

Synthese van het rapport I 65A

Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak

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 denkpijsten 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 equipes 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 pijsten, 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

Algemene synthese

Inhoudsopgave

AFKORTINGENLIJST	2
1 CONTEXT EN METHODES	4
1.1 BURNOUT: EEN BEDREIGING VOOR DE HUISARTSEN EN VOOR DE VOLKSGEZONDHEID.....	4
1.2 DOELSTELLINGEN VAN HET ONDERZOEK.....	5
1.3 WAT IS BURNOUT?.....	5
1.4 HOE HEEFT HET KCE DEZE PROBLEMATIEK BENADERD?.....	6
2 WELKE ZIJN DE FACTOREN DIE MET BURNOUT GEASSOCIEERD WORDEN BIJ HUISARTSEN?	8
3 ACTIELIJNEN VOOR PREVENTIE	9
3.1 WAARDENCONFLICTEN NEUTRALISEREN.....	10
3.2 HET EVENWICHT HERSTELLEN TUSSEN DE PROFESSIONELE VERPLICHTINGEN EN DE INDIVIDUELE BESCHERMING.....	10
3.2.1 Een gezondheidszorg voor huisartsen organiseren.....	10
3.2.2 De sociale bescherming van huisartsen versterken.....	11
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.....	12
3.3.2 De initiatieven van de Belgische overheid betreffende de stimulering van groepspraktijken en praktijknetwerken verder zetten.....	13
3.4 MEER CONTROLE LATEN VERWERVEN DOOR DE HUISARTS OP ZIJN BEROEPSACTIVITEIT.....	13
3.4.1 Ondersteuning van de huisartsen bij een goed time management en prioriteitenbeheer	13
3.4.2 Het sensibiliseren van patiënten tot meer realistische verwachtingen.....	14
3.5 HET GEBREK AAN ERKENNING VAN DE HUISARTSGENEESKUNDE AANPAKKEN.....	15
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.....	15
3.5.2 De inspanningen van de overheid voor een gepaste vergoeding van huisartsen verder zetten	16
3.6 OVERBELASTING VERMIJDEN.....	17
3.6.1 Concrete maatregelen om de administratieve last van de huisartsen te verminderen... 17	17
3.6.2 Een ondersteunende strategie uitwerken voor de behandeling van patiënten met een zware pathologie en/of complexe situaties.....	17
3.6.3 Goed georganiseerde wachtdiensten uitwerken en opzetten.....	18
3.6.4 De artsen aanmoedigen om technieken voor stressmanagement te gebruiken.....	18
4 ACTIELIJNEN VOOR DE AANPAK VAN BURNOUT	19
4.1 HET 1 ^{STE} NIVEAU, EEN LAAGDREMPELIGE TOEGANG DIE ORIËNTATIE BIEDT.....	19
4.2 HET 2 ^{DE} NIVEAU, ZORGCOÖRDINATIE.....	20
4.3 HET 3 ^{DE} NIVEAU, DE BEHANDELING.....	20
4.4 EEN MILD EN BESCHERMD NETWERK.....	20
4.5 VOORBEREIDING VAN DE PROFESSIONELE REÏNTEGRATIE.....	20
4.6 NAAR EEN INTEGRAAL HULPPROGRAMMA.....	21
5 ALVORENS IN ACTIE TE SCHIETEN: ENKELE BELANGRIJKE PRINCIPES DIE MEN IN GEDACHTEN MOET HOUDEN	22
6 REFERENTIES	23

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
IFTS	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

Algemene synthese: een globale aanpak gericht op een evenwichtige beroepsbetrokkenheid

I CONTEXT EN METHODES

I.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 opvangen¹⁻³. 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 werknemers⁴. De "Fédération des maisons médicales" schatte in 2005 dat 10% van de huisartsen aan burnout leden¹.

Huisartsen zijn mogelijkwijs 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.

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.

1.3 WAT IS BURNOUT?

Het begrip burnout werd voor het eerst geïntroduceerd in 1974 door Freudenberg⁵. 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 al⁶. 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 zijn⁷;
- **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 is⁷.

