan twaalf adviesdiensten (grotendeels lokaal) opgericht, die

- hetzij professioneel werden opgevat (bijvoorbeeld de Nationale Adviesdienst voor Zieke Artsen - National Counselling Service for Sick Doctors);
- hetzij gebaseerd waren op vrijwilligers (bijvoorbeeld de Britse Artsen- en Tandartsengroep - the British Doctors and Dentists Group; Het Zieke Artsen Cartel - the Sick Doctors' Trust; Het Steunnetwerk voor Artsen - the Doctors' Support Network).

De aansluiting ervan op het bestaande gezondheidssysteem verloopt echter niet zonder problemen. Het beleid van de NHS om verwijzing op lokaal niveau te bevorderen, veronderstelt bijvoorbeeld dat de arts zich laat verzorgen door een collega uit zijn gemeente^{97, 100}.

Bovendien hebben opeenvolgende strafzaken de geloofwaardigheid van het NHS aangetast. Zo was er het schandaal met de bejaarde patiënten die vermoedelijk werden vermoord door Dr. Shipman. Deze Britse arts werd in het begin van zijn carrière veroordeeld wegens frauduleus gebruik van geneesmiddelen, maar mocht van de Algemene Raad voor Geneesheren toch zijn beroep blijven uitoefenen. Dan was er het schandaal met de hartpatiëntbaby's van de Koninklijke Infirmierie van Bristol (met een zeer hoog sterftecijfer tijdens de interventies).

Ook de manier waarop artsen geregeld wordendoor hun eigen beroepsorganisatie werd in vraag gesteld, wat doet vermoeden dat het bestaande systeem het niet mogelijk maakte om artsen met problemen op te sporen en efficiënt te behandelen.

De recente oprichting van PHP-London was een reactie op de wil van de Gezondheidsafdeling om het gezondheidssysteem te versterken dankzij meer veiligheid voor de patiënten en betere prestaties in hoofde van de artsen^{97, 114}.

7.7 DISCUSSIE

Tot slot brengt in elk onderzocht land de invoering van programma's die verschillende interventievormen aanbieden, een versnippering van de behandeling met zich mee, wat een denkproces en formulering *a posteriori* van nationale strategieën vereist die niet in de lokale specifieke eigenschappen passen en die de verschillende initiatieven omvatten (Tabel 10).

De strategie voor psychische gezondheid van de artsen van Canada, gepubliceerd in 2010, illustreert concreet dat dit opnieuw in perspectief moet worden geplaatst (zie Figure 3). Ze vertegenwoordigt meer bepaald het continuüm waarin de bestaande interventies opgelijst staan zodat ze beter in elkaar zouden kunnen passen (Canada, 2010). Deze interventies gaan van gezondheidspromotie (bestaande uit de systemische problemen en de kwaliteit van de werkomgeving), de primaire preventie (bestaande uit de mogelijke risico's van opgedoken problemen op individueel niveau), de secundaire preventie (bestaande uit vroegtijdige opsporing van bestaande problemen en interventie) tot de curatieve behandeling (behandeling van bestaande problemen) tot de opvolging (stabilisatie van de toestand van de persoon, onthouding van gebruik van verslavende middelen, herintegratie in het professioneel leven...).

Ze vormt een van de elementen van een globalere strategie die bedoeld is om de Canadese medische cultuur te laten evolueren¹¹⁵.

Tabel 10. Kenmerken van de voorzieningen voor de aanpak van artsen met problemen

		Frankrijk	Zwitserland	Québec	Australië	Spanje	Noorwegen	Ierland	VK (PHP)	VK (het WIV)	VK (Doctors for doctors)	Canada (Alberta PFSP)	Canada (Ontario PHP)
niveau van aanpak	Promotief		x	x		x		x				x	x
	Preventief		x	x		x	x	x				x	x
	Curatief	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x
wijze van aanpak	Consultatie + verwijzing naar specialisten in de materie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	One Day					x	x			x			
	Verblijf				x	x	x						
filosofie van de aanpak	Vrije toegang en vrije terugtrekking	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x
	Verwijzing door een externe persoon		x	x	x	x				x	x	x	
	Aangepakt door een klachtverslag			x		x				x		x	
	Inlichting van de regelgevende instanties indien het therapeutische plan niet wordt gevolgd		x		x	x			x			x	
	Aanpak beperkt in de tijd	x						x		x			x
Doelpubliek	Artsen / studenten geneeskunde	x	x		x	x			x	x	x	x	x
	Artsen + familie			x			x	x					x
	Andere professionals	x				x	x					x	
Financiële bijdrage van de arts			x					?	?	?	x	x	x

8 DE BELGISCHE INTERVENTIES VOOR DE AANPAK VAN BURN-OUT BIJ HUISARTSEN

8.1 DOEL VAN DE BESCHRIJVING VAN DE INTERVENTIES IN BELGIË

Het doel van dit hoofdstuk is:

- het bestuderen van de bestaande Belgische interventies voor de behandeling van burnout bij huisartsen,
- de aandacht vestigen op hun specifieke kenmerken,
- ze onderling vergelijken en ze vergelijken met de buitenlandse interventieprogramma's.

8.2 METHODOLOGIE VAN DE BESCHRIJVING VAN DE INTERVENTIES IN BELGIË

8.2.1 Selectie van de interventies

Een eerste inventaris van de Belgische situatie werd uitgewerkt op basis van een analyse van de Werkgroep over de gezondheid van de arts binnen de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (NRKP)¹¹⁷. Dankzij dit werk konden we een tiental deskundigen en stakeholders die actief zijn in het domein van de behandeling van burnout bij huisartsen identificeren. Het merendeel van deze deskundigen en stakeholders werd uitgenodigd op de werkvergaderingen van het KCE. Vier van hen konden niet aanwezig zijn maar werden later geïnterviewd.

Tijdens deze vergaderingen of interviews wezen de deskundigen en de belanghebbenden ons op een twaalftal interventies en andere mogelijke aanpakken die momenteel in België bestaan, evenals op een reeks andere betrokken actoren. Door een vergelijking met de lijst van interventies die werd geïdentificeerd in de geraadpleegde databanken konden we de zes meest specifieke interventies voor de aanpak van burnout bij huisartsen identificeren: het instituut voor opleiding en therapie voor zorgverleners, de opleiding voor coaching van burnout door huisartsen, het Institut Européen pour l'intervention et la recherche sur le burnout en drie stressklinieken (CHU Brugmann, Clinique Antoine Depage en CITES).

8.2.2 Geraadpleegde informatiebronnen

De werken van Suzanne Peters en Patrick Mesters (Institut européen d'intervention et de recherche sur le burnout)¹¹⁸ en van Michel Delbrouck (Institut de formation et de Thérapie pour soignants)¹¹⁹ leverden een lijst op van adressen en websites van interveniërende partijen in België. Voor elk van de zes interventies werden de beschrijvende gegevens van hun website gehaald en aangevuld na contact met de verantwoordelijken. De Belgische medische pers voor huisartsen werd eveneens geraadpleegd.

8.2.3 Analyse

Voor de beschrijving van elke interventie gebruikten we een gelijkaardig stramien als dat van de internationale vergelijking: implementeren van een voorziening, onderliggende filosofie, betrokken populatie, ondersteunende structuur, financiering, toetredings- en uitsluitingsmodaliteiten van de artsen, organisatie van de aanpak. Een transversale analyse werd uitgevoerd waarbij deze zes interventies werden vergeleken in functie van de voor hen kenmerkende criteria voor specificiteit (figuur 4).

Elke interventie werd vervolgens geplaatst binnen het stramien van de drie grote types interventies vastgesteld bij de internationale vergelijking: de voorzieningen met een lage toegangsdrempel, de voorzieningen voor zorgcoördinatie en de voorzieningen voor behandeling (zie tabel 11). Deze tabel werd aangevuld door integratie van de minder specifieke interventies. Zij werden geïdentificeerd door de deskundigen in het domein van opleidingen, hulpgroepen, ondersteunende groepen en behandeling van verslavingen.

Tijdens een vergadering van deskundigen en stakeholders werd feed-back gegeven over deze analyse.

8.3 STAND VAN ZAKEN VAN DE HUIDIGE BELGISCHE SITUATIE

8.3.1 Een gebrek aan gegevens

De omvang van het burnout fenomeen bij huisartsen in België is niet gekend, echter in Zwitserland¹²⁰, Noorwegen⁸⁴ en Canada¹¹⁵ werden nationale onderzoeken inzake de gezondheid van artsen uitgevoerd. In de gespecialiseerde pers worden slechts drie bronnen regelmatig genoemd:

- een onderzoek over Vlaamse artsen in 1996¹²¹ ;
- een opiniepeiling uitgevoerd door de Artsenkrant/le Journal du Médecin in 2001
- en de data die verzameld zijn bij Amonis (private verzekeringsmaatschappij voor zorgverleners)¹²².

Op basis van de resultaten van de onderzoeken die in het buitenland werden uitgevoerd, werd deze drie informatiebronnen aangewend om te bevestigen dat burnout een fenomeen is dat in het beroep zeer veel voorkomt¹¹⁷.

8.3.2 Een gebrek aan structuur

Deze bevestiging is een steeds terugkerend thema geworden in de Belgische gespecialiseerde pers: er bestaat geen programma voor de aanpak van de gezondheid bij artsen in België¹²³⁻¹²⁶. Journalisten (2 Franstaligen en 2 Nederlandstaligen) hebben in dit verband in de pers de evolutie van de bespreking in de Werkgroep over de gezondheid van de arts van de Nationale Raad voor KwaliteitsPromotie (NRKP) weergegeven. De deelnemers aan deze werkgroep hebben inderdaad in een rapport dat aan het RIZIV werd overgemaakt op 22 januari 2008 gewag gemaakt van "de afwezigheid van een structuur tot dewelke een lijdende arts zich kan wenden" en hebben gepleit voor "een hulpstructuur voor artsen en hun familie"¹¹⁷. Dit rapport verwees naar talrijke programma's die in het buitenland bestaan en preciseert de doelstellingen van de eventueel in te stellen structuur¹¹⁷:

- De arts waarmee het goed gaat helpen en hem in goede gezondheid houden;
- Artsen in problemen zorg en ondersteuning bieden, ook aan de familie, door hen op een welwillende, confidentiële, respectvolle manier te benaderen zonder hen te veroordelen;
- Artsen te helpen bij hun integratie of herintegratie in het beroepsleven.
- De opleiding en de supervisie van Huisartsen voor Huisartsen (GP for GP) te verzekeren.

8.3.3 Een gebrek aan specificiteit

We stellen vast dat het voorstel van de Werkgroep over de gezondheid van de arts van de NRKP zich grotendeels baseert op de vaststelling dat er hulpstructuren in België bestaan maar dat ze niet specifiek werden gecreëerd voor de artsen.

8.4 ANALYSE VAN DE BESTAANDE INITIATIEVEN

Onze beschrijving van de bestaande initiatieven in België bevestigt duidelijk het gebrek aan structuur en het gebrek aan specificiteit van de bestaande structuren.

8.4.1 Specificiteit van de bestaande structuren

Wij hebben zes initiatieven voor de verzorging van burnout in België geteld, zonder dat wij echter willen beweren dat dit de volledige opsomming is. Ze werden geïdentificeerd tijdens bijeenkomsten van belanghebbenden en deskundigen en ook tijdens interviews met bepaalde verantwoordelijken van deze interventies.

Het betreft hier :

- l'institut de formation et de thérapie pour soignants (IFTS);
- opleiding tot coachingⁱ bij burnout door huisartsen ;
- *Het European Institute for Intervention and Research on Burn Out*;
- drie stressklinieken (UZ Brugmann, Clinique Antoine Depage en CITES).

Elk van deze programma's werd vergeleken met de andere in functie van de voor hen kenmerkende criteria van specificiteit op gebied van:

- specificiteit van het doelpubliek:
 - programma bestemd voor huisartsen;
 - programma bestemd voor zorgverleners;
 - programma bestemd voor iedereen;
- specificiteit van de interventie:
 - interventie bij burnout;
 - interventie bij problemen van geestelijke gezondheidszorg (waaronder die gekoppeld aan stress);
 - interventie bij lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen;
- specificiteit van de niveaus van aanpak :
 - promotioneel niveau: collectieve programma's voor informatie of vorming inzake burnout;
 - preventief niveau: individuele of groepsprogramma's voor opsporing of preventie van burnout en begeleiding van personen met burnout (waarbij de begeleiding geen vorm van psychotherapie is);
 - curatief niveau: (psycho-)therapeutische activiteiten vanaf de burnout tot aan de genezing.

8.4.2 Vergelijking van de bestaande structuren

De voorstelling van deze programma's op een radargrafiek is bedoeld om vergelijking te vergemakkelijken (zie figuur 4).

ⁱ « Coaching is een begeleiding die de cliënt moet helpen zijn competenties te ontwikkelen en zijn eigen antwoorden en oplossingen te vinden op professionele problemen. Dit alles gebeurt in een perspectief van duurzame ontwikkeling en langdurige doeltreffendheid.» (Peters & Mesters, p235)¹⁸

8.4.2.1 De centrale driehoek

Hij vertegenwoordigt de meest gespecialiseerde interventie, die:

- een specifiek antwoord biedt door tussen te komen op een enkel zorgniveau (promotioneel, preventief of curatief),
- zich specifiek richt op burnout,
- en uitsluitend betrekking heeft op huisartsen.

Momenteel bestaat er geen enkel programma van dit type in België. Het initiatief dat dit het dichtst benadert is het initiatief dat **Vorming of coaching van burnout door huisartsen** voorstelt (Dr. Boydens en Humanlink). Dit stelt opleidingen voor evenals preventieve activiteiten (intervisiegroepen), maar omvat geen therapeutische activiteit. Begeleiding van personen met burnout is op zich niet voorzien. Het gaat meer over het opleiden van huisartsen om op te treden als coach van hun patiënten met burnout.

8.4.2.2 De mediaan driehoek

Dit stelt een programma voor dat op twee niveaus van aanpak ingrijpt, en dat zich bezighoudt met de geestelijke gezondheidsproblemen van de zorgverleners in het algemeen. Er is in België tot op heden hierover nog niets gedaan. Het programma dat dit het dichtst benadert is dat van het Institut de formation et de thérapie pour soignants (IFTS), hoewel de naam niet goed de drie zorgniveaus aangeeft die door de activiteiten worden gedekt (promotioneel, preventief of curatief). Onderwerp van de aanpak in dit programma zijn vooral de moeilijkheden die samenhangen met de relatie verzorgende/verzorgde.

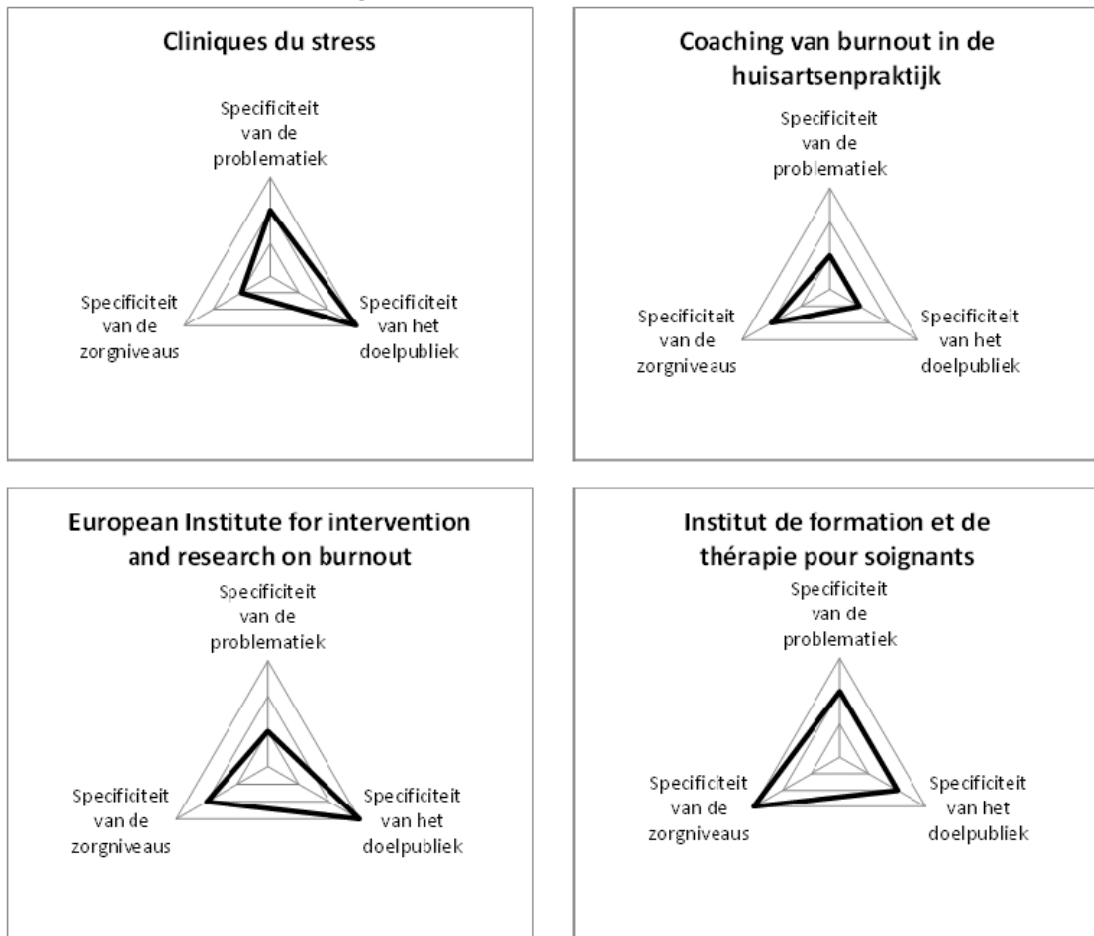
Het *European Institute for Intervention and Research on Burn Out* doet vooral aan promotie en preventie (aangezien coaching geen therapie is). Dit programma concentreert zich op burnout maar is niet specifiek bedoeld voor gezondheidszorgverleners of artsen zelfs al worden aan deze laatste opleidingen aangeboden over het thema van burnout.

Wat de stressklinieken betreft, zij handelen uitsluitend op het curatieve niveau door aan iedereen verschillende (psycho-)therapeutische oplossingen aan te bieden. Burnout wordt hier behandeld als een bijverschijnsel van pathologisch geworden stress.

8.4.2.3 De buitenste driehoek

Dit vertegenwoordigt een programma dat een globaal antwoord biedt (met interventie op drie niveaus van aanpak), dat betrekking heeft op de lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg en dat zich tot een groot publiek richt. De arbeidsgeneeskunde lijkt hier het meest op. Zijn actie is echter momenteel beperkt tot de bescherming tegen en preventie van arbeidsgerelateerde pathologieën (lichamelijk en mentaal). De onafhankelijke huisarts kan momenteel niet genieten van deze dienst die bestemd is voor werknemers (zie hoofdstuk andere mogelijke zorg).

Figuur 4. Specificiteiten van de programma's voor de aanpak van burnout bij huisartsen in België



Als besluit zien we dat de bestaande programma's verschillen in:

1. de specificiteit van het doelpubliek: de bestaande interventies zijn bestemd voor een breed publiek en zelden specifiek voor artsen of huisartsen;
2. de specificiteit van de interventie: ze zijn zelden gericht op burnout maar eerder op de geestelijke gezondheidszorg en voornamelijk op stress;
3. de specificiteit van de niveaus van aanpak: bestaande interventies bieden een of twee niveau's van aanpak en uitzonderlijk een globaal antwoord (gelijktijdige aanpak van problemen voortvloeiend uit de relatie verzorgende/verzorgde).

8.4.3 Vergelijking van de bestaande structuren met de internationale programma's voor artsen

Internationale programma's voor artsen :

- zijn min of meer gericht op een specifiek doelpubliek: de huisartsen of de gezondheidszorgverleners, maar nooit op het grote publiek;
- combineren een of ander niveau van aanpak (promotioneel, preventief en/of curatief);
- zijn nooit specifiek gericht op burnout, maar wel op geestelijke gezondheid en/of op lichamelijke gezondheid: het management van de problematiek gekoppeld aan verslaving is veel frequenter dan die van de problematiek gekoppeld aan stress.

Deze internationale ervaringen worden onderverdeeld in drie grote interventietypes:

- Laagdrempelige voorzieningen;
- Voorzieningen voor zorgcoördinatie;
- Voorzieningen voor behandeling.

Het is interessant om de 6 Belgische initiatieven te plaatsen binnen de door de deskundigen en stakeholders geïdentificeerde interventies, op basis van deze classificatie (zie tabel 11).

8.4.3.1 *De laagdrempelige voorzieningen;*

Permanentie van opvang en raadpleging 7d/7-24u/24

Dit is kenmerkend voor een groot aantal laagdrempelige voorzieningen die werden opgemerkt in andere landen, maar die geen equivalent hebben in België. De huidige structuren voorzien dit soort service niet. De recente aankondiging – via de pers door de verantwoordelijke van de **Werkgroep huisartsen van de NRKP** – van de creatie van een hulplijn “SOS dokter” bevestigt het gebrek hieraan¹²⁶.

Vormingen

Ze worden aangeboden in de vorm van korte voorstellingen (in GLEM/LOK) van gerichte studiedagen of steeds terugkerende opleidingssessies in een jaar (met verplichte aanwezigheid). Sommige cursussen worden aan de universiteit gegeven.

Zelfhulpgroepen

Zelfhulpgroepen (die gedefinieerd kunnen worden als groepen waarin wederzijds ondersteuning wordt verleend, grotendeels vrijwillig, min of meer gestructureerd, van personen die gemeenschappelijke psychologische of sociale problemen hebben¹²⁷) op zich werden niet aangetroffen.

Steungroepen

Steun- of praatgroepen die worden geleid door professionelen die hiervoor worden betaald¹²⁷, worden echter ontwikkeld in het verlengde van deze opleidingen. Burnout kan ook preventief worden aangepakt in praatgroepen die tot doel hebben de relatie verzorgende/verzorger in de meest ruime betekenis te verbeteren, door zich te inspireren op de concepten en methodologie van Dr. Michaël Balint ([Société Balint Belge](#)). Deze groepen zijn bestemd voor alle zorgverleners en die houden zich niet specifiek met de behandeling van burnout bezig.

8.4.3.2 *Voorzieningen voor zorgcoördinatie;*

De vorming tot coach bij burnout door huisartsen beoogt de oprichting van een netwerk van huisartsen die als coaches kunnen optreden maar ook als zorgcoördinatoren¹²⁸. Wat dat betreft worden huisartsen opgeleid die de taken van zorgcoördinator vervullen die erg vergelijkbaar zijn met die in de Physician Health Programs. Door te bevestigen dat de huisarts geen therapeut kan zijn (rol weggelegd voor psychologen), maar wel begeleider van een therapeutisch proces (of coach) herdefinieert deze vorming de rol van de huisarts in een functie die dicht aanleunt bij "case management".

8.4.3.3 *Voorzieningen voor behandeling.*

Burnout wordt voornamelijk behandeld tijdens opname in psychiatrische ziekenhuisafdelingen die de stressgerelateerde problematiek behandelen. De diagnose, individuele en/of groepsopvolging zijn diensten die gewoonlijk worden aangeboden aan patiënten die al in burnout zijn. Het **Centre de gestion de l'anxiété et du stress de la clinique Antoine Depage** in Brussel, evenals het **Centre d'Information, de Thérapeutiques et d'Etudes sur le Stress (CITES)** in Luik, biedt een aanpak aan die vergelijkbaar is met die van de stresskliniek in UZ BRUGMANN.

Bij dit aanbod van zorgen die specifiek zijn voor de problematiek van stress wordt nog een gespecialiseerd aanbod gevoegd van verzorging van verslavingen zoals in de **Psychiatrische Kliniek van de Broeders Alexianen in Tienen**.

Specifieke ambulante zorg bestaat eveneens en wordt gegeven door het **Institut de formation et de thérapie pour soignants**. Hierbij voegt zich ook nog de niet-specifieke zorg bestemd voor artsen of zorgverleners gegeven door de centra voor gezinsplanning en de centra voor geestelijke gezondheidszorg (zie hoofdstuk over andere mogelijke zorg in bijlage).

Tabel 11. Typologie van bestaande interventies

Type interventie	Naam van de programma's	Algemene kenmerken
Laagdrempelige voorzieningen "Support-doctors scheme"	European Institute for Intervention and Research on Burn Out; Institut de Formation et de Thérapie pour Soignants ; Vorming voor coaching bij burnout door huisartsen ; Cursussen in medische faculteiten ; Informatiesessies in de LOKS Hulp – en ondersteuningsgroepen	Ondersteuning geboden door een netwerk van professionelen (artsen, psychologen)
Zorgcoördinatie "Case management"	Vorming voor het begeleiden bij burnout voor huisartsen ;	Opvolging van dossiers en coaching van artsen die deelnemen aan het behandelingsprogramma, op middellange of lange termijn.
Behandelingsvoorziening « Doctors' doctors' scheme »	Institut de Formation et de Thérapie pour Soignants ; Stresskliniek-Brugmann; Centre de gestion de l'anxiété et du stress-Clinique Depage ; Centre d'Information, de Thérapeutiques et d'Etudes sur le Stress (CITES) ; Psychiatrische Kliniek van de Broeders Alexianen Tienen (verslavingen) ;	Behandeling gegeven door diensten of professionelen die speciaal opgeleid zijn om artsen te behandelen (bijv. "psychiaters voor geneesheren", of "geneesheren voor geneesheren").

Kernboodschappen

- **Er bestaan in België verschillende initiatieven, variërend volgens het specificiteit van het doelpubliek, de interventie en de niveaus van aanpak van burn-out.**
- **Geen enkel initiatief is geïdentificeerd dat specifiek is voor de huisartsen met burn-out en dat een globaal aanpak aanbiedt.**

9 DELPHI-ENQUÊTE: BEOORDELING VAN DE AANVAARDBAARHEID EN PRIORITEIT VAN MOGELIJKE ACTIES DOOR EEN PANEL VAN HUISARTSEN

9.1 DOELSTELLING VAN DE DELPHI-ENQUÊTE

De Delphi-enquête heeft als doel de actielijnen die door een panel van huisartsen als prioritair worden beschouwd, te onderscheiden van de niet-prioritaire en van de te vermijden actielijnen of modaliteiten voor preventie of aanpak van burnout bij huisartsen.

9.2 METHODOLOGIE VAN DE DELPHI-ENQUÊTE

9.2.1 Algemeen design

De Delphi-methode werd in de jaren 50 ontwikkeld door de *Rand Corporation* in Californië. Oorspronkelijk werd ze gebruikt in de industrie, maar geleidelijk werd ze ook in de medische sector toegepast. Ze wordt vooral er gebruikt voor het formaliseren en kwantificeren van een of meerdere standpunten op basis van mogelijk uiteenlopend advies van deskundigen.

Het doel is om tot een definitief advies te komen dat uniek en gelijkgericht is. Dit wordt verkregen door individueel en herhaald elke deskundige te ondervragen. Hiervoor wordt een enquête opgesteld door de organisator(en) op basis van een voorafgaand literatuuroverzicht of een zeer uitgebreide consultatie, als het er in betrokken domein weinig betrouwbare wetenschappelijke gegevens voorhanden zijn.

Bij deze methode is de systematische analyse van de beschikbare gegevens niet verplicht. De procedure is anoniem, de deskundigen worden op afstand ondervraagd, zonder dat men elkaar kent. Elke deskundige beantwoordt elke vraag met behulp van een schaal, bijvoorbeeld van 1 tot 9 (1 betekent "helemaal niet mee eens" of "totaal gebrek aan bewijzen" of een "formele contra-indicatie"; en 9 "volledig mee eens" of "formeel bewijs" of "formele indicatie").

Bij elke etappe of "ronde" wordt er feedback gegeven aan de verschillende leden van de groep deskundigen. Daarbij worden alle antwoorden meegedeeld (medianen en extreme waarden) en de individuele antwoorden van de betrokken deelnemer-deskundige. Zo ontstaat communicatie in beide richtingen tussen de organisator(en) en de leden van de groep.

Bij elke ondervraging kan de deskundige vrij beslissen om al dan niet zijn mening te wijzigen. Na een aantal opeenvolgende rondes ontstaat er, na uitsluiting van de meest afwijkende antwoorden zo meer convergentie.