I.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:

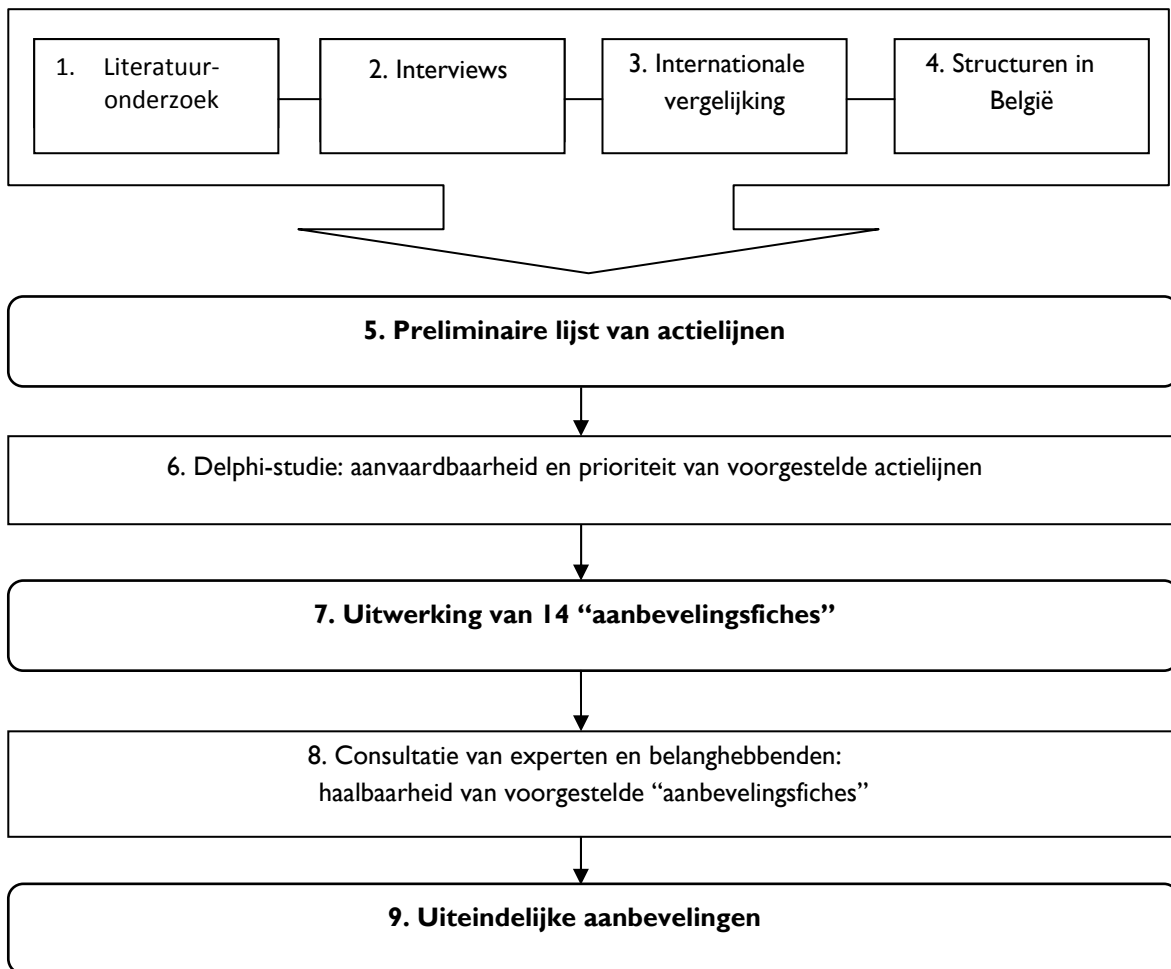
- Voor het inventariseren van de factoren die geassocieerd worden met burnout bij huisartsen, evenals voor het opsporen van preventie- en behandelingsinterventies waarvan een evaluatie gebeurd was, werd een **systematisch literatuuronderzoek** uitgevoerd in de geïndexeerde, wetenschappelijke literatuur.
- 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^a, 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' (HIPPP) 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 onderzoeksfasen, 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 1 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.