9.2.2 Steekproef en rekrutering van de deelnemers

De rekruteringsstrategie die werd beschreven voor de interviews (zie betrokken hoofdstuk) werd eveneens gebruikt voor de Delphi-studie, nl. inschrijving via een Nederlands- en Franstalige website waarvan het bestaan werd aangekondigd via een brief aan de beroeps- en wetenschappelijke organisaties van huisartsen en via de medische pers.

De samenstelling van het panel van respondenten-huisartsen gebeurde op basis van twee criteria :

- de taalgroep (FR/NL), op basis van de informatie via de website;
- de situatie met betrekking tot burnout, waardoor er drie subgroepen werden samengesteld (zie tabel in bijlage):

1. Zij die verklaarden dat de diagnose van burnout bij hen werd gesteld door een professionele zorgverlener, d.i. 12 Franstaligen en 12 Nederlandstaligen op een totaal van 190 artsen.
2. Zij die niet door een professionele zorgverlener werden gediagnosticeerd, maar die volgens de MBI-test wel aan burnout ledenⁱ, d.i. 14 Nederlandstaligen en 13 Franstaligen op een totaal van 145 artsen die de test invulden bij de inschrijving op de website.
3. Zij die volgens de MBI^k-test niet aan burnout leden, d.i. 13 Franstaligen en 9 Nederlandstaligen.

Via de RND-functie van EpilInfo werd een willekeurige loting uitgevoerd tussen de kandidaten die zich via de website ingeschreven hadden, om een panel van 10 respondenten per categorie samen te stellen.

De uiteindelijke steekproef omvat 59 huisartsen waarvan een derde eveneens deelnam aan de individuele face-to-face interviews.

Om het responspercentage voor de studie te verhogen, werd een herinneringsprocedure voorzien: de huisartsen die hun vragenlijst nog niet hadden ingevoerd werden telefonisch of per e-mail gecontacteerd.

9.2.3 Hulpmiddel voor verzamelen van gegevens: de enquêtes

9.2.3.1 Opstellen van de enquête van de eerste Delphi-ronde

De vragenlijst werd opgesteld met een structuur (figuur 5) op basis van:

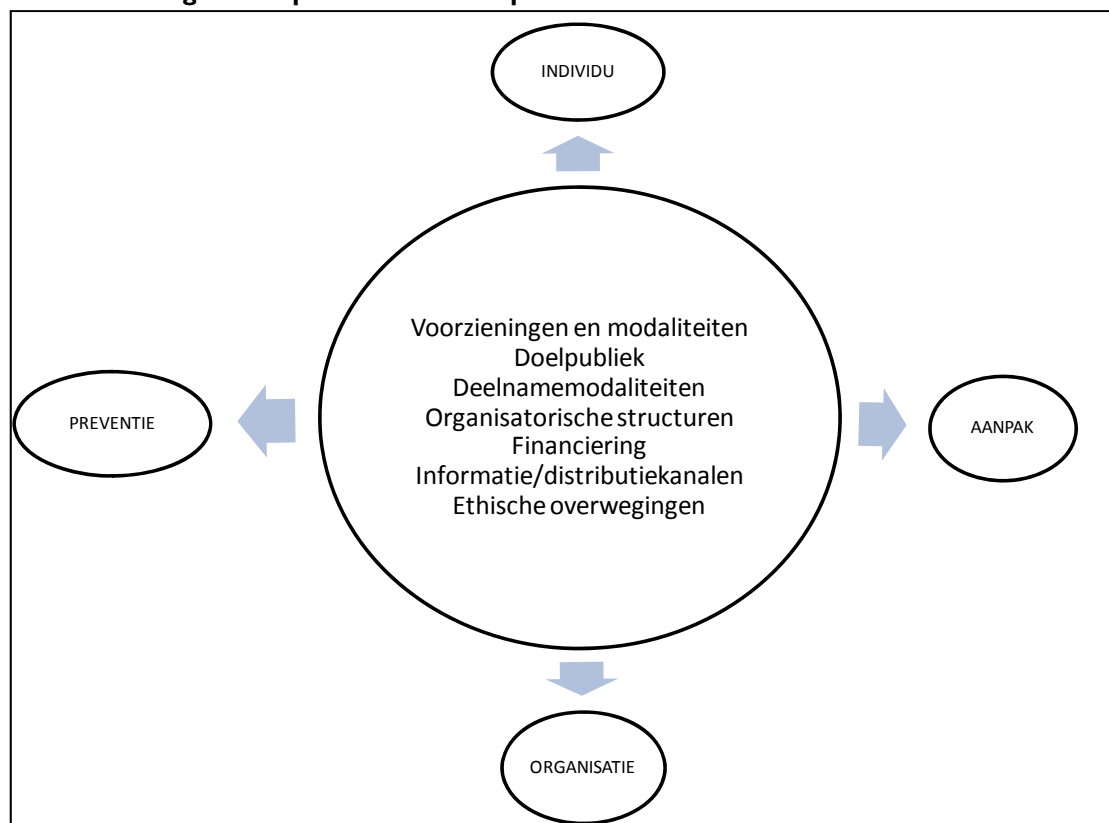
- een internationaal literatuuroverzicht (zie overeenstemmend hoofdstuk);
- Interventies die getest en geïmplementeerd werden in het buitenland of in België met als doel de preventie en/of aanpak van burnout bij zorgverleners (zie overeenstemmend hoofdstuk).
- Interviews met de betrokken huisartsen (zie overeenstemmend hoofdstuk), waardoor rekening kon worden gehouden met de bijzondere Belgische context, m.b.t. de organisatie van de gezondheidszorg en het professionele milieu.
- Raadpleging van deskundigen en belanghebbenden (zie algemene opzet van de studie) over de inhoud van de enquête

De enquête werd vertaald en vooraf getest bij een tiental artsen. Doel was de aanvaardbaarheid van het onderwerp, de bruikbaarheid en de formulering van de vragen te testen, en om na te gaan hoelang het duurt om de enquête in te vullen.

ⁱ Een gemiddelde tot hoge tot score in termen van professionele uitputting en depersonalisatie evenals een lage tot gemiddelde score voor professionele verwezenlijking.

^k Lage score voor "professionele uitputting" en "depersonalisatie" gecombineerd met een gemiddelde tot hoge score voor professionele verwezenlijking. Omdat geen enkele Nederlandstalige huisarts het criterium "hoog of gemiddeld" bereikte voor professionele verwezenlijking, hebben we voor deze categorie ook artsen met een niet erg hoge professionele verwezenlijking in aanmerking genomen.

Figuur 5. opbouw van de enquête



9.2.3.2 De enquête van de 1ste ronde

Deze heeft de volgende structuur:

Tabel 12. Structuur van de enquête

	Aantal vragen	Aantal voorstellen
Module 1: Identificatie	7	7
Module 2: Organisatie en professioneel milieu	1	25
Module 3: aanpak	9	55
Module 4: Informatie en preventie	4	30
Module 5: Informatiekkanalen	1	13
Module 6: Aanvullende vragen en evaluatie	7	7

De definitieve enquête van de 1^{ste} ronde vindt u in bijlage.

Aan de deelnemende huisartsen werd gevraagd om voor elk van de voorstellen uit de modules 2, 3, 4 en 5 twee evaluatiecriteria in acht te nemen, nl.:

- De aanvaardbaarheid van elk voorstel in hun dagelijkse praktijk, d.w.z. "zou u aanvaarden dat dit voorstel op u als huisarts zou toegepast worden";
- De mate van prioriteit die ze toekennen aan elk van deze voorstellen, d.w.z. "de mate van urgentie waarmee volgens u deze voorstellen zouden moeten ingevoerd worden".

De deelnemers moesten hun evaluatie aanduiden op een waarderingsschaal van 1 (helemaal niet aanvaardbaar of helemaal niet prioritair) tot 9 (zeker aanvaardbaar of zeker prioritair), en dit voor elk voorstel uit de enquête.

Er werd hen uitdrukkelijk gewezen op het feit dat ze persoonlijke en subjectieve antwoorden moesten geven als huisarts met een risico op burnout of die al aan burnout leed.

Zoals klassiek is voor een Delphi-studie werd ook aan deskundigen gevraagd of het voorstel haalbaar was, d.w.z. *“of het mogelijk was om een project in de praktijk te realiseren vanuit vooraf bepaalde standpunten, zoals bijvoorbeeld op technisch, economisch, juridisch, ethisch, organisatorisch niveau”*¹²⁹⁻¹³¹.

De respondenten van onze enquête zijn huisartsen die rechtstreeks betrokken zijn bij het fenomeen van burnout. Ze zijn dus goed geplaatst om de voorstellen te evalueren op het vlak van wat aanvaardbaar en prioritair is voor henzelf, maar ze hebben niet altijd de expertise om de haalbaarheid van projecten te evalueren.

Daarom werd beslist dat dit aspect zou worden besproken door de groep van deskundigen en belanghebbenden tijdens een laatste workshop (zie volgend hoofdstuk).

9.2.3.3 De enquête van de 2de Delphi-ronde

De enquête van de tweede Delphi-ronde behield de structuur met modules zoals in de 1ste ronde:

- "Organisatie en professioneel milieu",
- "aanpak",
- "Informatie en preventie".

Per module werd een synthese van de resultaten uit de 1ste ronde werd voorgesteld. Deze synthese vermeldt per vraag:

- de voorstellen die werden weerhouden op basis van consensus;
- de voorstellen die werden verworpen op basis van consensus.

We vroegen de deelnemers om de voorstellen waarover geen consensus werd bereikt, opnieuw in overweging te nemen en zich uit te spreken over:

- de mate van prioriteit die ze eraan zouden geven, of
- hun aanvaardbaarheid in de dagelijkse praktijk.

Om duidelijke, afgelijnde adviezen te verkrijgen op deze voorstellen vroegen we de deelnemers om enkel op gesloten vragen te antwoorden (ja/nee). Bovendien werd voor elk voorstel de mediaan opgegeven die op het einde van de 1ste ronde werd verkregen, d.i. het percentiel 50 op de schaal van prioriteiten of van aanvaardbaarheid, van 1 (helemaal niet) tot 9 (zeker wel). Bovendien gaven we hen ook een verklarend voorbeeld.

9.2.4 Manier van afnemen van de enquêtes

We kozen voor "on-line" enquêtes met gepersonaliseerd adres, om het aantal weigeringen tot een minimum te beperken en het comfort van de respondenten te maximaliseren:

- Op die manier was het minder moeilijk voor de huisartsen om het onderwerp ter sprake te brengen en werden ze niet geconfronteerd met hun collega's (het principe van de Delphi-methode).
- Ze konden de enquête invullen wanneer het hen het meeste schikte.
- Ze moesten zich niet verplaatsen.
- De afstand verlaagde ook de bias van "het willen beantwoorden aan de norm"

De Franstalige en Nederlandstalige versies werden on-line gezet met de interface "Survey Monkey".

De inzameling van de gegevens vond plaats van 9 tot 30 november 2010 voor de 1ste ronde en van 15 januari tot 1 februari 2011 voor de 2de ronde.

9.2.5 Verwerking van de gegevens

De software "Survey Monkey" maakte in real time een spreadsheet van het type "openexcel" op. Hierdoor konden de gesloten meerkeuzevragen zonder manuele codering (en dus foutloos) onmiddellijke statistisch verwerkt worden. Tegelijkertijd werd een meer diepgaande analyse van de individuele gegevens uitgevoerd. Op die manier kon een analyse in subgroepen, die voorzien was op het einde van de 1ste Delphi-ronde (leeftijd, geslacht, situatie ten aanzien van burnout, taalgroep) worden uitgevoerd. Daarnaast werd een analyse van kwalitatieve gegevens uitgevoerd. Door het gebruik van verplichte antwoordvelden, zorgde deze software voor een maximale respons op alle vragen .

9.2.6 Aantal Delphi-ronden

Zoals reeds uitgelegd voorziet de Delphi-methode minstens drie consultatierondes. Wij beschouwen het stadium van de ontwikkeling van de enquête op basis van een literatuuroverzicht, bestaande ervaringen en de analyse van interviews over dit onderwerp als de eerste Delphi-ronde. Vervolgens werden nog twee andere rondes uitgevoerd.

9.2.7 De drempelwaarden voor consensus en inschrijvingscriteria van de tweede ronde

9.2.7.1 Drempelwaarden van de 1ste Delphi-ronde

Voor elk van de voorstellen uit de modules 2, 3, 4 en 5 van de eerste on-line enquête kozen we voor een sterke consensus samengaand met een beperkt aantal weerhouden voorstellen.

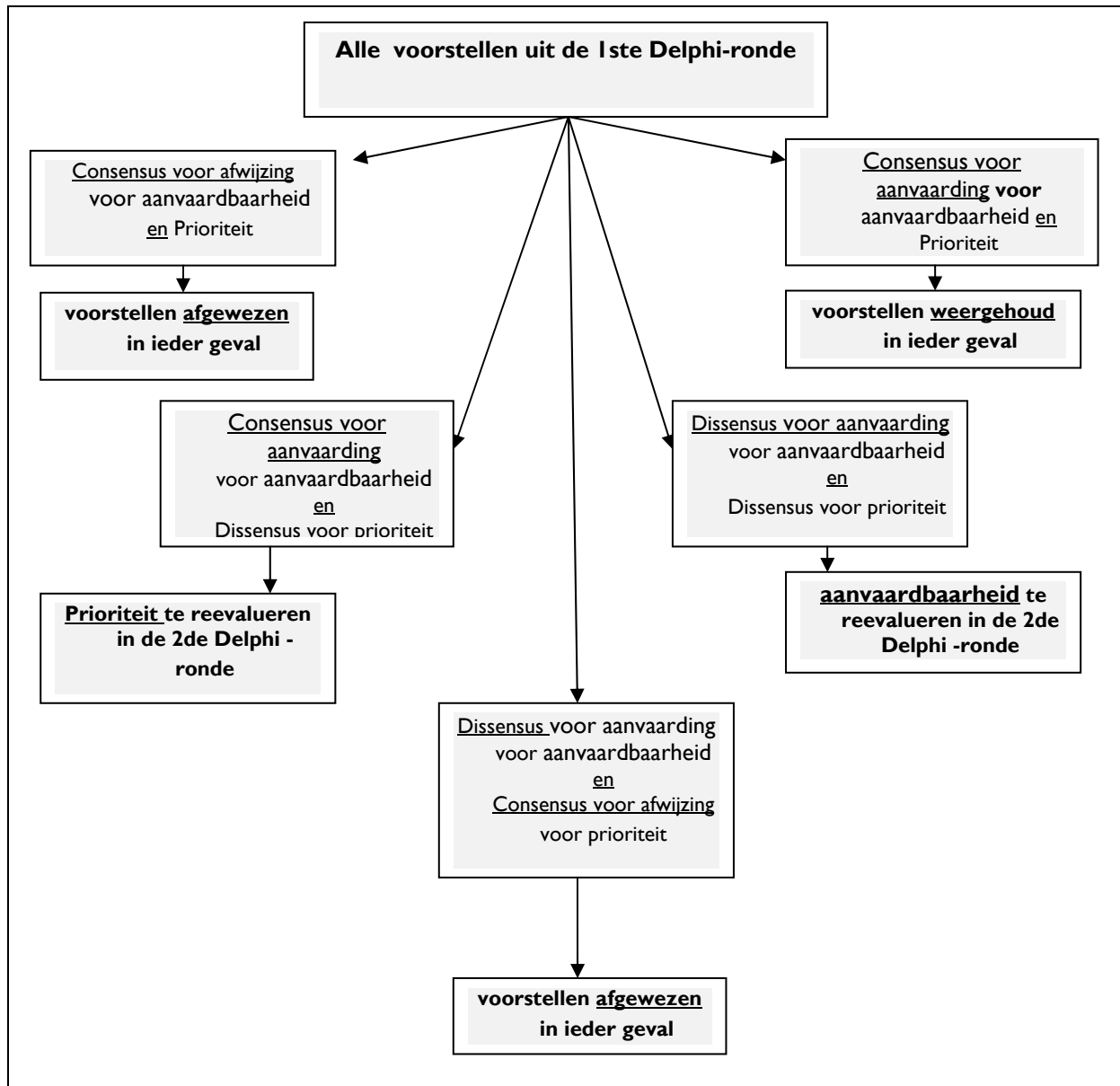
De drempelwaarden voor aanvaarding en afwijzing werden als volgt bepaald:

- Consensus voor aanvaarding: 70 % van de deelnemers gaat akkoord met een voorstel ($P30 \geq 7$) en minder dan 15% gaat niet akkoord ($P15 > 2$) ;
- Consensus voor afwijzing: 15% van de deelnemers gaat niet akkoord met het voorstel ($P15 \geq 2$) en minder dan 40% gaat akkoord ($P60 \leq 6$) ;
- Bij gebrek aan consensus: alle andere situaties moeten opnieuw in overweging worden genomen tijdens de 2de ronde

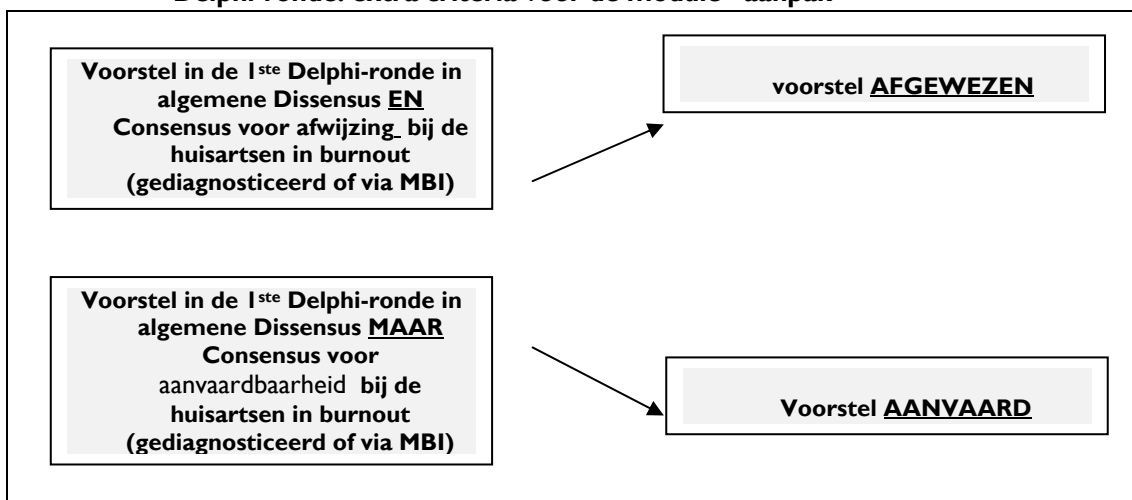
9.2.8 Selectiecriteria voor de 2de ronde

De selectiecriteria die worden gebruikt om te beslissen onder welke voorwaarden de voorstellen uit de 1^{ste} ronde opnieuw in overweging moeten worden genomen tijdens de tweede ronde vindt u terug in de volgende figuren.

Figuur 6: beslissingscriteria van het statuut van de voorstellen uit de 1^{ste} Delphi-ronde voor de modules “organisatie”, “preventie” en “communicatie”



Figuur 7: beslissingscriteria van het statuut van de voorstellen uit de 1^{ste} Delphi-ronde: extra criteria voor de module “aanpak”



9.3 RESULTATEN VAN DE DELPHI-ENQUÊTE

Van de 59 deelnemers die werden weerhouden voor de Delphi-enquête, hebben twee Nederlandstalige artsen niet geantwoord op de enquête tijdens de eerste ronde. Eén Nederlandstalige arts heeft zich in de tweede ronde teruggetrokken wegens een verlengd verblijf in het buitenland.

De kenmerken van de respondenten, evenals de antwoorden van de 1^{ste} Delphi-ronde, worden weergegeven in bijlage.

De resultaten van de 2de Delphi-ronde worden weergegeven in de tabellen hieronder. Voor elke module werden de aanvaardbare voorstellen gerangschikt in functie van hun al dan niet prioritaire karakter. De te vermijden actielijnen werden in consensus door de respondenten verworpen.

Tabel 13. Evaluatie van de actielijnen met betrekking tot de organisatie en het professionele milieu

Prioritaire actiepunten	Niet-prioritaire actiepunten	Te vermijden actiepunten
Vermindering van de administratieve belasting Waarborg ziekte-en invaliditeitsuitkeringen Verbetering van het systeem van wachtdiensten Hulp bij de organisatie van een secretariaat Sensibilisering van patiënten opdat hun verwachtingen meer realistisch zouden zijn	Vergemakkelijken van facturatie aan derdebetalers Hulp bij het samenwerken in verenigingen, in teams, in medische huizen Diversificatie van de beroepsactiviteiten; Mogelijkheid tot professionele heroriëntering Verbetering van de complementariteit tussen huisartsen en specialisten (NL) Financiële opwaardering van het beroep Sensibilisering van patiënten voor de verschillende rollen van de huisarts Opwaardering van professionele ondersteuning Hulp bij het plannen van het pensioen	Vermindering van de concurrentie tussen huisartsen Verhoging van de therapeutische vrijheid Juridisch advies en financieel beheer Arbeidsgeneeskunde voor huisartsen Vermindering van de werklust Opwaardering van de naaste omgeving Vergemakkelijken van het regelen van geschillen met patiënten Verzekering die de geestelijke gezondheid en zorgen met betrekking tot verslaving dekt voor de huisartsen

Tabel 14. Evaluatie van hulpprogramma's voor de aanpak van burnout

	Prioritaire actielijnen	Niet-prioritaire actielijnen	Te vermijden actielijnen
Type hulpprogramma	Netwerk van gespecialiseerde zorgverleners met gepersonaliseerd advies, coaching, evaluatie en behandeling	Dag met geïndividualiseerde hulp met evaluatie en indien nodig, met verwijzing naar behandeling, indien nodig	Groen oproepnummer voor een anoniem en vertrouwelijk gesprek 24u/24u met evaluatie van burnout, 1ste adviezen en, indien nodig, met verwijzing naar aanpak Residentieel verblijf met conferenties, discussies, fysieke activiteiten, hulpsessies Gespecialiseerde diensten binnen dewelke een globale evaluatie zou kunnen worden gerealiseerd met ambulante verzorging Gespecialiseerde diensten binnen dewelke een globale evaluatie zou kunnen worden gerealiseerd met aanpak in ziekenhuis
Doelpubliek	Uitsluitend arts	Arts in opleiding Arts en partner	Arts en familie in ruime zin Arts en collega's en/of medewerkers
Professionele zorgverleners	-----	Multidisciplinaire teams Psychologen-psychotherapeuten Huisartsen die werden opgeleid voor dit type interventie	Psychiaters
Toegankelijkheid	Op vrijwillige basis	Op verzoek van de huisarts	Op vraag van een collega Op vraag van een groep collega's Op vraag van een werknemersstructuur, in voorkomend geval Op vraag van regelgevende instanties (Orde der Geneesheren, Provinciale Medische Commissie) Op vraag van een lid van zijn omgeving
Praktische modaliteiten	Individuele consultatie	Groepsprogramma's voor huisartsen	In groep met artsen-specialisten Met andere zorgverleners
Ethische overwegingen	Strikt respecteren van de anonimiteit en de vertrouwelijkheid	-----	Respecteren van de anonimiteit en de vertrouwelijkheid met inbegrip van regelmatige contacten met de instantie die de huisarts met burnout heeft verwezen naar deze programma's (doel: observatie van de huisarts) Respecteren van de anonimiteit en de vertrouwelijkheid met uitzondering van een mogelijk signaleren aan de regelgevende instanties wanneer de professionele capaciteiten ernstig in vraag kan worden gesteld (risico voor de patiënt)
Organisatoren	Huisartsen-coach en gespecialiseerde consultants	Instituut voor opleiding en gespecialiseerde interventie, type "European Institute for intervention and research"	Stresskliniek Arbeidsgeneesheer De werkgever van de huisarts, in voorkomend geval Beroepsverenigingen Huisartsenkringen Wetenschappelijke verenigingen van huisartsen Orde der Geneesheren Provinciale Medische Commissies RIZIV Ministerie van volksgezondheid Ziekenfondsen en verzekeringsmaatschappijen Nieuw opgerichte instelling

	Prioritaire actielijnen	Niet-prioritaire actielijnen	Te vermijden actielijnen
Financiering	-----	Ministerie van volksgezondheid RIZIV	De persoonlijke financiële bijdrage van de huisartsen die deelnemen aan deze hulpprogramma's Een speciaal fonds waaraan de huisartsen zouden bijdragen De werkgever van de huisartsen, in voorkomend geval
Andere problemen waarvoor verzorging noodzakelijk is	-----	-Depressie -Alleen burnout	-Persoonlijkheidsstoornissen -Andere psychosociale aandoeningen -Verslavingen -Angst-, stemmings- en aanpassingsstoornissen

Tabel 15. Evaluatie van actielijnen met betrekking tot de preventie van burnout

	Prioritaire actielijnen	Niet-prioritaire actielijnen	Te vermijden actielijnen
Type preventieve actie	Beheer van problemen met zware emotionele belasting Informatiesessies over de mechanismen van burnout Ontwikkeling van vaardigheden in de volgende domeinen: relatie en communicatie met de patiënt, beheer van medische fouten, begeleiding van psychiatrische patiënten,...	Time management, administratief beheer en opleiding in informatica Begeleiding van de huisarts (supervisie, coaching, Balint) Stressmanagement en relaxatietechnieken Specifiek programma voor het opsporen van burnout Het belang om zijn eigen huisarts te hebben Check-up met inbegrip van evaluatie van burnout	Promotie van gezondheid en welzijn
Doelpubliek	Huisartsen en hun collega's en/of medewerkers	Alleen huisartsen Assistenten-huisartsen Master studenten	Familieleden
Professionele zorgverleners	-----	Huisartsen die werden opgeleid voor dit type interventie Psychologen en psychotherapeuten Multidisciplinaire teams	Psychiaters
Organisatie	Op vrijwillige basis Met waarborg van vertrouwelijkheid en anonimiteit	Open voor andere zorgverleners Volledig gesubsidieerd	Met persoonlijke bijdrage van de deelnemers Gefinancierd door een speciaal fonds waaraan de huisartsen zouden bijdragen Met accreditering Verplicht Geografisch gecentraliseerd Gedelokaliseerd (bijvoorbeeld per provincie)

Tabel 16. Evaluatie van de informatiekkanalen

Prioritaire actielijnen	Niet-prioritaire actielijnen	Te vermijden actielijnen
LOK's en dodecagroepen Wetenschappelijke organisaties (SSMG, Domus Medica,...)	Sessies van permanente vorming Medische pers Medische kringen Universiteiten	Werkgeversstructuren van huisartsen, in voorkomend geval Beroepsverenigingen Orde der Geneesheren Provinciale Medische Commissie RIZIV Ministerie van volksgezondheid Ziekenfondsen en verzekeringsmaatschappijen

9.4 DISCUSSIE

De resultaten van dit hoofdstuk komen voort uit de antwoorden op twee on-line enquêtes gebaseerd op de Delphi-methode, die werden voorgelegd aan een panel van huisartsen m.b.t. de mogelijke maatregelen tegen burnout. Voor de drie in de enquête onderzochte aspecten (organisatie en professioneel milieu, aanpak van burnout en preventie) konden deze deelnemers meedelen wat zij vonden van de voorstellen, die voortkwamen uit de verschillende interactieve processen.

Een van de voordelen van Delphi is de quasi-zekerheid dat men een consensus bereikt op het einde van de opeenvolgende enquêtes. De actiepunten die door de huisartsen tijdens de Delphi-enquête werden aanvaard en als prioritair werden beschouwd, of werden verworpen, kunnen als een beginpunt worden beschouwd voor het uitwerken van voorstellen. Toch is het toch ook erg waarschijnlijk dat sommige voorstellen, die nochtans door de deelnemers werden verworpen, opnieuw moeten worden overwogen op basis van gemotiveerde adviezen. Drie voorstellen m.b.t. organisatie horen thuis in deze categorie:

1. Hulpmiddelen voor valorisatie van de rol van de huisarts: dit voorstel lokte tegenstrijdige meningen uit tijdens de 1^{ste} Delphi-ronde voor het criterium Aanvaardbaarheid, en afwijzing voor het criterium Prioriteit. Een analyse per subgroep toonde echter twee essentiële elementen aan:
 - De subgroep van vrouwelijke huisartsen bereikte consensus voor het criterium Aanvaardbaarheid. Door de snelle vervrouwelijking van het beroep kan de invloed van deze groep huisartsen een steeds meer overheersende rol gaan spelen.
 - De subgroep van huisartsen met burnout volgens de MBI-test bereikte eveneens consensus voor het criterium Aanvaardbaarheid. Deze groep vertegenwoordigt een belangrijk deel van de huisartsen die betrokken zijn bij de problematiek (of het risico lopen om erbij betrokken te worden).
2. Stimuleringsfonds om zich te vestigen in regio's met een lage medische densiteit: dit voorstel lokte tegenstrijdige meningen uit tijdens de 1ste ronde voor het criterium Aanvaardbaarheid, en afwijzing voor het criterium Prioriteit. Nochtans werd deze maatregel al uitgewerkt en ingevoerd (Impulseo I).
3. Maatregelen om de veiligheid van de huisartsen te verhogen: op het einde van de 1ste ronde bereikten vier subgroepen een consensus voor het criterium Aanvaardbaarheid, waaronder drie subgroepen die zich hierbij het meest betrokken voelen: vrouwen die binnenkort de meerderheid binnen het beroep zullen vormen, jonge huisartsen, die het meeste de wachtdiensten uitvoeren en degenen die volgens de MBI-test aan burnout lijden.

Op het niveau van de aanpak van burnout vinden we ook drie afgewezen voorstellen:

1. Het respecteren van de anonimiteit en de vertrouwelijkheid, met uitzondering van een mogelijk signaleren aan de regelgevende instanties wanneer de professionele capaciteiten van de huisarts sterk gecompromitteerd worden (risico voor de patiënt): de beslissingen hierover moeten worden genomen met respect voor de deontologie en de wetgeving inzake de bescherming van de personen.
2. De persoonlijke financiële bijdrage van de huisartsen die deelnemen aan deze hulpprogramma's De financiële situatie van de huisartsen is inderdaad niet altijd dezelfde. Met sommige elementen kan toch rekening worden gehouden. Gaat het om een geconventioneerde huisarts? Gedeeltelijk? Volledig? Bovendien is de persoonlijke financiële deelname belangrijk bij een globale behandeling.

3. Andere moeilijkheden waarmee rekening moet worden gehouden bij hulpprogramma's, zijn oa. persoonlijkheidsstoornissen, andere psychosociale aandoeningen, verslavingen of angst-, stemmings- en aanpassingsstoornissen. Deze begrippen hangen praktisch samen met de feiten. Zo kan de literatuur niet uitsluiten dat bepaalde persoonlijkheidsstoornissen, evenals sommige angst-depressieve stoornissen meer ontvankelijk maken voor burnout, en voor elke andere psychosociale aandoening. Omgekeerd kan burnout een risicofactor zijn voor andere problemen van deze orde^{17, 132-134}

Kernboodschappen

- **De prioritaire actielijnen voor de huisartsen zijn gericht op de organisatie en de omgeving van het werk, de preventie en aanpak van burn-out.**
- **Sommige actielijnen die verworpen zijn door de deelnemers aan de Delphi, zouden toch in overweging kunnen worden genomen, omdat ze door een specifieke subgroep van huisartsen (de huisartsen met burn-out) wel zijn aanvaard.**

10 CONSULTATIE VAN DESKUNDIGEN EN BELANGHEBBENDEN: EVALUATIE VAN DE ACTIELIJNEN DIE MOETEN LEIDEN TOT AANBEVELINGEN

10.1 DOELSTELLING VAN DE CONSULTATIE

Het doel van deze consultatie is bij de deskundigen en stakeholders een aantal actielijnen te testen die als basis moeten dienen voor de aanbevelingen van het rapport. Het KCE hoopt zo tot aanbevelingen te kunnen komen die overeenstemmen met de realiteit op het terrein en hun impact te verhogen op het vlak van beleidsbeslissingen en in de dagelijkse praktijk.

Deze consultatie is echter niet gericht op het bereiken van een consensus over de definitieve aanbevelingen, maar wel om aan het onderzoeksteam de informatie te bezorgen voor een duidelijke opstelling van die aanbevelingen.

10.2 DE KEUZE VAN DESKUNDIGEN EN BELANGHEBBENDEN

10.2.1 De keuze van de deskundigen

De leden van het panel van deskundigen werden geselecteerd op basis van hun onderzoek en/of ervaring op het vlak van burnout of hun kennis van het terrein. Deze deskundigen zijn uitgenodigd voor een eerste vergadering (30 april 2010). Tijdens deze vergadering hebben ze de lijst van deskundigen en stakeholders aangevuld en gevalideerd.

10.2.2 De keuze van de belanghebbenden

De leden van de onderzoeksgroep hebben een lijst opgesteld van verenigingen die betrokken zijn bij de problematiek van huisartsen met burn-out.

Elke vereniging werd uitgenodigd om een of twee vertegenwoordigers te sturen naar het panel van belanghebbenden. Tijdens de eerste vergadering (op 22 april 2010) werd de lijst van panelleden aangevuld en gevalideerd.

10.2.3 Samenstelling van het finale panel

Het finale panel is samengesteld door vertegenwoordigers uit volgende structuren:

- Wetenschappelijke verenigingen van huisartsen (SSMG, Domus Medica),
- De Federatie van Medische Huizen,
- De vakbonden (het kartel GBO/ASGB, Syndicaat van Vlaamse Huisartsen - SVH Association des Médecins de Famille - Vereniging van Vlaamse Huisartsen, Association Belge des Chambres Syndicales des Médecins - ABSyM),
- Het RIZIV,
- De Orde der Geneesheren,
- De sector van verzekeraars (Amonis, Securex),
- Verenigingen van huisartsen zoals de Federale Raad van de Huisartsenkringen (FRHAK) of het Forum des associations de généralistes (FAG).
- De universiteiten (ULB, UCL, ULg, UGent, KUL, Interuniversitair Centrum Huisartsen-Opleiding),
- Centra die burnout behandelen (Observatoire Européen du Burnout, stresskliniek),
- De FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg en de sector werkgelegenheid van het Brussels Gewest;

Bovendien vertegenwoordigen deze personen verschillende opleidingen en carrières:

- Huisartsen,
- Psychiaters
- Docenten huisartsgeneeskunde (master, aanvullende master),
- Specialisten in psychologie/arbeidspsychologie,
- Specialisten in ergonomie,
- Specialisten in educatieve wetenschappen,
- Leden van de Balint-groep.

10.3 METHODOLOGIE VAN DE CONSULTATIE

Een workshop van één dag werd georganiseerd op 19 mei 2011.

10.3.1 Deelnemers aan de consultatiedag

Alle belanghebbenden en deskundigen die werden uitgenodigd tijdens de voorbereidende fasen van de studie en de Delphi-enquête namen deel aan deze consultatiedag (zie lijst in bijlage).

Om organisatorische redenen werd aan elke wetenschappelijke, beroeps- of academische organisatie gevraagd om één vertegenwoordiger te zenden.

Uiteindelijk namen 21 personen die geen lid waren van het onderzoeksteam, deel aan de studiedag.

10.3.2 Materiaal

10.3.2.1 "Aanbevelingsfiches"

De discussies waren gebaseerd op 14 "aanbevelingsfiches", die opgesteld werden aan de hand van de resultaten van de vorige fasen van het onderzoek (internationaal literatuuroverzicht, rechtstreekse gesprekken met huisartsen die te maken hadden met burnout, vergelijkende studie van de ervaringen opgedaan in België en in andere landen, en Delphi-studie bij huisartsen). Elke fiche omvat:

- Het actiedomein waarop de aanbeveling betrekking heeft. Deze domeinen zijn aangepast op basis van de typologie van de domeinen waar onevenwichtigheden werden geïdentificeerd door Maslach en Leiter¹⁴,
- De context van de aanbeveling, dit zijn de resultaten waarop de aanbeveling werd gebaseerd,
- De doelstelling van de aanbeveling,
- De concrete actielijnen die werden geïdentificeerd in de loop van de voorgaande fasen,
- De actoren die betrokken zijn bij de uitvoering van de aanbeveling,
- De discussiepunten die tijdens de workshop moesten worden besproken.

De fiches werden vooraf aan de deelnemers bezorgd zodat ze de discussies konden voorbereiden.

10.3.2.2 *Evaluatierooster van de aanbevelingen*

Een evaluatierooster met elke aanbeveling die een score van van 1 tot 5 moest krijgen op het vlak van prioriteit, aanvaardbaarheid en haalbaarheid werd aan de deelnemers bezorgd. De ingevulde roosters moesten in een urne worden gedeponeerd om de anonimiteit van de respondenten te garanderen.

10.3.3 Verloop van de studiedag

De debatten van de studiedag werden geleid door 2 ervaren moderatoren, medisch journalisten, in het Frans en het Nederlands. Na een korte voorstelling van de algemene studieopzet werd elke aanbevelingsfiche in de plenaire sessie als volgt besproken:

- Korte voorstelling van de context van de fiche, de doelstelling en de actiepunten door de moderatoren en het onderzoeksteam.
- Discussie door het panel van deskundigen en stakeholders begeleid door de moderatoren.
- Samenvatting van de debatten door een directeur van het KCE.
- Beoordeling van de aanbeveling via het evaluatierooster in termen van prioriteit, aanvaardbaarheid en haalbaarheid

Omdat ze betrekking hebben op hetzelfde domein met onevenwichtigheden werden fiches 7, 11 en 13 samen besproken. Ook werd de inhoud van fiche 12 gelijktijdig met de aanbevelingen m.b.t. de erkenning van de huisartsgeneeskunde en de onrealistische verwachtingen van de patiënten besproken. Aanbeveling 14 m.b.t. de organisatie van de wachtdiensten in de huisartsgeneeskunde, werd tijdens de studiedag niet besproken. Deze thematiek wordt al behandeld in een specifiek KCE-rapport, waarvan de publicatie eind 2011 is voorzien.

10.3.4 Gebruik van de resultaten

Eerst werd elke synthese van de discussies, opgesteld tijdens de studiedag door de directeurs van het KCE, opnieuw overgeschreven. Ze worden hieronder weergegeven, volgens de chronologie die werd gevolgd tijdens de consultatiedag. Voor de aanbevelingen waarvoor tijdens de sessie geen synthese werd opgesteld, vermelden we de discussiepunten.

De gemiddelden van de scores die werden gegeven door de deskundigen voor het evalueren van elke aanbeveling, worden hier voorgesteld in figuur 6.

Vervolgens werden de aanbevelingsfiches aangepast op basis van de discussies van de consultatiedag. Deze fiches bevatten de uiteindelijke aanbevelingen van de studie en worden weergegeven in het volgend hoofdstuk.

10.4 RESULTATEN VAN DE CONSULTATIE

10.4.1 Synthese van de debatten

De synthese van de debatten weerspiegelt de ideeën die werden uitgewisseld door deskundigen en stakeholders over de actiepunten die door het KCE werden voorgesteld. Deze resultaten vormen op zich geen synthese van de aanbevelingen geformuleerd door het KCE.

10.4.1.1 *Organiseren van gezondheidszorg voor huisartsen*

Het is belangrijk volgens het panel dat artsen hun eigen huisarts hebben. Het lijkt echter onaanvaardbaar om hen daartoe te verplichten, net zoals het onaanvaardbaar is om eender welke burger te verplichten zich tot een huisarts te wenden. Bovendien zijn niet alle artsen noodzakelijk bekwaam of geneigd om een collega te behandelen.

Twee oplossingen zijn mogelijk:

- Voorstellen om gebruik te maken van de arbeidsgeneeskunde: de arbeidsgeneesheer doet aan gezondheidspromotie en ziektepreventie, door regelmatige check-ups en een staat van gezondheid op te stellen van de persoon in zijn werkomgeving, het domein waarin hij "gespecialiseerd" is.
- Een speciaal anoniem circuit van huisartsen voor huisartsen oprichten. De "huisartsen voor huisartsen" zouden een zekere know-how verkrijgen bij het behandelen van artsen met burnout.

Deze 2 netwerken zouden het antwoord kunnen zijn op de nood aan niet-stigmatisering van de zieke arts en het in stand houden van een zekere relationele 'afstand': de zieke en de behandelende huisarts zouden niet in dezelfde geografische zone werken en zouden geen bijzondere banden met elkaar hebben (zoals met een studiegenoot bijvoorbeeld).

De manier om de "huisartsen voor huisartsen" te financieren moet besproken worden op het niveau van het RIZIV, zonder echter het idee te laten varen van een eigen financiële bijdrage van de huisarts bij een eventuele curatieve verzorging.

De medische preventieve en curatieve opvolging moet gebeuren met respect voor het beroepsgeheim. Dit verhindert elke aangifte van de zieke arts.

10.4.1.2 *Het verbeteren van de sociale bescherming van huisartsen*

Er is consensus over de noodzaak van een verbeterde sociale bescherming voor huisarts. Omwille van zijn rol en de verschillende verplichtingen die hem worden opgelegd door de overheid (zorgcontinuïteit), kan is de problematiek van de sociale bescherming van de huisarts niet dezelfde als die van de andere zelfstandigen.

De volgende mogelijkheden komen aan bod:

- Op organisatorisch vlak: de uitoefening van het beroep in groep of in samenwerking met anderen moet worden aangemoedigd.
- Op financieel vlak:
 - de erkenning van bepaalde beroepsziekten bij huisartsen door het Fonds voor Beroepsziekten moet worden overwogen;
 - het sociaal statuut van de huisarts moet worden verbeterd (ook voor de ambulante geneesheren die alleen de wachtdiensten verzekeren);
 - Er moet een financieel budget worden voorzien om de sociale bescherming van de huisartsen te financieren (dit zou bijvoorbeeld kunnen worden vrijgemaakt uit het honorariumbudget van het RIZIV).

Deze punten benadrukken het conflict tussen de waarden "Vrijheid" (autonomie van de arts) en "Solidariteit" (tussen geneesheren) die niet specifiek zijn voor de medische wereld.

10.4.1.3 *Een hulpprogramma opstellen dat specifiek gericht is op huisartsen met burnout*

Men stelt een gradatie vast in de mogelijke verzorging van zieke huisartsen, vanaf de collectieve preventie (reeds voorzien tijdens de studies geneeskunde), tot het behandelen van individuele huisartsen met acute problemen, gaande van coaching¹ (niet te verwarren met psychotherapie) tot een daadwerkelijke therapie.

Het idee is om zich niet zozeer te focussen op de burnout, maar wel om de aanpak van de burnout te plaatsen binnen een groter kader van ondersteuning van artsen om hen te helpen doeltreffende artsen te blijven, die in staat zijn om kwaliteitsvolle geneeskunde aan te bieden. Artsen met burnout ertoe aanmoedigen om zich te verzorgen, of het nu is om hun patiënten te beschermen, of om te voorkomen dat ze definitief uit het beroep stappen, is daarom een doelstelling die moet worden nagestreefd.

Een persoon met burnout moet worden beschouwd als iemand die een crisis doormaakt, niet alleen als een zieke werknemer voor wie een aanpak vereist is om zijn beroepsleven te beheren. Het zal de behandeling ten goede komen als men toegang zou hebben tot verschillende aspecten van het leven van de arts die een invloed hebben op zijn/haar gezondheidstoestand (sociaal, juridisch, familiaal,).

¹ «Coaching is een begeleiding die de cliënt moet helpen zijn competenties te ontwikkelen en zijn eigen antwoorden en oplossingen te vinden op professionele problemen. Dit alles gebeurt in een perspectief van duurzame ontwikkeling en langdurige doeltreffendheid.» (Peters & Mesters, p235)¹⁸

Het panel reageerde niet op het voorstel om plaatsen in gespecialiseerde instellingen te voorzien voor zieke huisartsen, en ook niet op de mogelijkheid om een therapeutisch contract op te stellen. Het panel benadrukt echter hoe belangrijk het is om de behandeling van zieke huisartsen (hulp) los te koppelen van elke vorm van klacht (sanctie) zodat de arts hulp zou zoeken en zich in alle vertrouwen zou laten behandelen.

Een collectieve behandeling lijkt belangrijk: omdat men moeilijk één coach per arts kan voorzien, en omdat het groepseffect dynamiserend en ondersteunend kan zijn.

10.4.1.4 Uitnodigen tot nadenken over de waarden die aan de basis liggen van het werk van de huisarts

Bij huisartsen zijn er twee waarden die worden beschouwd als de belangrijkste elementen van burnout: de toewijding (wat kan worden vertaald als een onbeperkte beschikbaarheid), en de bekommernis over het presteren, wat vooral een acuut probleem is bij vrouwen die hun waarde binnen een grotendeels mannelijk beroep willen bewijzen.

De context van het beroep verandert, bijvoorbeeld door de vervrouwelijking van het beroep waardoor de verwachtingen en de uitoefening van het beroep veranderen

Het belang van deze waarden, de betekenis die eraan wordt gegeven, het risico om de verantwoordelijkheid van een waardenconflict bij de patiënten te leggen (omdat ze toewijding verwachten) zijn aandachtspunten die:

- de discussie binnen de huisartsenkringen zouden moeten stimuleren of zelfs binnen een soort van 'Algemene Raad voor Huisartsgeneeskunde'
- de opleiding van jonge artsen zouden moeten aanvullen met cursussen met nadruk op communicatie, persoonlijke betrokkenheid, werkorganisatie.

10.4.1.5 De initiatieven van de Belgische overheid betreffende de stimulering van groepspraktijken verder zetten

Volgens het panel, moeten samenwerkingsinitiatieven worden aangemoedigd, al dan niet multidisciplinair, in medische huizen, in monodisciplinaire kabinetten, of in de vorm van netwerken via kringen, LOK's, dodecagroepen.

Deze samenwerking kan verschillende vormen aannemen: diversificatie van de taken, delegeren van taken aan andere professionele zorgverleners. De collectieve aanpak heeft echter niet alleen maar voordelen, en kan soms zelfs leiden tot relationele problemen. Zo delen niet alle huisartsen dezelfde beeld van de praktijk en een eventuele 'breuk' kan pijnlijk zijn. Samenwerken op zich kan een bron van stress en druk zijn voor de arts. Het beheer van de groepspraktijk (juridische en financiële aspecten, beheer van interpersoonlijke relaties) vraagt vaardigheden die ontwikkeld moeten worden.

Een andere mogelijkheid zou de ontwikkeling kunnen zijn van een informatica tool voor het delen van medische dossiers om de zorgcontinuïteit te garanderen.

10.4.1.6 *Een overleggroep over steun van collega's oprichten*

Volgens het panel is het belangrijk contacten tussen collega's aan te moedigen. Het assistentschap smeedt bevoorrechte banden tussen stagebegeleider en assistent. De Balint-groepen zijn ook een bevoorrechte plaats van uitwisseling, zelfs al is het niet hun taak om burnout te voorkomen. Het belang van de ontwikkeling van netwerken via preventie-adviseurs^m werd al aangetoond voor andere beroepen. Anderzijds zou het diversifiëren van de beroepsactiviteiten (bijvoorbeeld, door onderzoek te doen) of recreatieve activiteiten (trekking) toelaten om collegiale ondersteuning te ontwikkelen, evenals het volgen van cursussen over hoe het enthousiast blijven uitoefenen van de praktijk. Deze gedeelde tijd kan door accrediteringspunten worden gevaloriseerd en zou een plaats kunnen krijgen in de dodecagroepen die gezelliger zijn dan (sommige) LOK's.

10.4.1.7 *Het sensibiliseren van patiënten zodat hun verwachtingen meer realistisch worden*

Van de vraag "hoe de patiënten sensibiliseren?" is de discussie binnen het panel snel overgeschakeld naar "wat kan ik in mijn eigen praktijk doen? "

Een folder van de beroepsverenigingen met daarin een charter over de relatie arts-patiënt (wat kan ik van mijn arts verwachten? - wat kan mijn arts van zijn patiënten verwachten?) zou de verwachtingen van beide partijen kunnen verduidelijken. De media zijn al erg nuttig geweest voor het brengen van de boodschappen naar de patiënten (bijv. over het gebruik van antibiotica) of voor het verduidelijken van de rol van de zorgverleners (bijv. de specifieke rol van de dienst spoedgevallen, het gebruik van de wachtdiensten, de verschillende rol van de huisartsen en de specialisten...). Er moet nagedacht worden over de manier waarop men een beroep zou kunnen doen op de nieuwe media of documentaires. De mutualiteiten en de patiëntenverenigingen zijn ook kostbare bondgenoten om boodschappen aan de patiënt over te brengen.

Ook zou een systeem van echelonnering meer duidelijke grenzen kunnen stellen bij het beroep doen op de verschillende zorgschelons.

Tenslotte wordt aan elke arts gevraagd om na te denken over de rol die hij speelt in de relatie en zijn reactie op ongepaste vragen, zoals het verkrijgen van een vals medisch attest. Een opleiding over het omgaan met onredelijke vragen van de patiënten zou nuttig kunnen zijn.

10.4.1.8 *De inspanningen van de overheid voor de erkenning van de rol van de huisarts verder zetten*

Eenzijds benadrukte het panel het belang van de relaties tussen de huisartsen en de specialisten bij de erkenning van de huisartsgeneeskunde. Sommige mogelijkheden:

- echelonnering van de zorg bevorderen,
- een stage bij een huisarts voorzien voor alle kandidaat-specialisten, maar over de manier waarop men dit kan doen moet goed worden nagedacht want op dit moment is dit niet haalbaar. Er zijn hiervoor onvoldoende stagemeesters beschikbaar.
- de communicatie tussen de twee zorgniveaus aanmoedigen door het beheer van het Algemeen Medisch Dossier (het opzoeken van aanvullende informatie over de patiënten kan uitputtend zijn).

^m "De preventieadviseur arbeidsgeneesheer moet het gezondheidstoezicht op de werknemers verzekeren. De preventieadviseur inzake psychosociale aspecten werkt samen met de werkgever een preventiebeleid uit in verband met het psychosociaal welzijn van de werknemers en speelt tevens een actieve rol indien dit preventiebeleid faalt en de werknemers menen het slachtoffer te zijn van geweld, pesterijen, ongewenst seksueel gedrag of discriminatie. Hij verstrekt advies, opvang en hulp aan deze personen."¹³⁵

Anderzijds moet men vaststellen dat de huisarts, die per definitie 'voor alles competent is', vaak geconfronteerd wordt met steeds meer technische informatie in elk specifiek domein. Hierdoor kan hij gefrustreerd worden. Twee reacties zijn mogelijk:

- ofwel bereikt de huisarts zijn limiet voor het verwerven van al deze kennis. Het risico is dat hij in een spiraal van zelfverachting terecht komt door de contacten met de specialisten en bepaalde media die de boodschap verspreiden dat men gespecialiseerd moet zijn in een domein vooraleer relevante adviezen te kunnen geven;
- ofwel aanvaardt de huisarts zijn "algemene" kennis en herwaardeert hij ze. Het panel heeft niet gepreciseerd hoe men dit moet bereiken, maar de discussies over de voorgaande aanbevelingen kunnen hiertoe bijdragen.

10.4.1.9 *De inspanningen van de overheid voor het verbeteren van de honorering van huisartsen verder zetten*

Volgens het panel, is het belangrijk betaald en financieel erkend te worden voor wat men doet. Dit is momenteel niet het geval voor alle taken van de huisarts, zoals de consultaties van chronische patiënten buiten de zorgtrajecten, de langere consultaties (door de complexiteit van het geval of omdat de huisarts slecht nieuws moet brengen), enz. De tijd die aan administratieve taken wordt besteed wordt evenmin betaald. Aan welke financiering moet de voorkeur worden gegeven? Een gemengd systeem, een systeem per persoon, ondersteuning van de praktijk (wachtdiensten) of nog iets anders?

Bovendien mag men de averechtse effecten van een verhoging van de honorering niet uit het oog verliezen. Het is niet omdat huisartsen meer betaald worden, ze het aantal consultaties, en dus het risico van burnout, zullen verminderen.

Permanente vorming van de huisartsen is een vorm van erkenning van de overheid die daarmee erkent dat huisartsen te maken krijgen met complexe problemen en tijd nodig hebben om zich te vormen. Stimuleringen om deze opleidingen te volgen bestaan al in het buitenland en kunnen als voorbeeld dienen (zoals een dagopleiding met financiële recuperatie voor het inkomensverlies).

10.4.1.10 *De huisartsen steunen bij time management en het stellen van prioriteiten en hen aanmoedigen om technieken voor stress management te gebruiken*

Deze actiepunten, die van 2 aanbevelingenfiches komen, werden beschouwd als niet-prioritair door de huisartsen die deelnamen aan de Delphi-studie. Het panel geeft hiervoor verschillende mogelijke verklaringen :

- Deze interventies zouden nog meer energie vragen van de huisarts.
- De huisartsen weten niet waaruit deze technieken bestaan.
- De Delphi-steekproef werd vertekend want de vrijwilligers waren misschien al gesensibiliseerd.
- De opleiding van de huisartsen valoriseert hun studiec capaciteiten en niet hun relationele vaardigheden.

10.4.1.11 *Een ondersteunende strategie uitwerken voor de verzorging van zware patiënten en het behandelen van complexe situaties*

Deze aanbeveling werd samen met de aanbevelingen m.b.t. tot de "honorering" en de "erkenning van de huisartsgeneeskunde" behandeld;

10.4.1.12 Concrete maatregelen steunen om de administratieve last van de huisartsen te verminderen

Volgens het panel, is de administratieve last die problemen stelt degene die nutteloos is. Bijvoorbeeld, het moeten invullen van verschillende formulieren met dezelfde informatie maar uitgaande van verschillende instanties.

Nochtans zal de arts, wanneer zijn administratieve last wordt verminderd, door bijvoorbeeld eenvoudige taken te delegeren aan verpleegkundigen, meer patiënten kunnen zien. Dit zal zijn werklast verhogen, vooral dan de meer complexe taken. Deze maatregel zou dus het tegengestelde effect kunnen hebben.

10.4.1.13 Goed georganiseerde wachtdiensten uitwerken om de huisartsen van de individuele wachtdiensten te verlichten terwijl toch de zorgcontinuïteit in een ambulante omgeving wordt gewaarborgd

Deze aanbeveling werd niet besproken tijdens de studiedag. Een KCE-rapport, dat uitsluitend aan dit aspect gewijd is, zal worden gepubliceerd eind 2011.