^a 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 1: 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.

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 burnout⁸:

- 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 werklast, 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.

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 Leiter⁹. Wij hebben ze als volgt vertaald naar de wereld van de huisartsengeneeskunde: de waarden, de verhouding verpliching/bescherming, de ondersteuning, de controle op de beroepsactiviteiten, de erkenning en de overbelasting.

Tabel 1. 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 gezondheidszorg-systeem
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

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.

3.2 HET EVENWICHT HERSTELLEN TUSSEN DE PROFESSIONELE VERPLICHTINGEN EN DE INDIVIDUELE BESCHERMING

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 laatste 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.

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.

3.3 HET GEBREK AAN STEUN VAN COLLEGA'S VERHELPEN

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.

3.3.1.1 *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.

3.3.1.2 *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.

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'¹⁰ 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.

3.3.2.1 *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).

3.3.2.2 *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.

3.3.2.3 *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.

3.4 MEER CONTROLE LATEN VERWERVEN DOOR DE HUISARTS OP ZIJN BEROEPSACTIVITEIT

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.

3.4.1.1 *De huisarts helpen om zijn tijd beter te beheren*

Op individueel vlak zou elke huisarts ervoor moeten kunnen kiezen om het aantal vrije consulatiemomenten 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.

3.4.1.2 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.

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 echelonnering van de zorg terdege worden aangepakt en de rol van de huisarts hierin moet duidelijk worden bepaald.

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 gezondheidszorg¹⁰, 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.

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.

3.5.1.1 *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 2008¹⁰. 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.

3.5.1.2 *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.

3.5.1.3 *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).

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.

3.6 OVERBELASTING VERMIJDEN

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:

3.6.1.1 *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.

3.6.1.2 *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 werklast van de arts niet noodzakelijkerwijs wordt verlicht.

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

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.

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.

3.6.4.1 *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 residentieële 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).

3.6.4.2 *.... 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.

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.

4.1 HET 1^{STE} NIVEAU, EEN LAAGDREMPELIGE TOEGANG DIE ORIËNTATIE BIJDT

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 afstandsonderwijs. De wetenschappelijke studies rond de doeltreffendheid 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 waren¹¹.

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.

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 bekwaamheid 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,...).

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.

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.

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 ambulante (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.

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.

6 REFERENTIES

1. Fédération des Maisons Médicales. Le burn-out: quand s'ouvrent les portes du vide... . Santé Conjuguée. 2005(32).
2. Galam E. Burn out des médecins libéraux-Ière partie: une pathologie de la relation d'aide. Médecine. 2007;3(9):419-21.
3. Galam E. Burn out des médecins libéraux. Deuxième partie : une identité professionnelle remise en question. Médecine. 2007;3(10):474-7.
4. Hansez I, Mairiaux P, Firket P, Braeckman L. Recherche sur le Burnout au sein de la population active belge: rapport final. SPF Emploi; 2010.
5. Freudenberger HJ. Staff burnout. Journal of Social Issues. 1974(30):159-65.
6. 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.
7. Shanafelt TD. Enhancing meaning in work: a prescription for preventing physician burnout and promoting patient-centered care. JAMA. 2009;302(12):1338-40.
8. Michaels RM. Physician burnout. Pennsylvania Medicine. 1996;99(5):18-21.
9. Maslach C, Leiter MP. Burn-out: le syndrome d'épuisement professionnel. Paris: Editions des Arènes; 2011.
10. 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>
11. Ro K, Gude T, Tyssen R, Aasland O. Counselling for burnout in Norwegian doctors: one year cohort study. BMJ. 2008;337(a2004):1-8.

COLOFON

Synthese van het rapport I65A

Titel:	Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak - synthese
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 experten:	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/2011/10.273/57

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 - synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2011. KCE Reports 165A. D/2011/10.273/57.