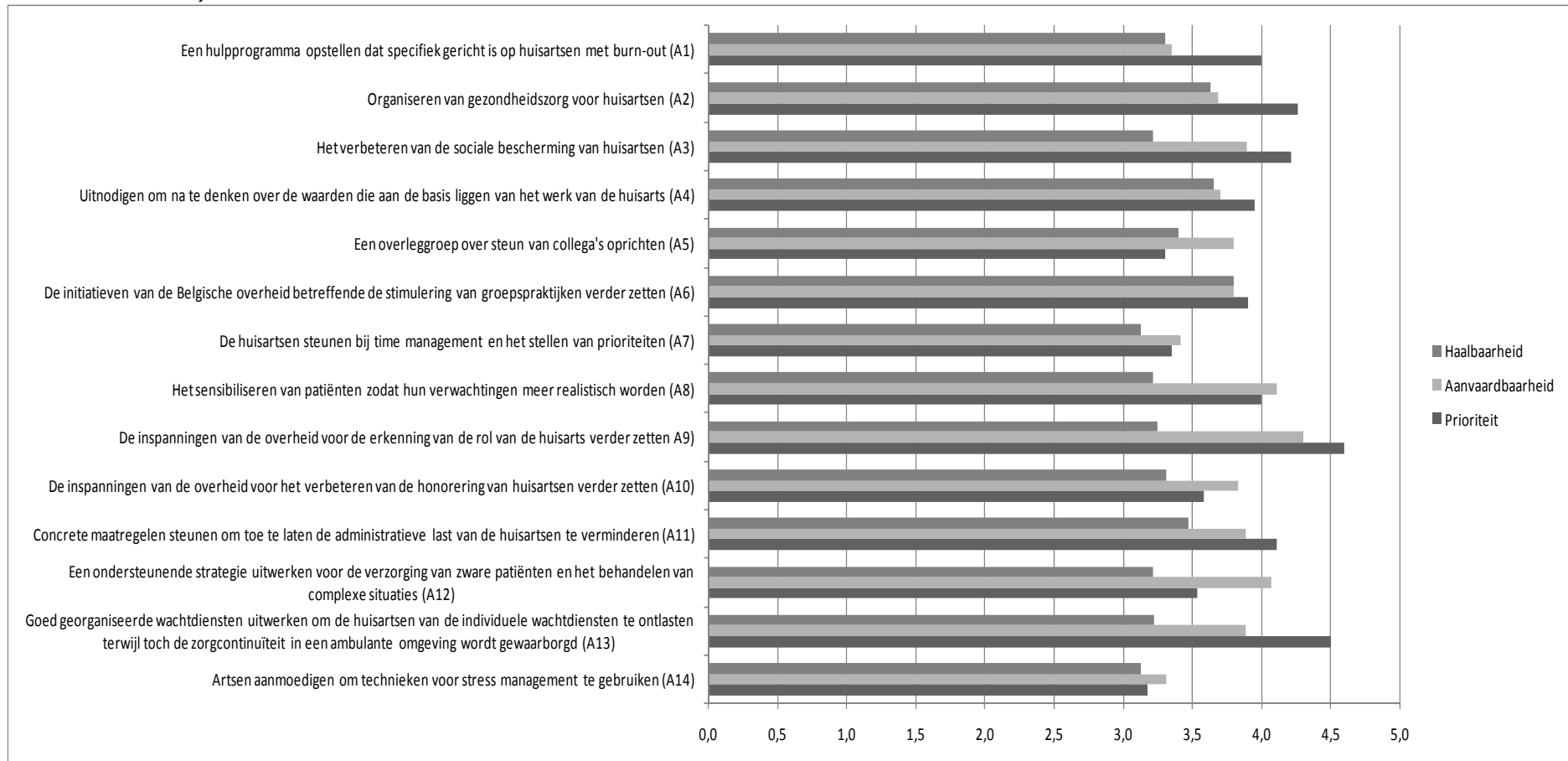
10.4.2 Beoordeling door het panel van deskundigen en stakeholders van de prioriteit, de aanvaardbaarheid en de haalbaarheid van elke aanbeveling.

Zoals volgende figuur toont, vonden de deskundigen en de stakeholders dat alle voorgestelde aanbevelingen haalbaar en aanvaardbaar waren.

De aanbevelingen die de hoogste prioriteit kregen hebben betrekking op de erkenning van de huisartsgeneeskunde, de organisatie van de wachtdiensten, de organisatie van een gezondheidsdienst, de verbetering van de sociale bescherming van de huisartsen en het nemen van maatregelen om de administratieve last te verminderen.

Kregen een prioriteitsscore van 4/5: sensibilisering van de patiënten en behandeling van artsen met burnout.

Figuur 8. Gemiddelde evaluatie van de voorgestelde aanbevelingen in termen van prioriteit, aanvaardbaarheid en haalbaarheid (score van 0 tot 5)ⁿ



ⁿ N varieert van 9 tot 21

II RESULTATEN VAN DE STUDIE : AANBEVELINGSFICHES VOOR DE PREVENTIE EN AANPAK VAN BURNOUT BIJ HUISARTSEN

II.1 INITIATIEVEN OM EVENWICHT TE BRENGEN TUSSEN PROFESSIONELE VERPLICHTINGEN EN BESCHERMING

11.1.1	Een hulpprogramma opstellen gericht op huisartsen met burnout
Context	
<p>In België bestaat er momenteel geen enkel specifiek programma voor de aanpak van huisartsen in burnout. Sommige bestaande initiatieven concentreren zich niet specifiek op burnout maar hebben betrekking op geestelijke gezondheid in het algemeen, ofwel richten ze zich niet op huisartsen maar op een breder publiek.</p> <p>De respondenten van de Delphi-studie verkiezen massaal het gebruik van flexibele structuren -netwerken en/of lokale diensten- voor geïndividualiseerde hulp, eerder dan gespecialiseerde diensten of instellingen (gespecialiseerde klinieken) of andere behandelingsvormen die een verblijf in een instelling inhouden (residentiële hulpverlening). Gezien de internationale ervaringen wordt aanbevolen om het programma dat uiteindelijk zal worden weerhouden, deel te laten uitmaken van een ruimere nationale strategie.</p>	
Doelstelling	
De aanpak van huisartsen met burnout verzekeren.	
Actielijnen	
<ul style="list-style-type: none"> ○ De getroffen huisartsen laagdrempelige hulpverlening aanbieden (telefonisch contact en/of onthaal 7d/7, 24h/24). Ondersteuning geboden door een netwerk van professionele hulpverleners (artsen, psychologen) die opgeleid zijn om te luisteren naar en raad te geven aan zieke artsen. ○ Informatie ter beschikking stellen van de huisartsen over de mogelijkheid om beroep te doen op organisaties die naar hen luisteren, hen steun en hulp bieden. ○ Een netwerk opzetten van gespecialiseerde hulpverleners die coaching aanbieden tijdens individuele of groepsessies. ○ Opzetten van diensten voor zorgcoördinatie die huisartsen met burnout doorverwijzen naar een netwerk van zorgverleners voor aangepaste aanpak van de vastgestelde problemen (onder een therapeutisch contract). ○ Conventies aangaan met bestaande centra die gespecialiseerd zijn in de curatieve aanpak van burnout om een specifieke aanpak te garanderen van de zieke artsen (respecteren van de anonimiteit, rekening houden met de specificiteit van de zieke artsen -ontkenning en professionele kennis -) ○ Een programma voor professionele reïntegratie opstarten (terugkeren naar de vorige professionele activiteit of heroriëntering) en een regelmatige follow-up. ○ Een globale strategie uitwerken die de een samenhangend programma garandeert, van gezondheidsbevorderende acties tot curatieve aanpak en follow-up. 	
Betrokken actoren	
Beleidsmakers, RIZIV, beroepsorganisaties, gespecialiseerde centra, Orde van Geneesheren	

Aandachtspunten

- In realiteit is het moeilijk om burnout los te maken van persoonlijkheidsstoornissen, depressie, andere aandoeningen van psychosociale aard, verslavingen en angsten, stemmings- en aanpassingsstoornissen. De evaluatie van de getroffen huisartsen gebeurt door het stellen van differentiaaldiagnoses die deze verschillende syndromen omvatten, en bij de aanpak ervan moet rekening worden gehouden met de verschillende mogelijke facetten van de problemen van de huisartsen.
- De aanpak van huisartsen met burnout moet idealiter gebeuren door multidisciplinaire teams zodat een totale aanpak kan worden aangeboden waarin meerdere aspecten van de problematiek worden aangepakt (medisch, relationeel, sociaal, juridisch, financieel, continuïteit van de praktijk,...).
- De benadering van de huisarts met burnout is erg delicaat en moet op een welwillende manier gebeuren want burnout weerspiegelt het overmatige engagement van de arts ten aanzien van zijn/haar patiënten, zijn/haar collega's en zijn/haar beroep. Hij/zij vormt in de eerste plaats een gevaar voor zichzelf en pas daarna voor de maatschappij. Hij/zij moet eerder worden beschermd en ondersteund en niet zozeer aan de kaak worden gesteld.
- Het therapeutisch netwerk moet verschillend zijn van het netwerk dat de uitoefening van het beroep controleert zodat de zieke huisartsen niet worden afgeschrikt om hulp te zoeken. De hulpstructuur mag niet bestraffend zijn (geen intrekking van de geschiktheid tot werken). Hier rijst dan een ethische vraag: wanneer de beroeps capaciteit van de huisarts sterk gecompromitteerd is en hij/zij weigert om therapeutische zorg en/of een tijdelijk stopzetten van zijn/haar activiteiten te aanvaarden, moet men dan de anonimiteit en de confidentialiteit van deze zieke arts strikt respecteren of kan men overwegen hem/haar bekend te maken bij de regelgevende instanties (Orde der Geneesheren, Provinciale Medische Commissie)?
- De persoonlijke financiële bijdrage van de zieke artsen aan hun behandeling is aanvaardbaar. Een financiële tussenkomst van het RIZIV en/of het Ministerie van Volksgezondheid kan worden besproken.
- De wederinschakeling in het beroep na de therapie moet deel uitmaken van het proces van aanpak.

11.1.2 Organiseren van gezondheidszorg voor huisartsen

Context

De gezondheid van de huisartsen vormt een wezenlijke uitdaging voor de maatschappij. Maar artsen zijn geen patiënten zoals alle anderen.

Uit de **gesprekken** blijkt dat ze zich weinig en slecht verzorgen en dat ze weinig beroep doen op een collega (zelfdiagnose, zelfmedicatie, zelfopvolging van artsen).

De respondenten van de **Delphi-studie** erkennen nochtans dat het voor een huisarts belangrijk is om een eigen arts te hebben; deze laatste wordt trouwens gezien als de enige persoon die hen, in voorkomend geval, zou kunnen doorverwijzen naar een hulpinstelling die gespecialiseerd is in de aanpak van burnout.

Doelstelling

Ervoor zorgen dat huisartsen kunnen genieten van gezondheidszorg en het bevorderen van een vroegtijdige opsporing van psychologische en lichamelijke problemen.

Actielijnen

- Stimuleren van artsen tot het hebben van een eigen huisarts (bijv. een medisch dossier bij een collega).
- Organisatie van regelmatige, algemene check-ups (jaarlijks of tweejaarlijks) waaronder een evaluatie van burnout (niet verplicht, met stimulering).
- Opzetten van programma's die gericht zijn op: het voorkomen van misbruik van alcohol of drugs, en het voorkomen van bepaalde geestelijke gezondheidsproblemen; het bevorderen van vroegtijdige identificatie en een aangepaste behandeling van artsen die worstelen met problemen van alcoholisme, toxicomanie of geestelijke gezondheid; hulp bieden bij de integratie of herintegratie in het uitoefenen van hun beroep.
- Opzetten van opsporingsprogramma's voor burnout gericht op professionele gezondheidswerkers en de mogelijkheid om de arts te verwijzen naar een bestaande structuur (verwijzing naar een psycholoog of psychiater voor verzorging van geestelijke gezondheidsproblemen, depressie, professionele uitputting; verwijzing naar een dienst voor behandeling van verslaving; eventueel verwijzing naar een adviseur of een juridische hulpdienst voor het oplossen van sociaal-economische of juridische problemen.

Betrokken actoren

RIZIV/NRKP, verzekeraars, huisartsen

Aandachtspunten

- De deelname aan preventie- en opsporingsacties moet vrijwillig gebeuren, en de vertrouwelijkheid en anonimiteit moeten worden gewaarborgd.
- Diegenen die deze preventie- of opsporingsacties voor burnout uitvoeren, kunnen huisartsen zijn die werden opgeleid voor dit type interventie, psychologen/psychotherapeuten en interventieteams. Bij eerstelijnszorg worden psychiaters daarentegen uitgesloten.
- De persoonlijke financiële bijdrage van de deelnemers aan deze preventie- en opsporingsacties moet worden beperkt. Een financiële bijdrage door het RIZIV kan besproken worden zonder echter een persoonlijke financiële bijdrage van de arts bij een curatieve aanpak uit te sluiten.
- Er moet weerstand worden overwonnen met betrekking tot de noodzaak om een referentiearts te hebben.
 - De aanvaarding van de aanpak van een huisarts door een referentiearts houdt in :
 - vrije beslissing door de arts om opgevolgd te worden door een referentiearts,

<ul style="list-style-type: none"> ○ vrije keuze van de referentiearts ▪ Daarentegen wijst internationale ervaring erop dat de kansen op succes groter zijn als de arts een referentiearts kiest die buiten zijn/haar vriendenkring valt en buiten de geografische zone waar hij/zij zijn/haar praktijk heeft. Bovendien is een specifieke opleiding van de referentiearts een troef bij het op zich nemen van de medische aanpak van een andere arts (GP for GP). ○ Een alternatief van het type arbeidsgeneesheer voor huisartsen is een mogelijke actielijn gezien hun opleiding voor het identificeren van verschillende beroepsrisico's en hun rol bij het geven van preventief advies. Onwetendheid over het werkingsterrein van de arbeidsgeneesheer kan echter leiden tot terughoudendheid vanwege de huisartsen ○ De check-up mag niet uitsluitend gericht zijn op problemen van geestelijke gezondheidszorg of van burnout omdat men dan het risico loopt dat de huisarts er wantrouwend en afwijzend tegenover staat (vrees voor stigmatisering). Check-ups of consultaties voor welzijn zijn beter aanvaardbare termen. .

11.1.3 Het verbeteren van de sociale bescherming van huisartsen

Context

Huisartsen zijn zelfstandigen maar ze genieten niet van enig voordeel dat gekoppeld is aan dit statuut (vrij kiezen van uurrooster, vrij verlof nemen, bepalen van begin en einde van de werkdag, onmogelijkheid om de vergoeding aan te passen in het kader van de overeenkomsten artsen-ziekenfondsen, minimale sociale bescherming in geval van onderbreking van hun activiteit).

Een prioriteit voor de respondenten van de **Delphi-studie** is een gewaarborgde uitkering bij ziekte/invaliditeit; en in de **gesprekken** werden hiervoor meerdere actielijnen naar voor gebracht.

Doelstelling

Het toekennen van een "billijke" sociale bescherming met betrekking tot de verplichtingen die inherent zijn aan het beroep

Actielijnen

- Een gewaarborgde uitkering bij ziekte/invaliditeit;
- Speciaal fonds voor onmiddellijk gewaarborgd inkomen in geval van tijdelijke werkonderbreking en vergemakkelijken van het vervangingsstelsel;
- Erkenning van beroepsziekten;
- Verlenging van het zwangerschapsverlof;
- Hulp bij het plannen van het pensioen;
- Vergemakkelijken van onderbrekingen van de carrière, van deeltijds werk (aanvullende financiering, vervangingsstelsel).

Betrokken actoren

Beleidsmakers (fiscaliteit van zelfstandigen), verzekeraars

Aandachtspunten

- De vervanging van de afwezige arts door ambulante artsen is een experiment dat in andere landen (zoals Frankrijk) wordt uitgevoerd. In België doet dit vragen rijzen over het statuut van de arts die uitsluitend vervangingen doet (behoud van de erkenning? mogelijkheid van accreditering?).

- Het gebrek aan sociale bescherming geldt voor alle zelfstandige beroepen. De voorgestelde oplossingen moeten specifiek zijn voor de huisartsen (solidariteit tussen artsen) of veralgemeend kunnen worden voor alle zelfstandigen (verantwoordelijkheid van de overheid)?
- Voor collectieve financiering van de sociale bescherming voor huisartsen kunnen verschillende manieren worden overwogen:
 - Een verzekering betaald door het RIZIV op een deel van de honoraria
 - Een fonds dat wordt gevoed door een deel van het sociale statuut van geconventioneerde artsen

11.2 INITIATIEF OM WAARDENCONFLICTEN TE NEUTRALISEREN

11.2.1 Uitnodigen tot nadenken over de waarden die aan de basis liggen van het werk van de huisarts

Context

De **gesprekken** die werden uitgevoerd met huisartsen benadrukken de geladenheid van de intra-professionele waardenconflicten die samenhangen met het al dan niet erkennen van de morbiditeit van het medisch werk. Hieruit blijkt dat de belangrijkste waarde, nl het absolute plichtsbefes het probleem van de burnout kan verdoezelen bij een deel van de beroepsgroep, en/of de schaamte en het schuldgevoel kan versterken bij hen die erdoor worden getroffen. Deze "sociale stilte" -ook "wet van de stilte" genoemd - en de stigmatisering die ermee gepaard gaat, zijn fenomenen die erkend worden op internationaal niveau en die beiden bijdragen tot het in stand houden en zelfs verergeren van de burnout. Door rond bepaalde waardenconflicten een openbaar debat (tijdens nationale en internationale conferenties) te houden, kan een betere aanvaardbaarheid van bepaalde actielijnen worden bekomen.

Doelstelling

Identificeren van de intra- en extra-professionele waarden die in conflict kunnen komen, om het conflict te kunnen ontcrachten.

Actielijnen

- Methode van collectief overleg (Staten-generaal van de algemene geneeskunde);
- Geïndividualiseerde benadering (geïndividualiseerde informatie, advies, coaching, psychotherapie) of benadering in groep (informatie, advies en coaching via de LOKs, Balint-groepen, huisartsenkringen, etc.). Het beoogde doelpubliek moet bestaan uit geneesheren in opleiding en praktiserende geneesheren. De aangeboden onderwerpen moeten handelen over vertrouwen in collega's, responsabilisering van de patiënten, evaluatie van de praktijk (vanaf de eerste jaren van de praktijk)

Betrokken actoren

Huisartsen, beroepsorganisaties, Orde der Geneesheren, instellingen voor opleiding, stressmanagement en therapie voor zorgverleners, faculteiten geneeskunde.

Aandachtspunten

- Omdat huisartsen hun kwetsbaarheid voor burnout ontkennen, is dit een uiterst gevoelig, moeilijk te analyseren en moeilijk te wijzigen onderwerp.
- Een generatieconflict is waarschijnlijk (weerstand vanwege de oudere artsen die gehecht zijn aan hun traditionele waarden van toewijding aan de geneeskunde; contrast van het begrip uitoefening van de geneeskunde - absolute toewijding versus een beroep net zoals alle andere; plicht versus evenwicht tussen beroep en sociaal leven, vertrouwen of terughoudendheid in de

samenwerking met andere huisartsen). De praktijk van oudere artsen in vraag stellen zonder hen een schuldgevoel te bezorgen is een hele uitdaging.

- Dit thema kan het debat over de invloed van de vervrouwelijking van het beroep voeden want bij de waarde van de absolute toewijding voegt zich nu die van prestatie (vooral veelzeggend bij vrouwen die het gevoel hebben dat ze zich staande moeten kunnen houden in een mannenwereld).
- Studenten zijn een bevoorrechte doelgroep van deze aanbeveling. De docenten zijn zich bewust van deze problematiek en hebben enkele vormingen opgestart (communicatie, Balint-groepen...) maar die passen slecht binnen het huidige studieprogramma.

11.3 INITIATIEVEN OM HET GEBREK AAN STEUN VAN COLLEGA'S TE VERZACHTEN

11.3.1 Een overleggroep creëren over steun tussen collega's

Context

De **literatuurreview** vermeldt dat spanningen en conflictsituaties met collega-artsen gepaard gaan met een hogere mate van professionele uitputting en een gering gevoel van zelfontplooiing.

Steun van collega's, discussies in groep, team, de steun van collega's die ook een burnout hadden en die deze hebben overwonnen, zijn mogelijke interventies die worden vermeld in de **literatuur**.

Doelstelling

Professionele ondersteuning en onderlinge verstandhouding opwaarderen

Actielijnen

- Het stimuleren van zelfhulpgroepen (deze kunnen worden gedefinieerd als groepen waarin wederzijdse ondersteuning wordt geboden, grotendeels vrijwillig, min of meer gestructureerd, aan personen die gemeenschappelijke psychologische of sociale problemen hebben);
- Het opzetten van een netwerk van hulpverleners die kunnen aanzetten tot discussie binnen groepen collega's (zoals momenteel al bestaat op het niveau van de preventieadviseurs). Deze vergaderingen zouden kunnen geaccrediteerd worden.
- Versterking van de systemen voor begeleiding en mentorship op een zodanige manier dat het tot stand komen van bevoorrechte banden met de hulpverleners wordt gestimuleerd;
- Bevorderen van minder professionele contacten tussen collega's (waaronder ook met de assistenten), recreatieve activiteiten, sporten...

Betrokken actoren

Artsenverenigingen, Orde der Geneesheren, instellingen voor opleiding en ondersteuning van artsen met problemen

Aandachtspunten

- Volgens de interviews, worden de LOKs en de dodecagroepen niet beschouwd als plaatsen waar gepraat kan worden over overbelasting of psychologische moeilijkheden. De mogelijkheid om deze reeds bestaande structuren in dit kader te gebruiken, moet worden besproken.

11.3.2 De initiatieven van de Belgische overheid betreffende de stimulering van groeps- of netwerkpraktijken verder zetten

Context

Tijdens de **gesprekken** leek de groepspraktijk of medisch huis een plaats te zijn waar men zonder valse schaamte kan praten over de grenzen van het engagement. Dit is echter geen wondermiddel aangezien sommige respondenten de oorzaak van hun burnout eerder leggen bij de groepspraktijk zelf.

Het **KCE rapport 'Huisartsgeneeskunde: aantrekkingskracht en beroepstrouw bevorderen'** stelt voor om het werken in team of in netwerk aan te moedigen om het gevoel van isolatie en moeilijke werkomstandigheden te verminderen bij huisartsen in solopraktijk.

Doelstelling

De huisartsen toelaten om de moeilijkheden die ze in hun praktijk ondervinden te delen, om te genieten van administratieve ondersteuning, en om bepaalde taken te delegeren en te genieten van multidisciplinair werk.

Actielijnen

- Praktische ondersteuning voor elke vorm van formele mono- of multidisciplinaire samenwerking;
- Behoud van financiële stimulerings voor de groepspraktijk
- Verbetering van de communicatie met betrekking tot de bestaande initiatieven

Betrokken actoren

RIZIV, huisartsen, beleidsmakers

Aandachtspunten

- De groep zelf kan een oorzaak van burnout zijn. Beheermechanismen zijn noodzakelijk (tijdens de gesprekken suggereerden sommige artsen om een ambulante bemiddelaar te voorzien voor groepspraktijken).
- De multidisciplinaire groepspraktijk, die een combinatie van verschillende disciplines mogelijk maakt, moet meer worden aangemoedigd dan de monodisciplinaire groepspraktijk, om verzorging van zware gevallen (complexe medische en sociale problemen) mogelijk te maken. Het tot stand brengen van een dergelijke samenwerking is echter een erg complex proces;
- Het is nodig een onderscheid te maken tussen de groepspraktijk en de praktijk in een medisch huis die met een zekere ideologie wordt geassocieerd en waarin niet alle artsen zich kunnen terugvinden;
- Financiële stimulering of de ontwikkeling van een informaticanetwerk dat het werken in groepspraktijk zou vergemakkelijken, zou erg welkom zijn. Dit zou met name toelaten om een gemeenschappelijk medisch dossier te beheren (zeer nuttig bij wachtdiensten);
- Groepspraktijk is niet voor iedereen de oplossing en andere alternatieven moeten worden ontwikkeld om een netwerk te vormen van huisartsen die er de voorkeur aan geven om een solopraktijk uit te oefenen.

11.4 INITIATIEVEN OM HET GEBREK AAN CONTROLE DOOR DE HUISARTS OP ZIJN BEROEPSACTIVITEITEN TE VERZACHTEN

11.4.1	De huisartsen steun verlenen bij het beheren van tijd en het stellen van prioriteiten
<p>Context</p> <p>De flexibiliteit van de uurroosters, de lange werkdagen, het beheer van spoedgevallen en de moeilijke harmonisering van privé- en beroepsleven zijn factoren die samenhangen met een burnout.</p> <p>Uit de gesprekken en uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat sommige technieken voor tijdsbeheer als gunstig werden ervaren voor het voorkomen van een burnout..</p>	
<p>Doelstelling</p> <p>Artsen mogelijkheden bieden om tot een beter beheer van hun tijd en een betere prioriteitsbeheersing te komen</p>	
<p>Actielijnen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Verbetering van het beheer van consultaties: verminderen van perioden van beschikbaarheid, reserveren van vaste dagen voor 'consultatie na afspraak'; ○ Coaching of opleidingen in tijdsbeheer en het stellen van prioriteiten bij het uitvoeren van taken; ○ Aanpassing van de verplichting van de huisarts om zich te verplaatsen om zo tijdverlies te voorkomen door het vermijden van nutteloze verplaatsingen. Voorstellen van stimulansen om patiënten ertoe aan te zetten naar de praktijk van de arts te komen vs. voorzien van een verhoging van de honoraria voor nutteloze verplaatsingen (volgens de toestand van de patiënt of het relatieve niveau van urgentie). 	
<p>Betrokken actoren</p> <p>Huisartsen, RIZIV/NRKP, FOD volksgezondheid en werkgelegenheid, beroepsorganisaties</p>	
<p>Aandachtspunten</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Het uitoefenen van de algemene geneeskunde houdt het beheer in van onvoorspelbaarheid, van niet te plannen bezoeken die interfereren met de geprogrammeerde organisatie van de consultaties. ○ Financiële incentives of sancties hebben weinig invloed op het gedrag van patiënten, vooral als de verhoging beperkt is; ze kunnen ook discriminatie veroorzaken van personen met een laag inkomen. 	
11.4.2	Het sensibiliseren van patiënten zodat zij meer realistische verwachtingen stellen
<p>Context</p> <p>Net zoals in ziekenhuizen wordt de algemene geneeskunde geconfronteerd met een aantal belangrijke consumeristische praktijken: patiënten doen een beroep op de huisarts op buitensporige uren, of doen een misplaatst beroep op de dienst spoedgevallen voor kleine, chronische problemen; medisch toerisme om een gewenst voorschrift te krijgen of bijkomende aanvullende onderzoeken; een huisbezoek eisen terwijl de toestand van de patiënt hem niet belet zich te verplaatsen.... Uit de gesprekken komen deze verschillende aspecten duidelijk naar voren. Sensibilisering van patiënten zodat hun eisen ten aanzien van de huisarts</p>	

<p>meer realistisch zijn wordt als een prioritaire actielijn beschouwd door de respondenten van de Delphi-studie.</p>
<p>Doelstelling</p> <p>De burgers ertoe brengen om op een redelijke en aangepaste manier een beroep te doen op het gezondheidszorgsysteem</p>
<p>Actielijnen</p> <ul style="list-style-type: none">○ Gebruik maken van de media om de bevolking te sensibiliseren over de rol van de huisarts, de wachtdiensten en de urgentiediensten (cfr. Campagnes GMD, antibiotica, opsporing van kanker, thema-uitzendingen radio/TV ; lokale kranten, nieuwe media en gebruik van on-line sociale netwerken);○ Betrokkenheid van de patiëntenorganisaties als tussenpersoon om de bevolking te sensibiliseren;○ Opstellen van een charter “patiënten/huisartsen”. De wetenschappelijke organisaties van huisartsen kunnen een tekst voorstellen om in de wachtzalen te hangen zoals dat ook gebeurt in ziekenhuizen. Dit charter zou het equivalent kunnen zijn van een “contract” dat door beide partijen moet worden gerespecteerd;○ Voor elke praktijk een brochure opstellen waarin wordt uiteengezet wat de patiënt al dan niet van die praktijk mag verwachten. Dit gebeurt nu soms al in sommige groepspraktijken. Deze brochure zou kunnen worden verdeeld aan het patiëntenbestand (en zeker en vast aan de nieuwe patiënten). Het opstellen van dit type brochure is specifiek, lokaal, maar moet op op grotere schaal worden gestimuleerd (bijvoorbeeld door het organiseren van een wedstrijd voor de beste brochure).
<p>Betrokken actoren</p> <p>Beleidsmakers, huisartsen, ziekenfondsen, patiëntenverenigingen</p>
<p>Aandachtspunten</p> <ul style="list-style-type: none">○ Financiële stimulansen/sancties hebben weinig invloed op het gedrag van patiënten, vooral indien de verhogingen minimaal zijn; ze kunnen ook discriminatie veroorzaken van personen met een laag inkomen.○ De vicieuze cirkel van consumptie wordt ook gevoed doordat de huisarts de verzoeken van de patiënten inwilligt. Maar hoe moeten de artsen worden ondersteund bij het doorbreken van deze vicieuze cirkel? Neen antwoorden op een vraag van een patiënt (voor een attest bijvoorbeeld) is moeilijk, zowel op relationeel vlak, als op het vlak van tijdsbenutting omdat dan vaak lange verklaringen noodzakelijk zijn. Moet er een opleiding worden voorzien "Hoe reageren op irrationele vragen van patiënten"?○ Aan de patiënt vragen om beter het gezondheidszorgsysteem te gebruiken, houdt ook in dat dit laatste duidelijk georganiseerd is. Hiervoor moet dus de echelonnering binnen de gezondheidszorg worden geregeld en een duidelijke definitie worden gegeven van de rol van de huisarts (cf. volgende aanbeveling).

11.5 INITIATIEVEN OM HET GEBREK AAN ERKENNING VAN DE HUISARTSGENEESKUNDE TE VERZACHTEN

<p>11.5.1 De overheidsinspanningen voor erkenning van de rol van de huisarts verder zetten</p>
<p>Context</p> <p>De huisarts zou zich in het centrum van het gezondheidszorgsysteem moeten bevinden, maar toch delen studenten geneeskunde dit enthousiasme voor de eerstelijnszorg niet. Huisartsen stoppen met hun beroep vooraleer ze zelfs maar goed geïnstalleerd zijn of na enkele jaren ervaring. Dit bedreigt de toekomst van de eerstelijnszorg in de geïndustrialiseerde landen, zelfs het evenwicht van onze gezondheidszorg.</p> <p>Het KCE-rapport 90 “Huisartsgeneeskunde: aantrekkingskracht en beroepstrouw bevorderen” wijst bovendien op het belang van de negatieve perceptie van het beroep van huisarts, die met name gekoppeld is aan de plaats binnen de gezondheidszorg. De gesprekken onderlijnen de problemen die samenhangen met de schaarste aan huisartsen en stellen, net zoals de Delphi-studie, verschillende mogelijkheden voor om de erkenning van de rol van de huisarts te verbeteren (gemeenschappelijk basisprogramma tussen specialisten en huisartsen, geïntegreerd dossiersysteem tussen specialisten en huisartsen, herdefiniëring van de echelonnering van de zorg).</p>
<p>Doelstelling</p> <p>Verbeteren van het erkennen van de rol van huisartsen door patiënten, beleidsmakers en andere professionele gezondheidswerkers.</p>
<p>Actielijnen</p> <p>Het KCE-rapport 90 formuleert aanbevelingen die men terugvindt in de gesprekken en de Delphi-studie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Verbetering van de selectie en de universitaire vorming van studenten. Dit houdt een gemeenschappelijk basisprogramma in de opleiding van huisartsen en specialisten in, en een snellere confrontatie met de algemene geneeskunde en de organisatie van kwaliteitsvolle stages; ○ Invoeren van een gecentraliseerd dossiersysteem tussen specialisten en huisartsen, grotere complementariteit tussen huisartsen en specialisten; ○ Verbetering van het imago van het beroep van huisarts. Dit zou een herdefiniëring moeten inhouden van de echelonnering van de zorg, diversificatie van de activiteiten en nieuwe carrièrevooruitzichten (bijvoorbeeld onderzoeksactiviteiten, initiatieven op het vlak van kwaliteit)
<p>Betrokken actoren</p> <p>Faculteiten van geneeskunde, RIZIV/NRKP, beleidsmakers, beroepsverenigingen</p>
<p>Aandachtspunten</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ De deelname van elke geneeskundestudent aan een stage in huisartsgeneeskunde, hoewel interessant om de toekomstige samenwerking tussen collega's te bevorderen, is momenteel niet haalbaar omwille van het beperkte aantal stagebegeleiders. ○ De centralisatie van de medische dossiers roept vragen op inzake het waarborgen van de confidentialiteit, maar ook van verantwoordelijkheid. Dit zou kunnen leiden tot een virtueel dossier waaraan iedereen wel bijdraagt, maar dat door niemand wordt geanalyseerd en samengevat. ○ Tegenover een geneeskunde die steeds meer gespecialiseerd en technisch wordt, moet de huisarts het totaalbeeld bewaren. Maar men kan niet in alles gespecialiseerd zijn en dit vormt een bron van frustratie. Men moet dus nadenken over een betere manier om de 'algemene' competenties van de huisarts op te waarderen.

<p>11.5.2 De overheidsinspanningen voor het verbeteren van de honorering van huisartsen verder zetten</p>
<p>Context</p> <p>De honorering van de huisarts wordt vaak aangehaald als een van de verklarende factoren voor de problemen met rekrutering en retentie in de algemene geneeskunde. De beleidsmakers hebben al een financieel beleid uitgewerkt, zoals stimulansen voor het uitoefenen van de algemene geneeskunde in zones waar er een tekort is, ondersteuning bij de administratieve organisatie van de groepspraktijken, capitatie bij betaling per prestatie.</p>
<p>Doelstelling</p> <p>Een toereikend inkomen verzekeren voor de huisartsen</p>
<p>Actielijnen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aangepaste opwaardering van complexe consultaties (echelonnering van het niveau van complexiteit) ○ Stimulansen voor permanente opleiding: organisatie in dagcursussen, financiële compensatie voor hieruit voortvloeiend verlies van inkomen, hetzij door rechtstreekse vergoeding (cf. Frankrijk), hetzij door afschrijving op het vlak van belastingen (cf. Nederland); ○ Geneeskunde tegen een vaste prijs; ○ Opstellen van nieuwe nomenclatuurnummers voor de taken die momenteel niet worden vergoed ○ Correcte informatie van huisartsen over de diversificatie van de betalingsmechanismen; ○ Voortzetting van de financiële initiatieven van de Belgische overheid op gebied van aanmoediging van groepswork en installatie in zones met een tekort aan huisartsen (verbetering van informatie hierover op het einde van de studies);
<p>Betrokken actoren</p> <p>Beleidsmakers, RIZIV</p>
<p>Aandachtspunten</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ De vergoeding verhogen kan een averechts effect hebben op het vlak van burnout omdat huisartsen zo zouden kunnen worden gestimuleerd om hun patiëntenbestand nog meer uit te breiden om meer te verdienen, of omdat ze daardoor kunnen weigeren om hun activiteiten te onderbreken uit angst om veel te verliezen. ○ Door een vergoeding te voorzien voor elke handeling komt men tot een uiterst complex systeem waarbij onderdelen telkens moeten worden toegevoegd zonder ooit het gewenste totaal te evenaren. Forfaitaire geneeskunde heeft dit nadeel niet. ○ De financiële opwaardering van complexe consultaties moet niet worden gefinancierd door de patiënten want als het bedrag van de consultatie ten laste van de patiënt hoger wordt, zal die zich rechtstreeks tot de specialist wenden. ○ Het aantal uren van permanente vorming dat door huisartsen in België wordt gevolgd, moet worden aangepast in vergelijking met de minima die vereist worden in de andere Europese lidstaten. Het probleem van de organisatie van deze vorming zal later worden besproken. ○ Het financiële aspect is slechts een deel van de professionele beloning en volstaat niet om te voldoen aan de noodzaak van erkenning.

11.6 INITIATIEVEN OM OVERBELASTING TE VOORKOMEN

<p>11.6.1 Steunen van concrete maatregelen die de administratieve last van de huisartsen verminderen</p>
<p>Context</p> <p>De administratieve last hangt samen met activiteiten in verband met de patiënten, het RIZIV, de mutualiteiten of de coördinatie met de andere actoren van de gezondheidszorg. De administratieve last verminderen, wordt als een prioriteit gezien door de respondenten van de Delphi-enquête en de gesprekken.</p>
<p>Doelstelling</p> <p>De tijd die door artsen moet worden besteed aan administratieve taken verminderen</p>
<p>Actielijnen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ondersteuning bij de organisatie van een secretariaat voor het uitvoeren van taken zoals het maken van afspraken, opvolgen van dossiers, archivering van documenten, bestellen van formulieren....; ○ Administratieve vereenvoudiging (gemeenschappelijke formulieren voor attesten, verzekeringen, mutualiteiten...). ○ Ondersteuning bij de boekhouding (facturatie, opvolging van de boekhouding...) zelfs voor artsen die alleen werken. ○ Vergemakkelijking van de administratieve stappen zoals facturatie via derdebetalersregeling; verderzetten van de initiatieven van het RIZIV waarbij de sociale derdebetalersregeling wordt aangemoedigd. ○ Vereenvoudiging van het gebruik van informatie- en communicatietechnologieën (elektronische toegang tot administratieve documenten en mogelijkheid om elektronisch patiënten door te verwijzen naar specialisten, afspraken maken via elektronische weg)
<p>Betrokken actoren</p> <p>Beleidsmakers</p>
<p>Aandachtspunten</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ De informatie- en communicatietechnologieën kunnen bijdragen tot het verlichten van de administratieve taken, maar een te grote complexiteit in gebruik kan ook aanleiding geven tot burnout bij huisartsen. Ze doen ook de vraag rijzen van de bescherming van persoonsgegevens. ○ De huisartsen erkennen het nut van de administratieve stappen die nodig zijn voor het verkrijgen van schadeloosstelling of terugbetaling van geneesmiddelen, maar pleiten ervoor om verdubbeling te vermijden van de formulieren volgens de betrokken instanties (mutualiteiten, Fonds beroepsziekten, Vierge Noire,...) en om te kunnen beschikken over formulieren die on-line kunnen worden ingevuld met uitsluitend de gegevens die nuttig zijn voor het beoogde doel. ○ Het aanwerven van een administratieve kracht kan nuttig zijn, maar zal niet noodzakelijk de totale werklast van de huisarts verminderen want het delegeren van eenvoudige taken brengt de opeenhoping mee van complexe taken (zonder afwisseling).

11.6.2	Een ondersteunende strategie uitwerken voor artsen met patiënten met zware pathologie of patiënten met complexe problemen
<p>Context</p> <p>Het beheer van patiënten met een hoge emotionele/psychologische last enerzijds, en het ontwikkelen van vaardigheden in communicatie, beheer van medische fouten, begeleiding van psychiatrische patiënten, zijn twee prioriteiten die werden geïdentificeerd door de Delphi-studie.</p> <p>Tijdens de gesprekken benadrukken de artsen ook de last (emotioneel en op gebied van tijdsinvestering) die het verzorgen van patiënten met complexe problemen met zich meebrengt.</p>	
<p>Doelstelling</p> <p>Voor het ondersteunen van de aanpak van patiënten met complexe problemen moeten vaak bijzondere vaardigheden worden verworven of onderhouden, en moet meer tijd worden genomen voor de consultaties.</p>	
<p>Actielijnen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Opleiding, supervisie, coaching, psychologische opvolging van artsen die met dit type patiënten worden geconfronteerd; ○ Het opzetten van multidisciplinaire teams (integratie van psychologen en maatschappelijk werkers) en/of vorming van lokale netwerken van specialisten, maatschappelijk assistenten en psychologen naar wie de patiënten kunnen worden doorverwezen. ○ Proportioneel rekening houden met de tijd die wordt besteed aan complexe consultaties (een specifieke code voor facturatie in functie van het niveau van complexiteit). 	
<p>Betrokken actoren</p> <p>Beleidsmakers, instituten voor opleiding, stressmanagement en therapie voor zorgverleners, beroepsorganisaties</p>	
<p>Aandachtspunten</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ De multidisciplinaire groepspraktijk, die een combinatie van verschillende disciplines mogelijk maakt, moet meer worden aangemoedigd dan de monodisciplinaire groepspraktijk, om de aanpak van zware gevallen (complexe medische en sociale problemen) mogelijk te maken. Het tot stand brengen van een dergelijke samenwerking is echter een erg complex proces; ○ Een groepspraktijk is niet voor iedereen de oplossing en andere alternatieven moeten worden ontwikkeld om een netwerk te vormen van huisartsen die er de voorkeur aan geven om een solopraktijk uit te oefenen. ○ De huisartsgeneeskunde moet niet in thema's worden opgesplitst. Belangrijk is om complexe situaties te erkennen zonder dat men daarom een beroep moet doen op de ziekteleer om ze nauwkeurig te benoemen. 	
11.6.3	Goed georganiseerde wachtdiensten uitwerken om de huisartsen van de individuele wachtdiensten te ontlasten terwijl toch de continuïteit van de ambulante zorg wordt gegarandeerd
<p>Context</p> <p>De verbetering van het systeem van de wachtdienst is een prioriteit voor de respondenten van de Delphi-studie.</p> <p>Dit thema wordt ook benadrukt tijdens de gesprekken waar in dit opzicht verschillende voorstellen worden geformuleerd (financiële compensatie, vergoed inhaalverlof, wachtposten, stimulansen voor de patiënten om zich te verplaatsen, ...).</p>	

11.6.3	Goed georganiseerde wachtdiensten uitwerken om de huisartsen van de individuele wachtdiensten te ontlasten terwijl toch de continuïteit van de ambulante zorg wordt gegarandeerd
Op dit moment wordt een KCE-rapport opgesteld (2011) dat concrete aanbevelingen zal doen in dit gebied. Deze aanbeveling zal dus niet worden uitgewerkt in het rapport over burnout bij huisartsen.	
11.6.4	De artsen aanmoedigen om technieken voor stressmanagement te gebruiken
<p>Context</p> <p>Hoe stressmanagement wordt toegepast, kan een invloed hebben op de verschillende elementen van de burnout. In dat opzicht benadrukt de wetenschappelijke literatuur de relevantie van technieken voor stressmanagement en preventie van burnout. Merk op dat sommige van deze interventies (coping) moeten worden aangepast in functie van het geslacht van het doelpubliek.</p>	
<p>Doelstelling</p> <p>Aan artsen manieren aanreiken om stresssituaties te identificeren en er het hoofd aan te bieden, om hun energie en hun middelen adequaat te mobiliseren, praktijken promoten die het welzijn en het behoud van zorgverleners bevorderen.</p>	
<p>Actielijnen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Het aanleren van technieken van stressmanagement en ontspanning, vorming van mindfulness; ○ Inrichten van workshops over de gezondheid van artsen: vermoeidheid in de medische praktijk; de gevaren van het perfectionisme, de evolutie van de carrière; fouten en klachten overleven; ergonomie in het medisch kabinet; ○ Specifieke cursussen geven aan huisartsen in opleiding om oplossingen te bespreken die hen zullen helpen om de eventuele moeilijkheden van hun praktijk te overwinnen (voorbeeld, de organisatie van een praktijk van huisarts, factoren van mogelijke stress van het beroep cfr. KCE-rapport 90); ○ Het aanmoedigen van acties die gericht zijn op het welzijn van de arts (cursussen, conferenties, informatiestanden tijdens medische congressen); ○ Informatie met betrekking tot bestaande initiatieven op gebied van stressmanagement en het omgaan met angst. 	
<p>Betrokken actoren</p> <p>Huisartsen, faculteiten geneeskunde, beroepsverenigingen, beleidsmakers en bestaande voorzieningen.</p>	
<p>Aandachtspunten</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Het bevorderen van het welzijn en de gezondheid van de artsen wordt beschouwd als een secundair actiepunt door de artsen. Onwetendheid over wat bestaat, een opleiding van studenten waarin weinig aandacht aan dit aspect wordt geschonken, bijkomende energie die moet worden besteed aan stress management zijn allemaal remmingen waarmee komaf zou moeten worden gemaakt. 	

12 ALGEMENE SYNTHESE: EEN GLOBALE AANPAK GERICHT OP EEN EVENWICHTIGE BEROEPSBETROKKENHEID

12.1 CONTEXT EN METHODES

12.1.1 Burnout: een bedreiging voor de huisartsen en voor de volksgezondheid.

De gezondheid van de huisartsen vormt een wezenlijke uitdaging voor de maatschappij. Omdat ze tussenbeide komen in de eerste lijn, is hun taak het beheren van het merendeel van de gezondheidsproblemen bij de algemene bevolking, zowel op preventief als op curatief vlak.

Professionele uitputting, bekend onder de naam burnout, kan voor hen die er aan lijden, geestelijke gezondheidsproblemen veroorzaken, zoals een depressie. De prikkelbaarheid en de neiging om zich af te sluiten die kenmerkend zijn voor een persoon met burnout kunnen ook sociale gevolgen hebben, zowel beroepsmatig als op het vlak van het gezin. Bovendien gaat burnout vaak samen met het risico van zelfmoord of misbruik van psychotrope middelen, en dit vooral bij artsen die immers makkelijk toegang hebben tot geneesmiddelen.

Naast het gevaar dat ze voor zichzelf vormen, zijn zieke huisartsen ook niet meer zo goed in staat om hun professionele taken op een gepaste manier uit te voeren en lopen ze het risico om medische fouten te begaan. In de meest ernstige gevallen, zijn ze tijdelijk of definitief gedwongen om te stoppen met hun praktijk. De extra werkbelasting die hun afwezigheid veroorzaakt, verhoogt dan weer het risico op burnout bij hun plaatselijke collega's als die een bijkomend aantal patiënten moeten opvangen^{2, 136, 137}. In deze extreme situaties heeft burnout ook economische gevolgen voor de huisarts en zijn familie omwille van het verlies aan inkomen dat gepaard gaat met de arbeidsongeschiktheid.

Er bestaat geen enkele goede studie over de prevalentie van burnout bij Belgische artsen. Volgens een enquête uitgevoerd door de FOD werkgelegenheid, wordt bij 0,8% van de werkende bevolking in België de diagnose van burnout gesteld door hun huisarts; dit komt neer op bijna 19.000 werknemers¹. De "Fédération des maisons médicales" schatte in 2005 dat 10% van de huisartsen aan burnout leden².

Huisartsen zijn mogelijkwerwijs een kwetsbare groep voor burnout. Deze kwetsbaarheid wordt veroorzaakt door de aard zelf van hun werk, door de relatie met de patiënten, waarbij de verwachtingen en de verzoeken toenemen en vaak de medische sfeer overstijgen (sociale, familiale of economische problemen), door hun zeer grote professionele inzet en door de noodzaak om de zorgcontinuïteit te waarborgen aan de bevolking, ook al zit de context niet mee. Bovendien zijn huisartsen geneigd hun persoonlijk welzijn, en zelfs hun eigen gezondheid, te verwaarlozen en hun problemen te ontkennen. Ze doen vaak aan zelfbehandeling en zijn terughoudend om een collega te raadplegen. Omdat de meesten echter zelfstandigen zijn, hebben ze geen toegang tot de structuren van preventieve geneeskunde, zoals de arbeidsgeneeskunde en aarzelen ze om hun beroepsactiviteit te onderbreken om gezondheidsredenen, gezien de moeilijkheid om vervanging te vinden en het niet-gecompenseerde inkomstenverlies.

12.1.2 Doelstellingen van het onderzoek

Vanuit een bekommernis voor de gezondheid van de Belgische huisartsen en om een kwaliteitsvolle dienstverlening aan de patiënten te garanderen, heeft de werkgroep voor de gezondheid van de artsen van de Nationale raad voor Kwaliteitspromotie (NRKP) van het RIZIV aan de Minister van Sociale zaken en Volksgezondheid gevraagd om dit onderzoek aan het KCE toe te vertrouwen.

Het doel van dit onderzoek is het formuleren van realistische voorstellen voor de beleidsmakers betreffende de preventie en de aanpak van burnout bij huisartsen. Deze aanbevelingen zijn specifiek gericht op deze beroepsgroep, maar zouden niettemin nuttig kunnen zijn wanneer men wil nadenken over preventie en aanpak van burnout bij andere zorgberoepen.

12.1.3 Wat is burnout?

Het begrip burnout werd voor het eerst geïntroduceerd in 1974 door Freudenberg¹⁰. Burnout ontstaat door een langdurige blootstelling aan voortdurende stress in de werkomgeving. Het is een multifactorieel verschijnsel, dat vooral voorkomt bij personen die bijvoorbeeld een groot contrast ervaren tussen hun geïdealiseerde verwachtingen en de realiteit van hun werk. De burnout kan gepaard gaan met een breuk in de psychologische verbondenheid tussen de werknemer en zijn werksituatie. Hierdoor wordt deze werksituatie als negatief ervaren, wat zich dan weer uit in een gevoel van professionele inefficiëntie en uitputting. Er kunnen ook andere symptomen optreden: lichamelijke klachten (maag- of rugpijn, slaap- en eetstoornissen, asthenie,...), cognitieve en affectieve problemen (angst, prikkelbaarheid, depressiviteit, verlies van concentratievermogen, geheugenstoornissen,...) en gedragsveranderingen (cynisme, onverschilligheid, afzondering, misbruik van alcohol en psychotrope middelen, absentisme,...). Burnout treft in het bijzonder mensen die zeer veel belang en waarde hechten aan hun beroep, ongeacht de beroepssector.

Hoewel er verschillende definities bestaan, ligt de focus van deze studie op de burnout zoals beschreven door Maslach et al¹¹. Het is de definitie die het meest wordt gebruikt in de wetenschappelijke literatuur. Volgens Maslach gaat het bij burnout om een professionele uitputting die uit 3 elementen bestaat:

- **Emotionele uitputting**, gekenmerkt door een gebrek aan motivatie en enthousiasme voor het werk, en het gevoel dat alles lastig, tot zelfs onoverkomelijk, is;
- **Depersonalisatie** : de patiënten (of klanten) worden op een onpersoonlijke, negatieve, onverschillige, tot zelfs cynische manier behandeld, alsof ze voorwerpen of nummers zijn¹²;
- **Een vermindering van de persoonlijke verwezenlijking** : de zorgverlener heeft een negatief zelfbeeld, vindt van zichzelf dat hij incompetent is en geen nut heeft voor zijn patiënten. Hierdoor daalt ook het respect dat hij voor zichzelf voelt als professionele hulpverlener, en wordt het steeds moeilijker om de inspanning op te brengen om over zijn uitputting heen te raken. Hij vindt dat zijn werk geen zin heeft en waardeloos is¹².

12.1.4 Hoe heeft het KCE deze problematiek benaderd?

Om vat te krijgen op deze problematiek en actiepunten te kunnen voorstellen voor de preventie en de aanpak van burnout bij huisartsen in België, werden een aantal complementaire methoden gebruikt:

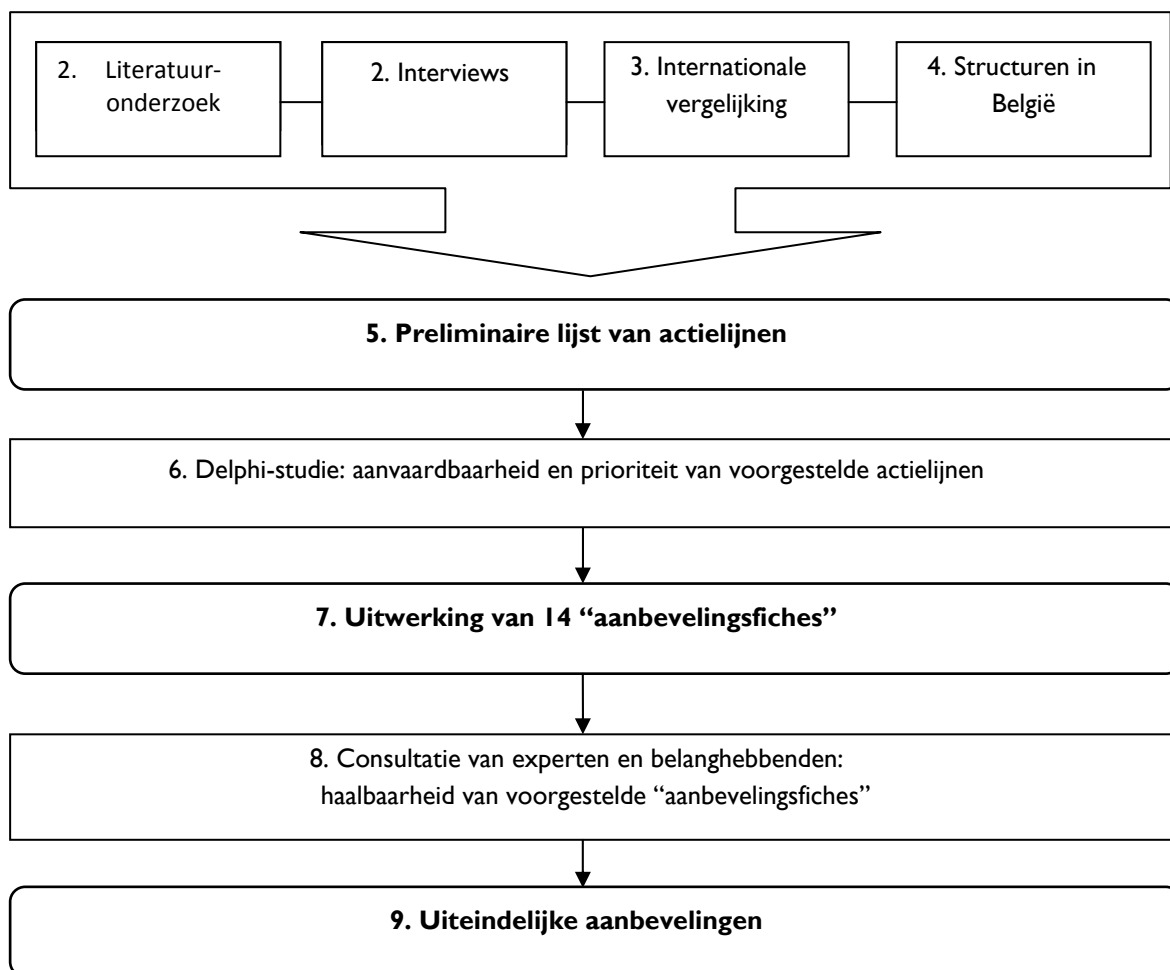
- Voor het inventariseren van de factoren die geassocieerd worden met burnout bij huisartsen, evenals voor het opsporen van preventie- en behandelingsinterventies waarvan een evaluatie gebeurd was, werd een **systematisch literatuuronderzoek** uitgevoerd in de geïndexeerde, wetenschappelijke literatuur.
- Om beter te begrijpen wat artsen doormaken die met een burnout geconfronteerd worden en om meer inzicht te krijgen in het levenstraject van hen die eraan geleden hebben^o, voerden we een **kwalitatief onderzoek door middel van interviews** uit bij 40 Belgische huisartsen die een burnout hadden of eraan geleden hadden.
- Met het oog op het opsporen en voorstellen van actielijnen voor België, voerden we een **vergelijkende studie uit van de structuren voor preventie en behandeling** van burnout bij huisartsen die **in het buitenland** werden opgezet (Australië, Canada, Spanje, Frankrijk, Ierland, Noorwegen, Zwitserland, en Verenigd Koninkrijk) De bestudeerde structuren zijn: Association d'Aide professionnelle aux médecins libéraux (AAPML) in Frankrijk, 'Doctors for Doctors' in het Verenigd Koninkrijk, het Programme d'Attention Intégrale pour le Médecin Malade (PAIMM) in Spanje, het 'Irish College of General Practitioners (ICGP) Health in Practice Programme' (HIPP) in Ierland, Victorian Doctors Health Program in Australië, het Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) als ook de specifieke programma's van de Canadese provincies en het Physician Health Programme (PHP) in de Verenigde Staten.
- Om de mogelijke aangrijpingspunten voor de te formuleren actielijnen te identificeren, voerden we een **beschrijvende studie uit van de reeds bestaande structuren voor preventie en behandeling van burnout in België** ;
- Op basis van de inzichten uit de vier eerste onderzoeksfases, werd er door de onderzoekers een **lijst** opgesteld **van mogelijke actielijnen**.
- Om de aanvaardbaarheid en de prioriteit van de actielijnen, die geformuleerd zijn tijdens de vijfde fase, af te toetsen, voerden we een **Delphi-studie**^b uit bij een steekproef van 59 huisartsen.
- Veertien "**aanbevelingsfiches**" werden door de onderzoekers verder uitgewerkt, rekening houdend met de bevindingen van fase I tot en met 4 en de Delphi-studie.
- Om de haalbaarheid van deze 14 "aanbevelingsfiches" te evalueren en om de punten te identificeren waaraan bijzondere aandacht moet worden besteed, hebben we een **discussieworkshop met een panel van experts en stakeholders** georganiseerd.
- Op basis van de discussies tijdens fase 8 hebben we een **finale lijst van aanbevelingen** geformuleerd.

Elke gebruikte onderzoeksmethode wordt in meer detail beschreven in het overeenkomstig deel van het rapport.

Het volledige onderzoeksproces wordt in onderstaande figuur weergegeven.

^o Op 17 augustus 2010 werd door het Ethisch Comité van de ULB Erasme een gunstig advies verstrekt met betrekking tot het verzamelen van kwalitatieve gegevens (gesprekken en Delphi-methode).

Figuur 6: Verloop van de studie



Dit onderzoek had verschillende beperkingen. In de eerste plaats werden in het literatuuronderzoek talrijke studies van zwakke methodologische kwaliteit aangetroffen, en slechts weinig interventies werden zeer strikt geëvalueerd. Ten tweede, wat de kwalitatieve gegevens betreft die tijdens de gesprekken werden verkregen, hebben alleen de psychologisch voldoende sterke artsen gepraat over hun persoonlijke ervaringen. De ervaringen van artsen die te uitgeput waren om een gesprek toe te staan, worden hier dus niet weerspiegeld. Tenslotte, ondanks methodologische voorzorgsmaatregelen bij het selecteren van de steekproef voor de Delphi-studie, kunnen we niet bevestigen dat de deelnemende artsen inderdaad de totaliteit van de huisartsen vertegenwoordigen.

12.2 WELKE ZIJN DE FACTOREN DIE MET BURNOUT GEASSOCIEERD WORDEN BIJ HUISARTSEN?

De wetenschappelijke literatuur vermeldt een groot aantal factoren die samenhangen met burnout. Echter, bij gebrek aan robuust prospectief of case-control onderzoek, kan geen enkel formeel oorzakelijk verband worden aangetoond tussen deze factoren en het optreden van burnout. Elke waargenomen associatie staat open voor verschillende mogelijke interpretaties: de geïdentificeerde factor kan een risicofactor voor burnout zijn, een mogelijke oorzaak van burnout of ook nog het resultaat van een toestand van burnout. De identificatie van deze factoren is nochtans interessant in de mate dat zij een aangrijpingspunt kunnen bieden voor het uitwerken van doelgerichte acties ter preventie van burnout bij huisartsen.

We konden 3 categorieën factoren identificeren die samenhangen met burnout⁶:

- De **individuele factoren**, zoals socio-demografische kenmerken van de artsen (geslacht, leeftijd, burgerlijke stand, aantal kinderen, enz.), hun professionele loopbaan, hun psychologische kenmerken, hun gebruik van verslavende middelen, de manier waarop ze met stress omgaan en de sociale ondersteuning waarop ze al dan niet een beroep kunnen doen;
- De **intrinsieke factoren**, die samenhangen met het beoefenen van de geneeskunde. Het betreft de relatie met patiënten, het stellen van een diagnose, de keuze van behandeling, het nemen van medische beslissingen en de factoren met betrekking tot beroepsstress;
- De **extrinsieke factoren**, die samenhangen met de werkomgeving en de organisatie van het beroep. Het gaat om factoren met betrekking tot de werklust, het evenwicht tussen privéleven en beroepsleven, permanente vorming, relaties met andere professionele zorgverleners, de organisatie en de locatie van de praktijk, financiële en juridische aspecten en tenslotte het gezondheidszorgsysteem waarbinnen de huisarts functioneert.

12.3 ACTIELIJNEN VOOR PREVENTIE

Wij hebben de mogelijke actielijnen gerangschikt volgens de zes domeinen van verstoord evenwicht die gepaard gaan met burnout, zoals beschreven door Maslach en Maslach et Leiter¹⁴. Wij hebben ze als volgt vertaald naar de wereld van de huisartseneeskunde: de waarden, de verhouding verplichting/bescherming, de ondersteuning, de controle op de beroepsactiviteiten, de erkenning en de overbelasting.

Tabel 4. actielijnen voor de preventie van burnout op basis van de domeinen van onevenwicht en de betrokken actoren

domeinen van onevenwicht	Actielijn	M.b.t. de persoonlijke kenmerken	M.b.t. de geneeskundepraktijk	M.b.t. de organisatie van het gezondheidszorgsysteem
waardeconflicten	Neutraliseren van de waardeconflicten	X	X	X
professionele verplichtingen en bescherming	Gezondheidszorg voor de huisartsen Verbeteren van de sociale bescherming van de huisartsen			X X
ondersteuning door collega's	Opstarten van een reflexiegroep over de ondersteuning door en het wederzijds begrip van collega's Aanmoedigen van de groepspraktijk of werken binnen een netwerk	X	X X	X X
Controle over de beroepsactiviteiten	Beheren van tijd en prioriteiten Sensibiliseren van de patiënten	X X	X X	X X
Erkenning van het beroep van huisarts	Erkenning van de rol van de huisarts door de patiënten, de beleidsmakers en de andere zorgverleners Naar behoren honorering van de huisartsen		X -	X X
overbelasting	Verminderen van de administratieve werklust van de huisartsen Ondersteunen van de behandeling van patiënten met zware pathologieën en complexe situaties Ontwikkelen en opzetten van goed georganiseerde wachtdiensten stressbeheersing	X X	X X	X X X

12.3.1 Waardenconflicten neutraliseren

Huisartsen met burnout verklaren dat ze verscheurd worden tussen hun verlangen naar absolute toewijding en het omgaan met de moeilijkheden die ze ondervinden. Maar het zijn juist ook deze waarde van absolute toewijding en de gevoeligheid van de artsen voor deze aandoening die het probleem van burnout vormen. Voor een deel van de beroepsgroep is deze aandoening onwaarneembaar of zelfs onbespreekbaar, wat het gevoel van schaamte en schuld bij hen die er aan lijden alleen maar nog groter maakt. Dit "stilzwijgen" en de stigmatisering die ermee gepaard gaat, zijn fenomenen die op internationaal vlak erkend zijn. Allebei dragen ze bij tot de instandhouding en zelfs tot verergering van burnout.

Het is een echte uitdaging om de waarden die aan de basis liggen van het werk van de huisartsen te identificeren en de conflicten ertussen te neutraliseren, zonder de huisartsen met een schuldgevoel op te zadelen. Dergelijke beschouwingen stellen inderdaad de medische praktijk zoals die al decennia lang wordt uitgeoefend in vraag. Daardoor kan een conflictsituatie ontstaan waarbij sommige artsen vasthouden aan de traditionele waarden van de toewijding, in de zin van plicht, van de arts, werkend in zijn solopraktijk, in tegenstelling tot anderen die een ander beeld van de uitoefening van de geneeskunde aanhangen, waarbij ze meer evenwicht tussen beroeps- en sociaal leven willen en meer inzetten op samenwerking tussen huisartsen onderling en met andere zorgverleners. Ook waarden als performantie, succes en competitiviteit, die al van bij de medische opleiding worden meegegeven, komen hierbij kijken.

Verskillende methoden kunnen helpen bij de identificatie en de bespreking van de waarden die door de huisartsgeneeskunde worden gedragen, gaande van een collectieve aanpak (staten generaal) tot een geïndividualiseerde aanpak (gepersonaliseerde informatie, advies, coaching, psychotherapie) of via kleine groepen (informatie, advies en coaching via de LOK's, Balint-groepen, huisartsenkringen, enz.).

Welke methode ook wordt overwogen, essentiële thema's om te bespreken zijn het vertrouwen in collega's, de responsabilisering van de patiënten evenals de evaluatie van de eigen praktijkvoering.

Het publiek bespreekbaar maken van deze waardenconflicten (tijdens nationale en internationale conferenties) zal ook een invloed hebben op grotere aanvaardbaarheid van sommige van de preventieve of curatieve actielijnen, die hierna worden voorgesteld.

12.3.2 Het evenwicht herstellen tussen de professionele verplichtingen en de individuele bescherming

12.3.2.1 Een gezondheidszorg voor huisartsen organiseren

Artsen zijn geen patiënten zoals alle anderen: uit de interviews is gebleken dat ze zich weinig en slecht verzorgen en dat ze zelden beroep doen op een collega. Ze doen aan zelfdiagnose, zelfmedicatie en zelfbegeleiding...

Om een goede zorg voor de gezondheid van dit bijzonder publiek te verzekeren, kunnen twee richtingen worden gekozen:

- Elke huisarts zijn eigen huisarts

De eerste richting, algemeen aanvaard door Delphi-deelnemers, is elke huisarts ertoe te bewegen een eigen huisarts te hebben. Die wordt gezien als de enige persoon die hen, in voorkomend geval, zou kunnen verwijzen naar een systeem voor hulpverlening dat gespecialiseerd is in de behandeling van burnout.

Om de mogelijke weerstand van huisartsen tegen deze medische opvolging weg te nemen en de slaagkans van dit voorstel te verhogen, zou elke huisarts de kans moeten krijgen om zelf zijn referentiearts te kiezen. Dit is bij voorkeur iemand buiten zijn eigen vriendenkring en buiten de geografische zone waarin hij beroepshalve actief is. Bovendien moet deze referentiearts specifiek opgeleid zijn voor het opvolgen van collega-artsen. Dit voorstel is op dergelijke manier in andere landen uitgewerkt.

- Een arbeidsgeneeskunde voor huisartsen

De tweede richting, aanvullend op de eerste, is ervoor te zorgen dat de artsen kunnen gebruik maken van een gezondheidsdienst waardoor psychologische en lichamelijke problemen vroegtijdig kunnen worden opgespoord zonder hen te stigmatiseren.

- Door regelmatig een algemene check-up te doen of door "welzijnsconsultaties".
- Door programma's voor de preventie, de identificatie en de behandeling van verslavingen (alcohol, geneesmiddelen en drugs) en van bepaalde geestelijke gezondheidsproblemen (depressie, bipolaire stoornissen,...);
- Door specifieke opsporingsprogramma's voor burnout en zo nodig een aangepaste oriëntering.

De check-ups en de medische programma's zouden bijvoorbeeld kunnen worden uitgevoerd door huisartsen die specifiek opgeleid zijn voor deze problematiek of door arbeidsgeneesheren. Deze laatsten zijn gespecialiseerd in de identificatie van de verschillende beroepsrisico's en zijn gewend aan hun rol van preventieadviseur. Hun werkingsgebied is echter bij de huisartsen weinig bekend en hierdoor zouden sommigen zich terughoudend kunnen opstellen. Bepaalde diagnostische en therapeutische taken kunnen eveneens worden toevertrouwd aan psychologen of psychotherapeuten.

De belanghebbenden benadrukten het feit dat de deelname aan preventieve en opsporingsacties op vrijwillige basis moet gebeuren. Men kan zich echter de vraag stellen of het niet beter zou zijn deze deelname verplicht te maken, gezien de weerstand van veel artsen om zich te laten opvolgen en de ontkenning die vooral net bij de meest kwetsbare artsen vaak wordt gezien. Zou een algemeen verplicht medisch onderzoek op regelmatige tijdstippen (bijvoorbeeld elke 3 jaar), zoals trouwens elders reeds het geval is, het probleem niet dedramatiseren en daardoor een meer doeltreffende opsporing van problematische gevallen bevorderen?

Hoe dan ook moet de deelname aan deze consulten alleszins gepaard gaan met een strikte garantie op vertrouwelijkheid en bescherming van de anonimiteit van de zieke arts.

De persoonlijke financiële bijdrage van de deelnemers aan derlijke acties moet beperkt blijven. Met name kan een financiële tegemoetkoming van het RIZIV worden overwogen, zonder daarbij de persoonlijke bijdrage van de arts voor een eventuele curatieve behandeling uit te sluiten.

12.3.2.2 *De sociale bescherming van huisartsen versterken*

Huisartsen zijn voor het merendeel zelfstandigen. In theorie biedt dit statuut hen een aantal voordelen op het vlak van werkorganisatie en het zelf kunnen bepalen van de honoraria. In de praktijk blijkt dat, vergeleken met andere zelfstandige beroepen (die niet door de gemeenschap worden gefinancierd), die vrijheid van huisartsen om hun beroep uit te oefenen zoals het hen goeddunkt, beperkt wordt door een reeks wettelijke verplichtingen, waaronder de verplichting om zorgcontinuïteit te garanderen. Ze hebben dus geen echte vrijheid op het vlak van honoraria of het nemen van verlof, of het zelf bepalen van het begin en het einde van de werkdag. Diegenen die ervoor gekozen hebben zich te houden aan de akkoorden tussen artsen en ziekenfondsen krijgen een vergoeding die wordt bepaald door derden en die zij zelf niet kunnen herzien. Daarentegen genieten huisartsen maar over minimale sociale bescherming als zij hun activiteiten moeten onderbreken. Dit alles verstoort het evenwicht tussen de verplichtingen en de beschermingen op professioneel vlak (wanverhouding inspanning/beloning). Onder de uit te voeren acties wordt het waarborgen van een uitkering in geval van ziekte of invaliditeit dus als prioritair beschouwd.

Verschillende actielijnen kunnen worden overwogen:

- Een versterkte sociale bescherming:
 - Onmiddellijk een vervangingsinkomen toekennen bij tijdelijke werkonderbreking wegens ziekte;
 - Herzien van de modaliteiten voor de onderbreking van de werkduur, zoals verlengen van de duur van het betaald zwangerschapsverlof, vergemakkelijken van loopbaanonderbreking, of deeltijds werk;
 - Hulp voorzien bij het plannen van het pensioen;
 - Verschillende beroepsziekten erkennen voor de huisartsen
- Vervanging vergemakkelijken:

Om de zorgcontinuïteit niet in het gedrang te brengen en de last van de collega-artsen niet nog te verzwaren, moeten de verschillende beschermende sociale maatregelen die hierboven werden voorgesteld, gepaard gaan met systemen die een vlotte vervanging van de afwezige artsen mogelijk maken. In Frankrijk bestaan er bijvoorbeeld de zogenaamde '*médecins itinérants*', die zich gespecialiseerd hebben in het uitvoeren van vervangingen maar hierdoor niet in hun carrière worden benadeeld. Een dergelijk statuut bestaat momenteel niet in België.

- Gedeelde financiering:

Als men van mening is dat men een specifieke herziening van de sociale bescherming voor huisartsen moet voorzien, gezien hun specifieke rol in de maatschappij, zou een collectieve financiering ervan kunnen worden overwogen in de vorm van een verzekering die door het RIZIV wordt betaald op een deel van de honoraria, of via een fonds dat wordt gevoed door een deel van het sociaal statuut van de geconventioneerde artsen.

12.3.3 Het gebrek aan steun van collega's verhelpen

12.3.3.1 *Een overleggroep creëren over steun van collega's en onderlinge verstandhouding*

Het literatuuroverzicht vermeldt dat spanningen en conflictsituaties met collega-artsen gepaard gaan met een hogere mate van professionele uitputting en een laag gevoel van zelfontplooiing. Steun van collega's, discussies in groep of team, en de steun van collega's die ook een burnout hadden en die hebben overwonnen zijn erkend als mogelijke interventiepijlers.

Overleggroepen en zelfhulpgroepen steunen

Er moeten stimulansen worden gegeven om zelfhulpgroepen uit te bouwen. Ook kan een netwerk van hulpverleners worden uitgebouwd om de discussie tijdens vergaderingen tussen collega's te begeleiden. Deze vergaderingen zouden officieel erkend kunnen worden voor de accreditering. In de praktijk blijken de LOK's (Lokaal Overleg Kwaliteitszorg) of dodecagroepen door de ondervraagde artsen niet als de geschikte plaats beschouwd voor gesprekken over thema's zoals werklast of psychologische moeilijkheden bij de praktijkuitoefening.

Het sociale weefsel tussen collega's versterken

Het bevorderen van recreatieve of sportieve contacten tussen collega's en een versterking van het systeem van begeleiding van stagiairs en jonge huisartsen of van het systeem van mentorship zouden toelaten om bevoorrechte banden tussen collega's te stimuleren.

12.3.3.2 *De initiatieven van de Belgische overheid betreffende de stimulering van groepspraktijken en praktijknetwerken verder zetten*

Uit gesprekken met huisartsen met burnout bleek dat een groepspraktijk of wijkgezondheidscentrum beschouwd werden als plaatsen waar men vrijelijk kan praten over de grenzen van het professioneel engagement en waar men de ondervonden moeilijkheden kan delen.

Het KCE rapport over de 'Aantrekkelijkheid van het beroep van huisarts'¹³⁸ stelde al voor om het werken in team of in netwerk te bevorderen teneinde het gevoel van isolement en van moeilijke werkomstandigheden bij huisartsen in solopraktijk te verminderen.

De ondersteuning van de groepspraktijken volhouden

Om de huisartsen te blijven aanmoedigen zich professioneel goed te omringen, is het nodig om de financiële stimulansen voor het uitbouwen van groepspraktijken te behouden en om de communicatie over bestaande initiatieven te verbeteren. De voorkeur moet worden gegeven aan het uitbouwen van multidisciplinaire groepspraktijken waarin verschillende disciplines kunnen worden gecombineerd, eerder dan monodisciplinaire groepspraktijken, zodat complexe gevallen (met zowel een medische als sociale problematiek) door de meest geschikte professionele zorgverleners kunnen worden behandeld. De uitbouw en het gebruik van een informaticanetwerk kan eveneens een waardevolle ondersteuning bieden aan dit soort praktijk. Dit zou ondermeer het beheer van een gemeenschappelijk medisch dossier mogelijk maken (nuttig tijdens wachtdiensten).

Conflictbeheersing voorzien

Om te voorkomen dat dit soort collectieve praktijkorganisatie zelf een oorzaak van stress en burnout wordt, zoals soms het geval is, is het nodig om mechanismen in te bouwen om de interpersoonlijke relaties te beheren, bijvoorbeeld via de beschikbaarheid van een op aanvraag inzetbare praktijkbemiddelaar.

Het uitbouwen van een netwerk voor de solopraktijken

Aangezien een groepspraktijk niet eenieders keuze is, moeten andere alternatieven worden ontwikkeld om ervoor te zorgen dat artsen die verkiezen alleen te werken, toch in een of andere vorm van netwerk worden ingeschakeld.

12.3.4 Meer controle laten verwerven door de huisarts op zijn beroepsactiviteit

12.3.4.1 *Ondersteuning van de huisartsen bij een goed time management en prioriteitenbeheer*

De flexibiliteit van de uurroosters, de lange werkdagen, de opvang van spoedgevallen en het moeilijke evenwicht tussen privé- en beroepsleven zijn factoren die kunnen bijdragen tot een burnout. Dit verklaart waarom sommige technieken van time management een gunstige invloed blijken te hebben en worden aanbevolen als preventieve maatregel.

De huisarts helpen om zijn tijd beter te beheren

Op individueel vlak zou elke huisarts ervoor moeten kunnen kiezen om het aantal vrije consultatiemomenten te verminderen en vaste dagen te reserveren voor consultaties op afspraak. Daarnaast zou elke huisarts die hieraan nood heeft, een beroep moeten kunnen doen op coaching of cursussen van time management en prioriteitenbeheer. In de huisartsgeneeskunde moet men immers het hoofd kunnen bieden aan enige onvoorspelbaarheid en ongeplande raadplegingen die de organisatie van de geplande consultaties in de war kunnen sturen.

Verplaatsingen herbekijken

Op structureel vlak zou de onvoorwaardelijke verplichting voor de huisarts om zich te verplaatsen zodanig kunnen worden herbekeken dat tijdverlies door nutteloos geachte verplaatsingen kan worden vermeden. Dit kan gaan via stimulansen voor de patiënt om zich naar de praktijk van de arts te verplaatsen. Een ander alternatief zou een honorariumtoeslag kunnen zijn wanneer de patiënt een huisbezoek eiste en dit door de arts als nutteloos wordt beschouwd. Men weet echter dat financiële stimulansen/sancties weinig invloed hebben op het gedrag van patiënten, vooral indien de verhogingen minimaal zijn; ze kunnen bovendien ook discriminerend zijn voor personen met een laag inkomen.

12.3.4.2 Het sensibiliseren van patiënten tot meer realistische verwachtingen

Net zoals de ziekenhuizen worden de huisartspraktijken geconfronteerd met een toenemende graad van 'consumentengedrag': een beroep op de huisarts op buitensporige uren, misbruik van de dienst spoedgevallen voor mineure of chronische problemen, medisch toerisme om een gewenst voorschrift te pakken te krijgen of een reeks bijkomende onderzoeken, een huisbezoek eisen terwijl de toestand van de patiënt hem niet belet zich te verplaatsen, enz.

Men moet eveneens de burgers ertoe brengen om op een redelijke en gepaste manier een beroep te doen op het gezondheidszorgsysteem, ondermeer via het sensibiliseren van de patiënt zodat deze meer realistische eisen zou stellen ten aanzien van de huisarts. Deze sensibilisatie is een prioritaire actielijn om burnout bij huisartsen te voorkomen.

Wat kunnen de artsen, met de hulp van de overheid, hier concreet aan doen?

- Een charter tussen patiënt en arts opstellen
De wetenschappelijke verenigingen van huisartsen zouden een soort "patiënt-huisarts" charter kunnen opstellen, naar het voorbeeld van hetgeen in sommige ziekenhuizen wordt gedaan, en dit charter dan laten ophangen in de wachtkamers. Het kan fungeren als een soort "contract" dat door beide partijen moet worden gerespecteerd.
- Een praktijkbrochure opstellen
Op lokaal vlak kan elke praktijk worden aangemoedigd om een brochure op te stellen waarin duidelijk wordt weergegeven wat de patiënt al dan niet kan verwachten in zijn relatie met zijn huisarts. Dit is momenteel al beschikbaar in sommige groepspraktijken. Deze brochure kan worden bezorgd aan de patiënten en zou ook via de website van de praktijk consulteerbaar kunnen zijn.
- Sensibiliseren via andere communicatiekanalen
Via de media, de mutualiteiten en de patiëntenverenigingen kunnen sensibiliserende boodschappen worden verspreid.
- Leren 'neen' zeggen
De vicieuze consumptiecirkel wordt ook gevoed telkens de huisarts op de vraag van de patiënt ingaat. Zo blijkt het niet altijd gemakkelijk te zijn om een onterecht medisch attest te weigeren, met problemen zowel op relationeel vlak, als op het vlak van time management, aangezien dit vaak een langere uitleg vereist. Leren omgaan met irrationele eisen van patiënten, desgevallend via een formele opleiding, is wellicht zeer nuttig.
- Functies en organisatie verduidelijken
Als men de patiënt ertoe wil brengen om het gezondheidszorgsysteem beter te gebruiken, dan moet dit systeem ook duidelijk georganiseerd zijn. Hiertoe moet het probleem van de echelonering van de zorg terdege worden aangepakt en de rol van de huisarts hierin moet duidelijk worden bepaald.

12.3.5 Het gebrek aan erkenning van de huisartsgeneeskunde aanpakken

Het negatieve beeld van het statuut van de huisarts, dat met name samenhangt met zijn plaats in het systeem van de gezondheidszorg¹³⁸, is een essentieel element. Terwijl de huisarts een centrale plaats in het gezondheidszorgsysteem zou moeten krijgen, blijken vele studenten geneeskunde dit enthousiasme voor de eerstelijnszorg niet te delen, en talrijke pas afgestudeerde huisartsen verlaten het beroep vooraleer ze zelfs goed en wel geïnstalleerd zijn, of na enkele jaren praktijk. Dit is een reële bedreiging voor de toekomst van de eerstelijnszorg in de geïndustrialiseerde landen, en zelfs voor het evenwicht van het gezondheidszorgsysteem zelf.

12.3.5.1 *De inspanningen van de overheid voor het erkennen van de rol van de huisartsgeneeskunde door de patiënten, de beleidsmakers en de andere zorgverleners blijven voortzetten*

In vergelijking met een steeds meer gespecialiseerde en technologische geneeskunde, valt de huisartsgeneeskunde op door haar globale benadering van de patiënt, wat beschouwd kan worden als haar grote waarde. Tegelijkertijd kan dit beeld een bron van frustratie zijn voor de huisarts die geconfronteerd wordt met de onzekerheid die inherent is aan de uitbreiding van de medische kennis. Er moet dus worden nagedacht over betere manieren om de 'algemene' vaardigheden van de huisarts op te waarderen. Dit kan men doen door hierop vanaf het begin van de opleiding de aandacht te vestigen en door de complementariteit met de specialistische geneeskunde te benadrukken.

De waarde van huisartsgeneeskunde reeds vroeg in de opleiding benadrukken

Zo kan worden gedacht aan een gemeenschappelijk basisprogramma huisartsgeneeskunde voor toekomstige huisartsen én specialisten, aan het vroeger confronteren van de studenten met de huisartsgeneeskunde en aan de organisatie van kwaliteitsvolle stages. Het KCE heeft hiervoor reeds aanbevelingen geformuleerd in 2008¹³⁸. De deelname van elke geneeskundestudent aan een stage huisartsgeneeskunde is weliswaar erg interessant om de toekomstige samenwerking tussen collega's te bevorderen, maar is momenteel niet haalbaar gezien het beperkt aantal stagemeesters.

Het stimuleren van de uitwisseling van medische gegevens

Om een grotere complementariteit tussen huisartsen en specialisten te bevorderen, is het aangewezen om werk te maken van een gecentraliseerd dossiersysteem tussen de verschillende zorgverleners. Hierbij moet de nodige aandacht gaan naar het garanderen van de vertrouwelijkheid van medische gegevens, maar ook naar de kwestie van de verantwoordelijkheden. Het risico bestaat immers dat men op die manier een virtueel dossier in het leven roept dat iedereen wel aanvult, maar waarvan niemand meer de analyse, laat staan de synthese maakt.

De aantrekkelijkheid verhogen door te diversifiëren

Een verbetering van het beeld van het beroep van huisarts kan, zoals reeds gezegd, gebeuren door de echelonnering van de zorg opnieuw te definiëren, maar ook door een diversificatie van de activiteiten en het uitwerken van nieuwe carrièreperspectieven (zoals bijvoorbeeld onderzoeksactiviteiten, kwaliteitsinitiatieven).

12.3.5.2 *De inspanningen van de overheid voor een gepaste vergoeding van huisartsen verder zetten*

Een vaak aangehaalde reden voor de problemen bij het rekruteren en vasthouden van artsen in de huisartsgeneeskunde, is de vergoeding. Zelfs al zou die vergoeding kunnen worden verbeterd, dan moet men er rekening mee houden dat dit een tegenstrijdige invloed zou kunnen hebben op burnout. Een verhoging van de vergoeding zou huisartsen ertoe kunnen brengen om hun patiëntenbestand nog uit te breiden om meer te kunnen verdienen. Het zou ook kunnen dat ze hun activiteiten niet willen onderbreken om bijvoorbeeld permanente vorming te volgen omdat ze vrezen om zo teveel inkomen te verliezen.

Er werden al een hele reeks beleidsmaatregelen getroffen, zoals het financieel stimuleren van de huisartsgeneeskunde in zones waar er een tekort is, ondersteuning bij de administratieve organisatie van de groepskabinetten, een systeem van gemengde financiering, waarbij een capitatiesysteem (forfait), het Globaal Medisch Dossier en de betaling per prestatie naast mekaar bestaan.

Naast deze initiatieven die moeten worden in stand gehouden en beter bekend moeten gemaakt worden bij pasafgestudeerde huisartsen, kunnen nog een aantal andere actielijnen worden overwogen om huisartsen een toereikend inkomen te garanderen.

- Een aangepaste honorering:
 - Complexe consultaties worden op dit moment niet op een gepaste manier gevaloriseerd. Hier moet een oplossing voor komen, zonder dat dit echter een weerslag heeft op het bedrag ten laste van de patiënt, want dan bestaat het risico dat hij zich rechtstreeks tot een specialist zal wenden.
- Sommige taken worden momenteel niet vergoed in het systeem van betaling per prestatie. Het is wenselijk om voor deze taken nieuwe nomenclatuurcodes op te stellen. Wel moet men ervoor zorgen dat men geen al te complex systeem creëert. Bij forfaitaire systemen heeft men dit soort nadelen uiteraard niet.
- Inkomensverliezen beperken:
 - Om deelname aan permanente vormingen overdag te bevorderen, kan worden overwogen om een financiële compensatie voor het hieruit voortvloeiend inkomensverlies te geven, ofwel via een directe vergoeding (cf. Frankrijk), ofwel via een afschrijving op de belastingen (cf. Nederland)..
 - Om te vermijden dat artsen bepaalde honoraria mislopen omdat zij, of rechthebbenden, ze niet tijdig hebben aangevraagd omdat ze het systeem onvoldoende goed kennen, is het wenselijk om duidelijke en correcte informatie over de diversificatie van de betalingsmechanismen te geven.

12.3.6 Overbelasting vermijden

12.3.6.1 Concrete maatregelen om de administratieve last van de huisartsen te verminderen

Het verminderen van de tijd die door artsen moet worden besteed aan administratieve taken wordt als prioritair beschouwd door de Delphi-deelnemers en de geïnterviewde artsen.

De overheid zou hier op verschillende vlakken kunnen toe bijdragen:

Artsen ondersteunen bij het organiseren van een secretariaat

De beschikbaarheid van een secretariaat zou de artsen helpen bij het uitvoeren van bepaalde taken, zoals het maken van afspraken, het opvolgen van dossiers, het archiveren van documenten, het bestellen van formulieren,... en het beheer van hun boekhouding, en dit zelfs voor artsen die in een solopraktijk werken.

Vereenvoudiging op het vlak van administratie en informatica

Het is nodig om de reeds gedane inspanningen voor het vereenvoudigen van de administratieve stappen (harmoniseren van de formulieren vereist voor verschillende certificaten, voor verzekeringen, mutualiteiten, voor facturatie aan derdebetalers...) voort te zetten en nog te versterken. Ook initiatieven, opgezet door het RIZIV, rond het stimuleren van de sociale derdebetalersregeling moet worden verdergezet.

Het is ook nodig om het gebruik van informatie- en communicatietechnologieën verder te vereenvoudigen (elektronische toegang tot administratieve documenten, de mogelijkheid om patiënten elektronisch door te verwijzen naar specialisten, het maken van afspraken via elektronische weg). Deze technologieën kunnen de administratieve taken van de huisartsen verlichten, maar wanneer ze te complex in gebruik zijn, kunnen ze ook bijdragen tot burnout bij de gebruikers.

Wel moet men zich goed realiseren dat, door het vereenvoudigen van de administratieve taken, het risico bestaat dat het werk van de artsen zich uitsluitend zal concentreren op complexe(re) zorgtaken, waardoor de totale werklust van de arts niet noodzakelijkerwijs wordt verlicht.

12.3.6.2 *Een ondersteunende strategie uitwerken voor de behandeling van patiënten met een zware pathologie en/of complexe situaties*

Huisartsen worden regelmatig geconfronteerd met patiënten met complexe problemen die een zwaardere emotionele belasting met zich meebrengen en meer tijd in beslag nemen. Om beter met dit soort patiënten te kunnen omgaan, voelen veel artsen de noodzaak om hun vaardigheden in communicatie, in het omgaan met medische fouten en in de begeleiding van psychiatrische patiënten, verder te kunnen ontwikkelen.

- Individuele ondersteuning en ondersteunende structuren:

Een mogelijke actiepoint op individueel vlak is het werken aan een beter aanbod qua opleiding, supervisie, coaching en psychologische opvolging van artsen die met dit soort patiënten worden geconfronteerd.

Het opzetten van multidisciplinaire teams (integratie van psychologen en maatschappelijk werkers) en/of de oprichting van lokale netwerken van specialisten, maatschappelijk assistenten en psychologen naar wie de patiënten kunnen worden doorverwezen, zou eveneens een positieve bijdrage kunnen leveren.

- Een gepaste vergoeding:

Voor patiënten met zware pathologie of complexe situaties is ook meer tijd nodig tijdens de consultatie. De tijd die wordt besteed aan complexe consultaties moet ook op een gepaste manier worden vergoed via een specifieke nomenclatuurcode. Deze code moet worden bepaald in functie van het niveau van complexiteit, zonder daarom echter een precies diagnostisch etiket op deze consultaties te gaan plakken

12.3.6.3 *Goed georganiseerde wachtdiensten uitwerken en opzetten*

Ook de verbetering van het systeem van wachtdiensten werd in de loop van het project aangeduid als een prioritaire actie. Op dit moment wordt een KCE-rapport voorbereid dat hiervoor concrete aanbevelingen zal doen. De publicatie is voorzien voor eind 2011.

12.3.6.4 *De artsen aanmoedigen om technieken voor stressmanagement te gebruiken*

De manier waarop met stress wordt omgegaan, kan een invloed hebben op de verschillende factoren voor burnout.

Leren met stress om te gaan

Bepaalde technieken van stressmanagement, relaxatie, of het stimuleren van bewustwording (« *Mindfulness* ») zouden voor huisartsen nuttig kunnen zijn om stresssituaties te identificeren en er het hoofd aan te bieden, om op een gepaste manier hun kracht en energie te kanaliseren en gedrag dat het welbevinden ten goede komt te bevorderen. In de Canadese provincie Alberta en in Noorwegen worden met succes dit soort opleidingen georganiseerd in een residentiële formule van een dag, een weekend of een week.

Hoewel deze actiepunten in de wetenschappelijke literatuur als pertinent worden beschouwd, blijken ze voor de door ons ondervraagde huisartsen niet prioritair te zijn. De huisartsen zouden op conferenties of op informatiestands tijdens medische congressen kunnen geïnformeerd worden over het bestaan van een aantal technieken om stress of angst te beheren. Workshops specifiek gewijd aan de gezondheid van artsen zouden ook kunnen worden georganiseerd, met als mogelijke thema's "de vermoeidheid in de medische praktijk", "het gevaar van perfectionisme", enz. Dit gebeurt nu al in Quebec, dankzij de initiatieven van het Programme d'Aide aux Médecins du Québec (PAMQ).

.... vanaf de opleiding

Aan artsen in opleiding kan de gelegenheid worden geboden om meer praktisch gerichte cursussen te volgen die hun nuttige oplossingen kunnen aanreiken om de eventuele moeilijkheden waarmee ze in hun praktijk te maken krijgen beter het hoofd te kunnen bieden.

12.4 ACTIELIJNEN VOOR DE AANPAK VAN BURNOUT

In België bestaat er momenteel geen enkel specifiek programma voor de globale aanpak van burnout bij huisartsen. De bestaande initiatieven richten zich niet specifiek op burnout maar op geestelijke gezondheidszorg in de ruime zin. Andere richten zich niet op huisartsen, maar op een ruimer publiek of zijn meer gericht op preventie.

De deelnemers aan de Delphi-studie geven massaal de voorkeur aan het gebruik van flexibele structuren voor geïndividualiseerde hulp, eerder dan aan gespecialiseerde diensten of andere hulpmiddelen voor de behandeling die een verblijf in een instelling inhouden (residentiële hulpverlening).

De ervaringen uit het buitenland leerden ons dat een doeltreffende behandeling binnen een globale strategie moet gebeuren zodat de continuïteit van de interventies kan worden gewaarborgd vanaf de gezondheidspromotie (bestaande uit de systemische problemen en de kwaliteit van de werkomgeving), de primaire preventie (bestaande uit de mogelijke risico's van opgedoken problemen op individueel niveau), de secundaire preventie (bestaande uit vroegtijdige opsporing van bestaande problemen en interventie) tot de curatieve behandeling (behandeling van bestaande problemen) en de opvolging (stabilisatie van de toestand van de persoon, onthouding van gebruik van verslavende middelen, herintegratie in het professioneel leven...). Zo zijn er verschillende ingangspoorten en verschillende types en plaatsen voor de behandeling, die bij de artsen publiek kenbaar moeten worden gemaakt.

12.4.1 Het 1^{ste} niveau, een laagdrempelige toegang die oriëntatie biedt

Via een laagdrempelige ingangspoort moet de arts toegang kunnen krijgen tot een systeem van opvang dat verschillende activiteiten aanbiedt:

- Triage en oriëntatie: idealiter moet deze opvangdienst 24u/24, 7d/7 beschikbaar zijn (bijv. telefonisch). In functie van ernst en urgentie worden de artsen die bellen verwezen naar een raadgever of naar een andere dienst voor consultatie en behandeling. Omdat het niet altijd eenvoudig is om burnout te onderscheiden van persoonlijkheidsstoornissen, depressie, andere vormen van psychosociale problematiek, verslavingen, en angst-, stemmings- of aanpassingsstoornissen, is het wenselijk om deze verschillende aandoeningen in de differentiaaldiagnose voor ogen te houden.
- Raadgeving: dit kan over verschillende sessies worden gespreid, met de mogelijkheid om steeds een beroep te kunnen doen op dezelfde hulpverlener, die een specifieke vorming heeft genoten voor dit soort activiteiten.
- Eventueel ook activiteiten van gezondheidsvoorlichting en –promotie en van bevordering van het welzijn op het werk.

Sommige programma's gaan nog verder en bieden residentiële formules aan voor reflectie en vorming (bv. Villa Sana, Noorwegen), of vormen van afstandonderwijs. De wetenschappelijke studies rond de doeltreffend van dergelijke programma's op middellange termijn, hebben aangetoond dat de artsen en verpleegkundigen die eraan deelnamen aanzienlijk minder te lijden hadden van stress of emotionele uitputting en minder lang arbeidsongeschik waren⁴⁵.

12.4.2 Het 2^{de} niveau, zorgcoördinatie

Zodra burnout of andere problemen geïdentificeerd zijn, kunnen hulpstructuren voor zorgcoördinatie de zieke artsen doorverwijzen naar een netwerk van professionele zorgverleners voor een behandeling die aangepast is aan de aard van de geïdentificeerde problemen. Het gaat om diensten die zelf geen behandeling noch specifiek advies aanbieden. De meeste van de Physician Health Programs (PHP) bieden dit soort diensten aan.

12.4.3 Het 3^{de} niveau, de behandeling

Dit niveau omvat een netwerk van gespecialiseerde hulpverleners, specifiek opgericht voor de zorg voor de zieke artsen. In het Verenigd Koninkrijk bijvoorbeeld, omvat het programma een eerste module (PHPI) dat kortdurende psychotherapie aanbiedt: tot 6 sessies van cognitieve gedragstherapie, gezinstherapie of relatietherapie. Het team bestaat uit huisartsen en verpleegkundigen met een speciale bekwaliging op het vlak van de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingsproblematiek, en met ervaring in de behandeling van artsen, psychiaters, cognitieve gedragstherapeuten en arbeidsgeneesheren.

Indien de toestand van de patiënt dit vereist, wordt hij verwezen naar een ziekenhuisdienst die gespecialiseerd is in de behandeling van zieke artsen. Het netwerk van hulpverleners heeft conventies afgesloten met specialisten voor de psychiatrische opvang (module PHP2) maar ook met bestaande ziekenhuiscentra, gespecialiseerd in de curatieve behandeling van pathologieën die samenhangen met burnout. Bovendien wordt de behandeling idealiter verzekerd door multidisciplinaire teams om zo een globale aanpak te kunnen aanbieden waarin de verschillende dimensies van de problematiek aan bod komen (medisch, relationeel, sociaal, juridisch, financieel, continuïteit van de praktijk,...).

12.4.4 Een mild en beschermd netwerk

Het ganse zorgnetwerk, vanaf de opvang tot de behandeling zelf, moet in de eerste plaats gericht zijn op het welzijn van de arts, en moet hem bijgevolg beschermen tegen elke vorm van aanklacht bij de regelgevende instanties. In andere landen ziet men dat dergelijke programma's ondermeer steunen op het opstellen van een therapeutisch contract met de zieke arts. Dit contract stipuleert dat de arts er zich toe verbindt het behandelingsprogramma, dat hem immuniteit biedt tegen sancties door de regelgevende instanties, te respecteren. Daarom worden deze programma's ook "*diversion programmes*" of "*safe harbor*" genoemd. Het therapeutische spoor moet duidelijk gescheiden zijn van het spoor van de controle op de beroepsbeoefening, zodat de getroffen artsen niet worden afgeschrikt om hulp te zoeken.

12.4.5 Voorbereiding van de professionele reïntegratie

Tenslotte moet men ook een programma voor professionele reïntegratie voorzien (terugkeer naar de vorige beroepsactiviteit of heroriëntering) en een regelmatige opvolging van de artsen, vooral in het geval van verslavingen. De arts zou financieel kunnen bijdragen aan deze behandeling met eventueel een bijdrage van het RIZIV en/of de FOD Volksgezondheid.

12.4.6 Naar een Integraal Hulpprogramma

De verschillende behandelingsniveaus zouden idealiter geïntegreerd moeten zijn in een globaal programma voor gezondheidspromotie, preventie, behandeling en opvolging, naar het voorbeeld van het "Programa de atención integral al médica enfermo" (PAIMM) (Integraal Zorgprogramma voor de zieke arts) dat in Spanje wordt geïmplementeerd.

Het PAIMM biedt aan de zieke arts een waaier van verschillende diensten aan: medische en sociale hulp, juridische ondersteuning en hulp op het vlak van werk en professionele reïntegratie.

De hulp wordt zowel aangeboden in de Klinische Eenheid van het PAIMM als ambulant (wat bij de meeste zieke artsen de voorkeur krijgt). De Klinische Eenheid van Barcelona werkt nauw samen met zorgverleners uit alle streken in Spanje teneinde een snel herstel en terugkeer naar de professionele activiteit van de zieke arts te garanderen.

Het PAIMM stelt de verschillende gespecialiseerde diensten, waarover het programma beschikt (hospitalisatie, dagziekenhuis, psychotherapie...) ter beschikking van de artsen-therapeuten van zieke artsen opdat ze die zouden kunnen gebruiken als aanvulling op hun eigen therapeutisch plan. De evaluatie van het programma, die zeer positief is, wijst op een hoog percentage stabiele of abstinente artsen (98%) en een hoge graad van professionele reïntegratie (80%) twee jaar na de behandeling.

12.5 ALVORENS IN ACTIE TE SCHIETEN: ENKELE BELANGRIJKE PRINCIPES DIE MEN IN GEDACHTEN MOET HOUDEN

Dit project heeft talrijke actielijnen aangereikt, en hun realisatie hangt af van verschillende sectoren, actoren en middelen. Onder deze schijnbare verscheidenheid gaan echter een aantal algemene principes schuil. Met het opsommen van deze principes willen we deze studie afsluiten.

Het eerste principe is ongetwijfeld **het belang van preventie**. "Beter voorkomen dan genezen" geldt inderdaad ook hier. En zeker al omdat een burnout moeilijk volledig en definitief te genezen is, eens hij zich genesteld heeft.

Ten tweede volstaat het niet om alleen te proberen de negatieve factoren die leiden naar burnout te verlichten. Men moet **de positieve aspecten van het beroep in stand houden en versterken** en het professionele engagement aanmoedigen in termen van energie, betrokkenheid en doeltreffendheid.

Ten derde, **de geïmplementeerde acties moeten kaderen in een globale strategie**, met de combinatie van individuele en organisatorische benaderingen, met een continuïteit over de tijd en met regelmatige herhalingen van het aanbod. Ze moeten kunnen bogen op de steun en het engagement van de artsen zelf, en dus niet alleen van de overheid, om tot oplossingen te komen.

In dat opzicht zijn er **drie actoren waar men niet omheen kan** om tot wezenlijke veranderingen te komen: de artsen zelf, de regelgevende instanties en de medische faculteiten.

- *De artsen, via hun verenigingen en organisaties*, spelen een erg belangrijke rol bij het tot stand komen van dergelijke programma's. In Zwitserland bijvoorbeeld heeft de Wet op de Medische beroepen van 23 juni 2006 het belang van de FMH (de nationale medische vereniging) opgewaardeerd. Daardoor kreeg deze laatste de mogelijkheid om te werken aan de verbetering van de opleiding van de artsen en om pilootprogramma's te ondersteunen voor het aanpakken van de belangrijkste problemen in het beroep. In Noorwegen is heeft de Noorse Medische Vereniging op nationaal vlak een programma ontwikkeld voor de gezondheidszorg van artsen dat zowel primaire als secundaire preventie omvat.
- *De regelgevende instanties* spelen een rol die wisselt al naargelang het land. In sommige landen merkt men een vrij afstandelijke positie ten opzichte van de programma's voor preventie en behandeling. Het blijft dan beperkt tot oriëntatienota's ten gunste van een betere verzorging van de zieke arts (Frankrijk) of richtlijnen die aan de artsen worden bezorgd voor het verzorgen van hun eigen gezondheid (Canada). In andere landen zien we dat de overheid sterk investeert in de ontwikkeling van een programma voor preventie/behandeling via co-regulering. Men werkt er bijvoorbeeld samen met de medische beroepsorganisaties voor het in stand houden van een zogenaamde "safe harbor" (Spanje, Québec, Australië). Een zeldzame keer is het de regelgevende instantie alleen die het initiatief neemt om een programma te ontwikkelen. Dit is het geval in Ierland waar het Ierse College van Huisartsen (Irish College of General Practitioners) de HIPP ontwikkeld heeft.

- *De medische faculteiten* spelen een essentiële rol zowel bij de selectie van de studenten als op het vlak van de waarden die zij doorgeven, de kennis en de instrumenten die zij aanreiken aan de toekomstige artsen en de inhoud van de permanente vorming die zij organiseren.

Tenslotte moet de benadering van de huisarts in burnout vanuit **een welwillende houding** gebeuren, want burnout weerspiegelt precies het engagement van de arts ten aanzien van zijn patiënten, zijn collega's en zijn beroep. De arts met burnout vormt in de eerste plaats een gevaar voor zichzelf en pas daarna voor de maatschappij. Hij moet dus worden beschermd en ondersteund eerder dan aangeklaagd.

13 REFERENTIES

1. Hansez I, Mairiaux P, Firket P, Braeckman L. Recherche sur le Burnout au sein de la population active belge: rapport final. SPF Emploi; 2010.
2. Fédération des Maisons Médicales. Le burn-out: quand s'ouvrent les portes du vide... . Santé Conjuguée. 2005(32).
3. Van Dierendonck D, Schaufeli WB, Sixma HJ. Burnout among general practitioners: A perspective from equity theory. *Journal of Social & Clinical Psychology* Vol. 1994;13(1):86-100.
4. Woodside JR, Miller MN, Floyd MR, McGowen KR, Pfortmiller DT. Observations on burnout in family medicine and psychiatry residents. *Acad Psychiatry*. 2008;32(1):13-9.
5. Arigoni F, Bovier PA, Mermillod B, Waltz P, Sappino AP. Prevalence of burnout among Swiss cancer clinicians, paediatricians and general practitioners: Who are most at risk? *Supportive Care Cancer*. 2009;17(1):75-81.
6. Michaels RM. Physician burnout. *Pennsylvania Medicine*. 1996;99(5):18-21.
7. Rosch PJ. Dealing with physician stress. *Medical Aspects of Human Sexuality* Vol. 1987;21(4):73-93.
8. Schiedermayer DL, Tesch BJ. Primary care physician burnout: definitions, self-assessment and treatment. *Wis Med J*. 1992;91(4):179-80.
9. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet*. 2009;374(9702):1714-21.
10. Freudenberger HJ. Staff burnout. *Journal of Social Issues*. 1974(30):159-65.
11. Maslach C, Jackson SE, Hillsdale N, Erbaum. Burnout in the health professions: A social psychological analysis. G. Sanders & J. Sub (Eds.), *Social psychology of health and illness*. 1982.
12. Shanafelt TD. Enhancing meaning in work: a prescription for preventing physician burnout and promoting patient-centered care. *JAMA*. 2009;302(12):1338-40.
13. Bakker AB, Schaufeli WB, Sixma HJ, Bosveld W, Van Dierendonck D. Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: A five-year longitudinal study among general practitioners. *Journal of Organizational Behavior* Vol. 2000;21(4):425-41.
14. Maslach C, Leiter MP. *Burn-out: le syndrome d'épuisement professionnel*. Paris: Editions des Arènes; 2011.
15. Cathebras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. [Burn out among French general practitioners]. *Presse Med*. 2004;33(22):1569-74.
16. Esteva M, Larraz C, Jimenez F. Mental health in family doctors: effects of satisfaction and stress at work. *Rev Clin Esp*. 2006;206(2):77-83.
17. Goehring C, Bouvier Gallacchi M, Kunzi B, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly*. 2005;135(7-8):101-8.
18. Grassi L, Magnani K. Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: An Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychother. Psychosom*. 2000;69(6):329-34.
19. Izraeli DN. Burning Out in Medicine: A Comparison of Husbands and Wives in Dual-Career Couples. *Journal of Social Behavior and Personality*. 1988;3(4):329-46.
20. Kushnir T, Cohen AH, Kitai E. Continuing medical education and primary physicians' job stress, burnout and dissatisfaction. *Med Educ*. 2000;34(6):430-6.
21. Lemkau JP, Rafferty JP, Purdy RR, Rudisill JR. Sex role stress and job burnout among family practice physicians. *Journal of Vocational Behavior* Vol. 1987;31(1):81-90.
22. Sobreques Soriano J, Cebria J, Segura J, Rodriguez C, Garcia M, Juncosa S. Job satisfaction and burnout in general practitioners. *Aten. Prim*. 2003;31(4):227-33.
23. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract*. 2008;25(4):245-65.
24. Dusmesnil H, Serre BS, Regi JC, Leopold Y, Verger P. Professional burn-out of general practitioners in urban areas: prevalence and determinants. *Sante Publique*. 2009;21(4):355-64.
25. McCranie EW, Brandsma JM. Personality antecedents of burnout among middle-aged physicians. *BEHAV. MED*. 1988;14(1):30-6.

26. Koleck M, Bruchon-Schweitzer M, Thiebaut E, Dumartin N, Sifakis Y. Job stress, coping and burnout among French general practitioners. *European Review of Applied Psychology/Revue Europeenne de Psychologie Appliquee* Vol. 2000;50(3):309-14.
27. Soler JK, Yaman H, Esteva M. Burnout in European general practice and family medicine. *Social Behavior and Personality* Vol. 2007;35(8):1149-50.
28. Lemkau JP, Purdy RR, Rafferty JP, Rudisill JR. Correlates of burnout among family practice residents. *Journal of Medical Education* Vol. 1988;63(9):682-91.
29. Houkes I, Winants YH, Twellaar M. Specific determinants of burnout among male and female general practitioners: A cross-lagged panel analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* Vol. 2008;81(2):249-76.
30. Esteva M, Larraz C, Soler JK, Yaman H. Burn-out in Spanish general practitioners. *Aten. Prim.* 2005;35(2):108-9.
31. Truchot D. Career orientation and burnout in French general practitioners. *Psychological Reports* Vol. 2008;103(3):875-81.
32. McManus IC, Winder BC, Gordon D. The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *Lancet.* 2002;359(9323):2089-90.
33. Truchot D. The burnout syndrome among GP: Influence of perceived inequity and communal orientation. *Annales Medico Psychologiques* Vol. 2009;167(6):422-8.
34. Bakker AB, Schaufeli WB, Sixma HJ, Bosveld W. Burnout contagion among general practitioners. *Journal of Social & Clinical Psychology* Vol. 2001;20(1):82-98.
35. Gorter RC, Eijkman MAJ, Hoogstraten J. A career counseling program for dentists: Effects on burnout. *Patient Educ. Couns.* 2001;43(1):23-30.
36. Felton JS. Burnout as a clinical entity--its importance in health care workers. *Occup Med (Oxf).* 1998;48(4):237-50.
37. Awa WL, Plaumann M, Walter U. Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Educ Couns.* 2010;78(2):184-90.
38. Marine A, Ruotsalainen J, Serra C, Verbeek J. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006(4):CD002892.
39. van Wyk BE, Pillay-Van Wyk V. Preventive staff-support interventions for health workers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010(3):CD003541.
40. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA.* 2009;302(12):1284-93.
41. Mackenzie CS, Poulin PA, Seidman-Carlson R. A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Appl Nurs Res.* 2006;19(2):105-9.
42. Ospina-Kammerer V, Figley CR. An evaluation of the Respiratory One Method (ROM) in reducing emotional exhaustion among family physician residents. *International Journal of Emergency Mental Health.* 2003;5(1):29-32.
43. Schaufeli WB. The evaluation of a burnout workshop for community nurses. *J. HEALTH HUM. SERV. ADM.* 1995;18(1):11-30.
44. Winefield H, Farmer E, Denson L. Work stress management for women general practitioners: An evaluation. *Psychology, Health & Medicine* Vol. 1998;3(2):163-70.
45. Ro K, Gude T, Tyssen R, Aasland O. Counselling for burnout in Norwegian doctors: one year cohort study. *BMJ.* 2008;337(a2004):1-8.
46. Ro K, Gude T, Tyssen R, Aasland O. A self-referral preventive intervention for burnout among Norwegian nurses: One-year follow-up study. *Patient Education and Counseling.* 2010;78:191-7.
47. Fillion L, Dupuis R, Tremblay I, De Grace GR, Breitbart W. Enhancing meaning in palliative care practice: a meaning-centered intervention to promote job satisfaction. *Palliat Support Care.* 2006;4(4):333-44.
48. Bolle JL. Supporting the deliverers of care: strategies to support nurses and prevent burnout. *Nurs Clin North Am.* 1988;23(4):843-50.
49. Merlino JP. Support groups for professional caregivers: a role for the contemporary psychoanalyst. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis.* 1997;25(1):111-22.

50. Wardle MG, Gloss DS, Boutin C. Stress and the caregiver. *Nursingconnections*. 1999;12(3):35-9.
51. Roberts G. Prevention of burn-out. *Advances in Psychiatric Treatment*. 1997;3:282-9.
52. Stevens WD. Burnout: signs, symptoms, causes, and cures. *J Dent Pract Adm*. 1984;1(2):64-8.
53. Sutherland V, Cooper C. Identifying distress among general practitioners: Predictors of psychological ill-health and job dissatisfaction. *Social Science & Medicine* Vol. 1993;37(5):575-81.
54. Myerson S. Doctors' methods of dealing with 'on going' stress in general practice. *Medical Science Research* Vol. 1991;19(9):267-9.
55. Pennachio DL. Burnout. Are you at risk? Did you just yell at that patient? Slam that Door? Step back--you may be on a slippery slope toward burnout. We can help. *Med Econ*. 2005;82(9):78-82.
56. Schattner P. Stress in general practice. How can GPs cope? *Aust Fam Physician*. 1998;27(11):993-8.
57. Patrick PK. Hospice caregiving: Strategies to avoid burnout and maintain self-preservation. *Hospice Journal* Vol. 1987;3(2-3):223-53.
58. Rokach A. Caring for those who care for the dying: coping with the demands on palliative care workers. *Palliat Support Care*. 2005;3(4):325-32.
59. Ratliff N. Stress and Burnout in the Helping Professions. *Social Casework*. 1988;69(3):147-54.
60. Wells-Federman CL. Awakening the nurse healer within. *Holist Nurs Pract*. 1996;10(2):13-29.
61. Benson J, Magraith K. Compassion fatigue and burnout: the role of Balint groups. *Aust Fam Physician*. 2005;34(6):497-8.
62. Kjeldmand D, Holmstrom I. Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. *Ann Fam Med*. 2008;6(2):138-45.
63. De Valck M, Oostrom C. Burnout in the medical profession. *occupational health at work*. 2007;3(6):1-5.
64. Ospina-Kammerer V, Dixon DR. Coping with Burnout: Family Physicians and Family Social Workers -- What Do They Have in Common? *Journal of Family Social Work*. 2001;5(4):85-93.
65. Sydenham G. Idealism to burnout: Bridging the gap. *PHYSIOTHER. CAN*. 1990;42(5):223-9.
66. Spickard A, Jr., Gabbe SG, Christensen JF. Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA*. 2002;288(12):1447-50.
67. Bittman B, Bruhn KT, Stevens C, Westengard J, Umbach PO. Recreational music-making: a cost-effective group interdisciplinary strategy for reducing burnout and improving mood states in long-term care workers. *Adv Mind Body Med*. 2003;19(3-4):4-15.
68. Peisah C, Adler R, Williams B. Australian pathways and solutions for dealing with older impaired doctors: a prevention model. *Internal Medicine Journal*. 2007;37:826-31.
69. Mingote Adan JC, Moreno Jimenez B, Galvez Herrer M. Burnout and the health of the medical professionals: review and preventive options. *Med Clin (Barc)*. 2004;123(7):265-70.
70. Paquet M. Prevention for Caregivers of Dependent Elderly Persons: What Prevention? *Canadian Social Work Review/Revue canadienne de service social*. 1995;12(1):45-71.
71. Rout U. Gender differences in stress, satisfaction and mental wellbeing among general practitioners in England. *Psychology, Health & Medicine* Vol. 1999;4(4):345-54.
72. Holt J, Mar CD. Reducing occupational psychological distress: A randomized controlled trial of a mailed intervention. *Health Education Research* Vol. 2006;21(4):501-7.
73. Pipe TB, Bortz JJ, Dueck A, Pendergast D, Buchda V, Summers J. Nurse leader mindfulness meditation program for stress management: a randomized controlled trial. *J Nurs Adm*. 2009;39(3):130-7.
74. O'Connor DB, O'Connor RC, White BL, Bundred PE. The effect of job strain on British general practitioners' mental health. *Journal of Mental Health* Vol. 2000;9(6):637-54.
75. Schattner P, Davidson S, Serry N. Doctors' health and wellbeing: taking up the challenge in Australia. *Medical Journal of Australia*. 2004;181(7):348-9.
76. Soderfeldt M, Soderfeldt B, Warg L-E. Burnout in Social Work. *Social Work*. 1995;40(5):638-46.

77. Spurgeon P, Barwell F, Maxwell R. Types of work stress and implications for the role of general practitioners. *Health Serv Manage Res.* 1995;8(3):186-97.
78. Ruotsalainen J, Serra C, Marine A, Verbeek J. Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. *Scand J Work Environ Health.* 2008;34(3):169-78.
79. Winefield H, Murrell T, Clifford J. Sources of occupational stress for Australian GPs, and their implications for postgraduate training. *Family Practice Vol.* 1994;11(4):413-7.
80. Palhares-Alves HN, Laranjeira R, Nogueira-Martins LA. A pioneering experience in Brazil: The creation of a support network for alcohol and drug dependent physicians. A preliminary report. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2007;29(3):258-61.
81. Brewster JM. Doctors' health. *BMJ.* 2008;337:a2161.
82. Brown RL, Schneidman BS. Physicians' health programs--what's happening in the USA? *Medical Journal of Australia.* 2004;181(7):390-1.
83. AMA. The sick physician. Impairment by psychiatric disorders, including alcoholism and drug dependence. *JAMA.* 1973;223(6):684-7.
84. Tysen R. Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. *Industrial Health.* 2007;45:599-610.
85. FSPHP Federation of Physician Health Programs: history [Federation of Physician Health Programs;2010.
86. FSPHP. Physician Health Program Guidelines. Chicago: Federation of State Physician Health Program Inc.; 2005 December.
87. Angres DH, McGovern MP, Shaw MF, Rawal P. Psychiatric comorbidity and physicians with substance use disorders: a comparison between the 1980s and 1990s. *Journal of Addictive Diseases.* 2003;22(3):79-87.
88. Sanchez LT. US Physician Health Programs presentation. In: *Doctors' Health Matters:finding the balance.* London; 2008.
89. Public policy statement: physician illness vs. impairment, 2008.
90. FEAM. Déclaration sur le syndrome de surmenage professionnel chez les médecins. In: *Proceedings of Forum européen des associations de médecins et de l'OMS; 2003 7-9 février; Berlin.*
91. Ro K, Gude T, Aasland O. 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(36):1-8.
92. Samitca S, Geense R, Huissoud T, Morency P, Benninghoff F, F D-A. Evaluation de deux structures a bas seuil de la ville de Lausanne : Le Passage et Le Point d'eau. *Raisons de santé.* 2001;62.
93. Kaufmann IM. Les programmes de santé des médecins: un aperçu. In: *Canadienne AM, editor. Guide de l'AMC sur la santé et le mieux-être des médecins; 2002. p. 16-7.*
94. McLellan AT, Skipper GS, Campbell M, DuPont RL. Five year outcomes in a cohort study of physicians treated for substance use disorders in the United States. *BMJ.* 2008;337:a2038.
95. Gendel MH. Evolution of Physician Health Programs in the United States. In: *International Conference on Physician Health. Doctor's health matters:finding the balance.* London; 2008.
96. Burton J. WHO Healthy Workplace. Framework and Model: Background and supporting literature and practice. WHO; 2010.
97. Marshall EJ. Doctors' health and fitness to practise: treating addicted doctors. *Occup Med (Lond).* 2008;58(5):334-40.
98. 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.* 2008;58(552):501-8.
99. CMA. Physician Health Matters: A mental health strategy for physicians in Canada. 2010.
100. CMA. Physician health becomes a global movement. London: Canadian Medical Association; 2009 17-19 November. A report from the 2008 International Conference on Physician Health. *Doctor's health matters:finding the balance*
101. Maier D. Patterns of Physician Health: a physician health program utilizing occupational health principles. In: *Doctors' health matters:finding the balance.* London: American Medical Association, Canadian Medical Association, British Medical Association; 2009.

102. Magnan A. The Quebec Physician's Health Program: how data research can help to understand the phenomenon of physician' distress. In: *Doctors' health matters:finding the balance*. London: American Medical Association, Canadian Medical Association, British Medical Association; 2009.
103. Rich P. A report from the 2004 International Conference on Physician Health: Creating a healthy culture in medicine. 2004.
104. Leriche B. Le médecin malade. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 28 juin 2008. Commission nationale permanente du Conseil national de l'Ordre des médecins (France); 2008 28 juin.
105. Puddester DG, Flynn L, Cohen J, editors. *CanMEDS Physician Health Guide: A practical Handbook for Physician Health and Well-being*. Ottawa; 2009.
106. Rochfort A. A healthcare programme for General Practitioners and their families in Ireland. *ICGP Health in Practice*. In: *Doctors' health matters:finding the balance*. London: American Medical Association, Canadian Medical Association, British Medical Association; 2009.
107. DuPont RL, McLellan AT, Carr G, Gendel M, Skipper GE. How are addicted physicians treated? A national survey of Physician Health Programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2009;37(1):1-7.
108. DuPont RL, Skipper GE. Correspondence: what about physician health programs? *The New Republic* 2009 January 8.
109. Brewster JM, Kaufmann IM, Hutchison S, MacWilliam C. Characteristics and outcomes of doctors in a substance dependence monitoring programme in Canada: prospective descriptive study. *BMJ*. 2008;337:a2098.
110. Brewster JM, Hutchison S, Kaufmann IM. *Guide for common indicators for canadian physician health programs:final report*. 2005.
111. Clode D. *Emotional health - The conspiracy of silence among Medical Practitioners*. South Melbourne: 2004.
112. Warhaft N. The Victorian Doctors Health Program: the first 3 years. *MJA*. 2004;181:376-9.
113. Oxley JR. Services for sick doctors in the UK. *Medical Journal of Australia*. 2004;181(7):388-9.
114. DH. *Good doctors, safer patients: Proposals to strengthen the system to assure and improve the performance of doctors and to protect the safety of patients*. Department of Health; 2006 14 july.
115. Puddester DG. Canada responds: an explosion in doctors' health awareness, promotion and intervention. *Medical Journal of Australia*. 2004;181(7):386-7.
116. Association médicale canadienne. *La santé des médecins, ça compte - Une Stratégie sur la santé mentale pour les médecins au Canada*. Association Médicale Canadienne/Canadian Medical Association; 2010.
117. CNPQ-NRKP. *Rapport du groupe de travail sur la santé du médecin*. In: INAMI; 2008.
118. Peters S, Mesters P. *Le burn-out: comprendre et vaincre l'épuisement professionnel*. Marabout ed. Paris; 2009.
119. Delbrouck M, editor. *Le burn-out du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel*. 2nd ed. Bruxelles: De Boeck; 2009.
120. Bovier P, Bouvier Gallachi M, Goehring C, Künzi B. Santé des médecins de premier recours en Suisse. *PrimaryCare*. 2004;4(47):941-7.
121. Boydens E. *Artsen zonder zorgen of zonder zelfzorg?* de Huisarts 2007 18/10/2007.
122. Verrijken G. *Naar een belgisch burn-out netwerk*. de Huisarts 2007 13/12/2007.
123. Goorden T. *Dokters, de slechts denkbare patiënten*. Medi-Sfeer 2010 18/02/2010.
124. J.M. *Geld voor burn-out instituut is er*. de Huisarts 2007 13/12/2007.
125. Lefebvre L, Eeckeleers P. *Et la santé du généraliste?* La Revue de la Médecine Générale 2008 mars 2008.
126. Selleslagh P. *Naar een SOS-lijn voor hulpbehoevende artsen?* Artsenkrant 2010 26/03/2010.
127. Fonds Julie Renson. *Mémento de la Santé Mentale 2010*. Liste de services pour enfants, adolescents,adultes et seniors. Fonds Julie Renson; 2010.
128. Verrijken G. *Burn-out aanpakken in zes sessies*. de Huisarts 2008 07/02/2008.

129. Belzile F, Lajoie J-Y, Urli B. Modèle interactif pour le pilotage des études de faisabilité de projets industriels 1995.
130. Blenkinsopp A, Tann J, Platts A, Allen J. Evaluation of feasibility and acceptability of community pharmacy health promotion scheme – views of users and providers. *Health Educ J* 2002;61:52-69.
131. ADEM. Évaluation en santé publique. 1996. Actualité et dossier en santé publique n°17 Available from: <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-17/ad173640.pdf>
132. Bakker A, Schaufeli W, Demerouti E, Janssen P, Van der Hulst R, Brouwer J. Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety Stress Coping* 2000;13:247 -68.
133. Leiter MP, Durup J. The discriminant validity of burnout and depression : a confirmatory factor analytic study. *Anxiety Stress Coping* 1994;7:357-73.
134. Firth-Cozens J. Predicting stress in general practitioner : 10 year follow up postal survey. *BMJ*. 1997;315 34-5.
135. Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid Arbeid en Sociaal Overleg. Preventieadviseur [[cited 18/8/2011]. Available from: http://www.werk.belgie.be/detailA_Z.aspx?id=934
136. Galam E. Burn out des médecins libéraux-Ière partie: une pathologie de la relation d'aide. *Médecine*. 2007;3(9):419-21.
137. Galam E. Burn out des médecins libéraux. Deuxième partie : une identité professionnelle remise en question. *Médecine*. 2007;3(10):474-7.
138. Lorant V, Geerts C, D'Hoore W, Sauwens D, Remmen R, Peremans L, et al. Médecine générale : comment promouvoir l'attraction et la rétention dans la profession? Brussels: KCE 2008. KCE report 90B (D/2008/10.273/64) Available from: <http://kce.fgov.be/Download.aspx?ID=1268>

This page is left intentionally blank.

Wettelijk depot : D/2011/10.273/53

KCE reports

1. Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. D/2004/10.273/1.
2. Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid (fase I). D/2004/10.273/2.
3. Antibioticagebruik in ziekenhuizen bij acute pyelonefritis. D/2004/10.273/5.
4. Leukoreductie. Een mogelijke maatregel in het kader van een nationaal beleid voor bloedtransfusieveiligheid. D/2004/10.273/7.
5. Het preoperatief onderzoek. D/2004/10.273/9.
6. Nationale richtlijn prenatale zorg. Een basis voor een klinisch pad voor de opvolging van zwangerschappen. D/2004/10.273/13.
7. Validatie van het rapport van de Onderzoekscommissie over de onderfinanciering van de ziekenhuizen. D/2004/10.273/11.
8. Financieringssystemen van ziekenhuisgeneesmiddelen: een beschrijvende studie van een aantal Europese landen en Canada. D/2004/10.273/15.
9. Feedback: onderzoek naar de impact en barrières bij implementatie – Onderzoeksrapport: deel I. D/2005/10.273/01.
10. De kost van tandprothesen. D/2005/10.273/03.
11. Borstkankerscreening. D/2005/10.273/05.
12. Studie naar een alternatieve financiering van bloed en labiele bloederivaten in de ziekenhuizen. D/2005/10.273/07.
13. Endovasculaire behandeling van Carotisstenose. D/2005/10.273/09.
14. Variaties in de ziekenhuispraktijk bij acuut myocardinfarct in België. D/2005/10.273/11.
15. Evolutie van de uitgaven voor gezondheidszorg. D/2005/10.273/13.
16. Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid. Fase II : ontwikkeling van een actuaireel model en eerste schattingen. D/2005/10.273/15.
17. Evaluatie van de referentiebedragen. D/2005/10.273/17.
18. Prospectief bepalen van de honoraria van ziekenhuisartsen op basis van klinische paden en guidelines: makkelijker gezegd dan gedaan.. D/2005/10.273/19.
19. Evaluatie van forfaitaire persoonlijk bijdrage op het gebruik van spoedgevallendienst. D/2005/10.273/21.
20. HTA Moleculaire Diagnostiek in België. D/2005/10.273/23, D/2005/10.273/25.
21. HTA Stomamateriaal in België. D/2005/10.273/27.
22. HTA Positronen Emissie Tomografie in België. D/2005/10.273/29.
23. HTA De electieve endovasculaire behandeling van het abdominale aorta aneurysma (AAA). D/2005/10.273/32.
24. Het gebruik van natriuretische peptides in de diagnostische aanpak van patiënten met vermoeden van hartfalen. D/2005/10.273/34.
25. Capsule endoscopie. D/2006/10.273/01.
26. Medico-legal aspecten van klinische praktijkrichtlijnen. D2006/10.273/05.
27. De kwaliteit en de organisatie van type 2 diabeteszorg. D2006/10.273/07.
28. Voorlopige richtlijnen voor farmaco-economisch onderzoek in België. D2006/10.273/10.
29. Nationale Richtlijnen College voor Oncologie: A. algemeen kader oncologisch kwaliteitshandboek B. wetenschappelijke basis voor klinische paden voor diagnose en behandeling colorectale kanker en testiskanker. D2006/10.273/12.
30. Inventaris van databanken gezondheidszorg. D2006/10.273/14.
31. Health Technology Assessment prostate-specific-antigen (PSA) voor prostaatkankerscreening. D2006/10.273/17.
32. Feedback : onderzoek naar de impact en barrières bij implementatie – Onderzoeksrapport : deel II. D/2006/10.273/19.
33. Effecten en kosten van de vaccinatie van Belgische kinderen met geconjugerd pneumokokkenvaccin. D/2006/10.273/21.
34. Trastuzumab bij vroegtijdige stadia van borstkanker. D/2006/10.273/23.
35. Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid (fase III)- precisering van de kostenraming. D/2006/10.273/26.
36. Farmacologische en chirurgische behandeling van obesitas. Residentiële zorg voor ernstig obese kinderen in België. D/2006/10.273/28.

37. HTA Magnetische Resonantie Beeldvorming. D/2006/10.273/32.
38. Baarmoederhalskankerscreening en testen op Human Papillomavirus (HPV). D/2006/10.273/35
39. Rapid assessment van nieuwe wervelzuil technologieën : totale discusprothese en vertebro/ballon kyfoplastie. D/2006/10.273/38.
40. Functioneel bilan van de patiënt als mogelijke basis voor nomenclatuur van kinesitherapie in België? D/2006/10.273/40.
41. Klinische kwaliteitsindicatoren. D/2006/10.273/43.
42. Studie naar praktijkverschillen bij electieve chirurgische ingrepen in België. D/2006/10.273/45.
43. Herziening bestaande praktijkrichtlijnen. D/2006/10.273/48.
44. Een procedure voor de beoordeling van nieuwe medische hulpmiddelen. D/2006/10.273/50.
45. HTA Colorectale Kankerscreening: wetenschappelijke stand van zaken en budgetimpact voor België. D/2006/10.273/53.
46. Health Technology Assessment. Polysomnografie en thuismonitoring van zuigelingen voor de preventie van wiegendood. D/2006/10.273/59.
47. Geneesmiddelengebruik in de belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen. D/2006/10.273/61
48. Chronische lage rugpijn. D/2006/10.273/63.
49. Antivirale middelen bij seizoensgriep en griepdemie. Literatuurstudie en ontwikkeling van praktijkrichtlijnen. D/2006/10.273/65.
50. Eigen betalingen in de Belgische gezondheidszorg. De impact van supplementen. D/2006/10.273/68.
51. Chronische zorgbehoeften bij personen met een niet- aangeboren hersenletsel (NAH) tussen 18 en 65 jaar. D/2007/10.273/01.
52. Rapid Assessment: Cardiovasculaire Primaire Preventie in de Belgische Huisartspraktijk. D/2007/10.273/03.
53. Financiering van verpleegkundige zorg in ziekenhuizen. D/2007/10 273/06
54. Kosten-effectiviteitsanalyse van rotavirus vaccinatie van zuigelingen in België
55. Evidence-based inhoud van geschreven informatie vanuit de farmaceutische industrie aan huisartsen. D/2007/10.273/12.
56. Orthopedisch Materiaal in België: Health Technology Assessment. D/2007/10.273/14.
57. Organisatie en Financiering van Musculoskeletale en Neurologische Revalidatie in België. D/2007/10.273/18.
58. De Implanteerbare Defibrillator: een Health Technology Assessment. D/2007/10.273/21.
59. Laboratoriumtesten in de huisartsgeneeskunde. D2007/10.273/24.
60. Longfunctie testen bij volwassenen. D/2007/10.273/27.
61. Vacuümgeassisteerde Wondbehandeling: een Rapid Assessment. D/2007/10.273/30
62. Intensiteitsgemoduleerde Radiotherapie (IMRT). D/2007/10.273/32.
63. Wetenschappelijke ondersteuning van het College voor Oncologie: een nationale praktijkrichtlijn voor de aanpak van borstkanker. D/2007/10.273/35.
64. HPV Vaccinatie ter Preventie van Baarmoederhalskanker in België: Health Technology Assessment. D/2007/10.273/41.
65. Organisatie en financiering van genetische diagnostiek in België. D/2007/10.273/44.
66. Health Technology Assessment: Drug-Eluting Stents in België. D/2007/10.273/47
67. Hadrontherapie. D/2007/10.273/50.
68. Vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg – Fase IV : Verdeelsleutel tussen het Fonds en de verzekeraars. D/2007/10.273/52.
69. Kwaliteit van rectale kankerzorg – Fase I: een praktijkrichtlijn voor rectale kanker D/2007/10.273/54.
70. Vergelijkende studie van ziekenhuisaccrediterings-programma's in Europa D/2008/10.273/57.
71. Aanbevelingen voor het gebruik van vijf oftalmologische testen in de klinische praktijk .D/2008/10.273/04
72. Het aanbod van artsen in België. Huidige toestand en toekomstige uitdagingen. D/2008/10.273/07

73. Financiering van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt in algemene ziekenhuizen: definitie en evaluatie van een geriatrische patiënt, definitie van de interne liaisongeriatrie en evaluatie van de middelen voor een goede financiering. D/2008/10.273/11
74. Hyperbare Zuurstoftherapie: Rapid Assessment. D/2008/10.273/13.
75. Wetenschappelijke ondersteuning van het College voor Oncologie: een nationale praktijkrichtlijn voor de aanpak van slokdarm- en maagkanker. D/2008/10.273/16.
76. Kwaliteitsbevordering in de huisartsenpraktijk in België: status quo of quo vadis? D/2008/10.273/18.
77. Orthodontie bij kinderen en adolescenten. D/2008/10.273/20.
78. Richtlijnen voor farmaco-economische evaluaties in België. D/2008/10.273/23.
79. Terugbetaling van radioisotopen in België. D/2008/10.273/26
80. Evaluatie van de effecten van de maximumfactuur op de consumptie en financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg. D/2008/10.273/35.
81. Kwaliteit van rectale kankerzorg – phase 2: ontwikkeling en test van een set van kwaliteitsindicatoren. D/2008/10.273/38
82. 64-Slice computertomografie van de kransslagaders bij patiënten met vermoeden van coronaire hartziekte. D/2008/10.273/40
83. Internationale vergelijking van terugbetalingsregels en juridische aspecten van plastische heekunde. D/2008/10.273/43
84. Langverblijvende psychiatrische patiënten in T-bedden. D/2008/10.273/46
85. Vergelijking van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België. D/2008/10.273/49.
86. Functiedifferentiatie in de verpleegkundige zorg: mogelijkheden en beperkingen. D/2008/10.273/52.
87. Het gebruik van kinesitherapie en van fysieke geneeskunde en revalidatie in België. D/2008/10.273/54.
88. Chronisch Vermoeidheidssyndroom: diagnose, behandeling en zorgorganisatie. D/2008/10.273/58.
89. Rapid assessment van enkele nieuwe behandelingen voor prostaatkanker en goedaardige prostaathypertrofie. D/2008/10.273/61
90. Huisartsgeneeskunde: aantrekkingskracht en beroepstrouw bevorderen. D/2008/10.273/63
91. Hoorapparaten in België: health technology assessment. D/2008/10.273/67
92. Nosocomiale infecties in België, deel I: nationale prevalentiestudie. D/2008/10.273/70.
93. Detectie van adverse events in administratieve databanken. D/2008/10.273/73.
94. Intensieve maternale verzorging (Maternal Intensive Care) in België. D/2008/10.273/77
95. Percutane hartklep implantatie bij congenitale en degeneratieve klepletsels: A rapid Health Technology Assessment. D/2008/10.273/79
96. Het opstellen van een medische index voor private ziekteverzekeringsovereenkomsten. D/2008/10.273/82
97. NOK/PSY revalidatiecentra: doelgroepen, wetenschappelijke evidentie en zorgorganisatie. D/2009/10.273/84
98. Evaluatie van universele en doelgroep hepatitis A vaccinatie opties in België. D/2008/10.273/88
99. Financiering van het geriatrisch dagziekenhuis. D/2008/10.273/90
100. Drempelwaarden voor kosteneffectiviteit in de gezondheidszorg. D/2008/10.273/94
101. Videoregistratie van endoscopische chirurgische interventies: rapid assessment. D/2008/10.273/97
102. Nosocomiale Infecties in België: Deel II, Impact op Mortaliteit en Kosten. D/2009/10.273/99
103. Hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg: evaluatieonderzoek 'therapeutische projecten' - eerste tussentijds rapport. D/2009/10.273/04.
104. Robotgeassisteerde chirurgie: health technology assessment. D/2009/10.273/07
105. Wetenschappelijke ondersteuning van het College voor Oncologie: een nationale praktijkrichtlijn voor de aanpak van pancreaskanker. D/2009/10.273/10
106. Magnetische Resonantie Beeldvorming: kostenstudie. D/2009/10.273/14
107. Vergoeding van schade ten gevolge van gezondheidszorg – Fase V: Budgettaire impact van de omzetting van het Franse systeem in België. D/2009/10.273/16

108. Tiotropium in de behandeling van Chronisch Obstructief Longlijden (COPD): Health Technology Assessment. D/2009/10.273/18
109. De waarde van EEG en geëvokeerde potentialen in de klinische praktijk. D/2009/10.273/21
110. Positron Emissie Tomografie: een update. D/2009/10.273/24
111. Medicamenteuze en niet-medicamenteuze interventies voor de ziekte van Alzheimer, een rapid assessment. D/2009/10.273/27
112. Beleid voor weesziekten en weesgeneesmiddelen. D/2009/10.273/30.
113. Het volume van chirurgische ingrepen en de impact ervan op de uitkomst: haalbaarheidsstudie op basis van Belgische gegevens. D/2009/10.273/33.
114. Endobronchiale kleppen bij de behandeling van ernstig longemfyseem Een "rapid" Health Technology Assessment. D/2009/10.273/37.
115. Organisatie van palliatieve zorg in België. D/2009/10.273/40
116. Rapid assessment van interspinale implantaten en pedikelschroeven voor dynamische stabilisatie van de lumbale wervelkolom. D/2009/10.273/44
117. Gebruik van point-of care systemen bij patiënten met orale anticoagulatie: een Health Technology Assesment. D/2009/10.273/47
118. Voordelen, nadelen en haalbaarheid van het invoeren van 'Pay for Quality' programma's in België. D/2009/10.273/50.
119. Aspecifieke nekpijn: diagnose en behandeling. D/2009/10.273/54.
120. Hoe zelfvoorziening in stabiele plasmaderivaten voor België verzekeren? D/2009/10.273/57.
121. Haalbaarheidsstudie voor de invoering van een "all-in" pathologiefinanciering voor Belgische ziekenhuizen. D/2010/10.273/01
122. Financiering van de thuisverpleging in België. D/2010/10.273/05
123. Hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg: evaluatieonderzoek 'therapeutische projecten' - tweede tussentijds rapport. D/2010/10.273/08
124. Organisatie en financiering van chronische dialyse in België. D/2010/10.273/11
125. Invloed van onafhankelijke artsenbezoekers op de praktijk van artsen in de eerste lijn. D/2010/10.273/14
126. Het referentieprijssysteem en socio-economische verschillen bij het gebruik van goedkopere geneesmiddelen. D/2010/10.273/18
127. Kosteneffectiviteit van antivirale behandeling voor chronische hepatitis B in België. Deel I: Literatuuroverzicht en resultaten van een nationale studie.. D/2010/10.273/22.
128. Een eerste stap naar het meten van de performantie van het Belgische gezondheidszorgsysteem. D/2010/10.273/25.
129. Opsporing van borstkanker tussen 40 en 49 jaar. D/2010/10.273/28.
130. Kwaliteitscriteria voor stageplaatsen van kandidaat-huisartsen en kandidaat-specialisten. D/2010/10.273/33.
131. Continuïteit van de medicamenteuze behandeling tussen ziekenhuis en thuis. D/2010/10.273/37.
132. Is Neonatale Screening op Mucoviscidose aangewezen in België? D/2010/10.273/41.
133. Optimalisatie van de werkingsprocessen van het Bijzonder Solidariteitsfonds. D/2010/10.273/44
134. De vergoeding van slachtoffers besmet met het hepatitis C-virus of het HIV-virus door bloedtransfusie. D/2010/10.273/47.
135. Spoedeisende psychiatrische hulp voor kinderen en adolescenten. D/2010/10.273/49.
136. Bewaking op afstand van patiënten met geïmplanteerde defibrillatoren. Evaluatie van de technologie en breder regelgevend kader. D/2010/10.273/53.
137. Pacemakertherapie voor bradycardie in België. D/2010/10.273/56.
138. Het Belgische Gezondheidssysteem in 2010. D/2010/10.273/59.
139. Richtlijnen voor goede klinische praktijk bij laag risico bevallingen. D/2010/10.273/62
140. Cardiale revalidatie: klinische doeltreffendheid en gebruik in België. D/2010/10.273/65.
141. Statines in België: evolutie in het gebruik en invloed van het terugbetalingsbeleid. D/2010/10.273/69.
142. Wetenschappelijke ondersteuning van het College voor Oncologie: een update van de nationale richtlijn voor testiskanker. D/2010/10.273/72.
143. Wetenschappelijke ondersteuning van het College voor Oncologie: een update van de nationale richtlijn voor borstkanker. D/2010/10.273/75

144. Organisatie van geestelijke gezondheidszorg voor mensen met een ernstige en persisterende mentale aandoening. Wat is de wetenschappelijke basis? D/2010/10.273/78
145. Cardiale Resynchronisatie Therapie. Een Health Technology Assessment. D/2011/10.273/82.
146. Hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg: evaluatieonderzoek 'therapeutische projecten'. D/2010/10.273/85.
147. Vergoedingssystemen voor geneesmiddelen: internationale vergelijking en beleidsaanbevelingen. D/2010/10.273/88
148. Stand van zaken voor de osteopathie en de chiropraxie in België. D/2010/10.273/91.
149. Kwaliteitsindicatoren in oncologie: teelbalkancer. D/2010/10.273/96.
150. Kwaliteitsindicatoren in oncologie: borstkanker. D/2010/10.273/99
151. Kosteneffectiviteit van vaccinatie tegen windpokken bij kinderen en tegen zona bij ouderen in België. D/2010/10.273/102.
152. Kwaliteitsindicatoren in oncologie: voorwaarden voor het opzetten van een kwaliteitssysteem. D/2011/10.273/01
153. Acupunctuur: situatie in België. D/2011/10.273/04
154. Stand van zaken van de homeopathie in België. D/2011/10.273/12.
155. Kosteneffectiviteit van 10- en 13-valent geconjugeerde pneumokokkenvaccins bij kinderen. D/2011/10.273/19.
156. Zuurstoftherapie thuis. D/2011/10.273/23.
157. Economische evaluatie van antivirale behandeling van chronische hepatitis B in België – Deel 2. D/2011/10.273/27.
158. De klinische evaluatie vóór markttoegang van innovatieve hoogrisico medische hulpmiddelen. D/2011/10.273/29.
159. Geneesmiddelen ter preventie van osteoporotische fracturen. D/2011/10.273/32.
160. Dementie: welke niet-pharmacologische interventies? D/2011/10.273/35.
161. Kwaliteit van rectale kankerzorg - fase 3: statistische methoden om centra te benchmarken met een set van kwaliteitsindicatoren. D/2011/10.273/38.
162. Vaccinatie tegen seizoensinfluenza: prioritaire doelgroepen - Deel I. D/2011/10.273/43.
163. Transcatheter aortakunstklep implantatie (TAVI): een Health Technology Assessment actualisatie. D/2011/10.273/46.
164. Diagnose en behandeling van spataders in de benen. D/2011/10.273/50.
165. Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak. D/2011/10.273/53.

