

## Burn-out en bevlogenheid bij artsen in opleiding en specialisten

S. VANDENBROECK<sup>2, 3</sup>, C. LAMBREGHTS<sup>2, 3</sup>, H. DE WITTE<sup>4</sup>, K. VANHAECHT<sup>5</sup>, L. GODDERIS<sup>2, 3, 6</sup>

### Samenvatting

Burn-out is een syndroom gekenmerkt door emotionele uitputting in combinatie met cynisme en een gevoel van verminderde persoonlijke bekwaamheid. Bevlogen werknemers voelen zich daarentegen vitaal en energiek, zijn toegewijd en betrokken. Grote multicentrische studies die beide fenomenen en de gerelateerde werkkenmerken (werkeisen en hulpbronnen) vergelijken tussen artsen-specialisten in opleiding (ASO's) en afgestudeerde specialisten, zijn echter schaars. Een recente cross-sectionele multicentrische studie levert gegevens op over 1.198 artsen (18,2% ASO's en 81,8% specialisten) werkzaam in 37 Belgische ziekenhuizen. De resultaten duiden op een groter aandeel ASO's die een risico lopen op het ontwikkelen van burn-out (25,7% versus 22,7%,  $p < 0,05$ ) en laag scoren op bevlogenheid (53,7% versus 65,4%,  $p < 0,05$ ) vergeleken met specialisten. ASO's rapporteren significant meer werkuren, weekends- en nachtshiften dan specialisten. Ook op de werkeisen bestaande uit rolconflicten en rolonduidelijkheid scoren ASO's significant hoger. ASO's ervaren daarentegen significant minder hulpbronnen zoals autonomie, participatie, feedback en sociale steun van collega's en de leidinggevende. Onderzoek toont aan dat burn-out niet enkel belangrijke gevolgen heeft voor het individuele welzijn, maar ook voor het werkgerelateerde gedrag (bv. medische fouten). Efficiënte preventie richt zich daarom bij voorkeur op het bewaken en het verminderen van jobspecifieke risicofactoren in combinatie met het voorzien van voldoende hulpbronnen.

### Inleiding

Burn-out is een syndroom gekenmerkt door emotionele uitputting in combinatie met een gevoel van verminderde persoonlijke bekwaamheid, minder motivatie en een afstandelijke houding ten opzichte van het werk. Deze extreme vorm van langdurige psychische vermoeidheid wordt veroorzaakt door het werk. Omdat

emotionele belasting een van de belangrijkste risicofactoren is, werd burn-out heel vaak onderzocht en in verband gebracht met zorgverlenende contactberoepen.

Artsen zijn een risicogroep omdat ze vaak worden geconfronteerd met aangrijpende situaties, zoals de onzekerheid over de behandeling en het overlijden van patiënten. Anderzijds blijkt uit onderzoek dat niet alleen cliëntgerelateerde stressoren, maar ook algemene jobeisen (zoals werkdruk, rolconflicten, enz.) het risico op burn-out verhogen. Artsen zijn vaak heel gedreven en kloppen gemiddeld meer dan 50 uur per week, waardoor er minder tijd overblijft om zich te ontspannen.

Verschillende persoonskenmerken en hulpbronnen zijn ook in verband gebracht met burn-out. Geneesheren gebruiken ontkenning en vermijding als copingstijl en zoeken niet gemakkelijk steun bij collega's, wat opnieuw het risico op burn-out verhoogt (1).

Burn-out heeft een belangrijke impact op de gezondheid van de zorgverlener. De belangrijkste

<sup>1</sup> Centrum voor Postgraduaat Onderwijs in de Interne Geneeskunde, KU Leuven; thema: Kwaliteit van zorg door en voor de arts (E&E).

<sup>2</sup> Centre for Environment and Health, KU Leuven.

<sup>3</sup> IDEWE, External Service for Prevention and Protection at Work, Heverlee.

<sup>4</sup> Research Group Work, Organisational and Personnel Psychology, KU Leuven.

<sup>5</sup> Leuven Institute for Healthcare Policy, KU Leuven.

<sup>6</sup> Correspondentieadres: prof. dr. L. Godderis, Centre for Environment and Health, Kapucijnenvoer 35 blok D box 7001, 3000 Leuven.

gevolgen zijn een slechte algemene gezondheid, verhoogd absentisme, medicatieverbruik en een verhoogde intentie om de afdeling, het beroep of het ziekenhuis te verlaten. In het kader van het huidige personeelstekort in de gezondheidszorg is de preventie van burn-out essentieel. Daarenboven kan burn-out ook belangrijke gevolgen hebben voor de kwaliteit van de patiëntenzorg en de patiëntveiligheid.

In tegenstelling tot wat soms vermoed wordt, komt burn-out voor bij zowel jonge als oude werknemers. Jonge dertigers en veertigers hebben een verhoogd risico door de combinatie van druk zowel op het werk als in de privésituatie (zorg voor kinderen en zieke ouders). De laatste jaren wordt er dan ook meer aandacht besteed aan burn-out bij artsen-specialisten in opleiding (ASO's).

Grote multicentrische studies naar burn-out bij ASO's zijn schaars. De meeste studies beperken zich tot het onderzoeken van burn-out bij ASO's die werkzaam zijn in hetzelfde ziekenhuis of binnen één opleidingsgebied/specialisme (2-9). Er zijn vrijwel ook geen studies waarin burn-out bij ASO's vergeleken wordt met burn-out bij reeds afgestudeerde artsen in hetzelfde ziekenhuis of binnen dezelfde discipline (10, 11).

Een andere beperking in het huidige wetenschappelijke onderzoek is dat dit vooral gericht is op de negatieve aspecten van het werk. Het is minstens even belangrijk om aandacht te hebben voor de bevlogenheid (in het Engels vertaald als „work engagement”). Bevlogen werknemers voelen zich vitaal en energiek, zijn toegewijd en betrokken en gaan volledig op in hun werk. Ze worden er als het ware door geabsorbeerd. Bevlogen medewerkers hebben een goede gezondheid, kennen een lagere verlooptententive en vertonen extra rolgedrag.

De huidige studie is de eerste multicentrische, disciplineoverschrijdende, Belgische studie die peilt naar burn-out en bevlogenheid bij ASO's én geneesheren-specialisten. Deze studie richt zich op beide omdat zowel de preventie van burn-out als het bevorderen van bevlogenheid belangrijk is om artsen duurzaam inzetbaar te houden.

De volgende onderzoeksvragen komen hier aan bod:

- Komt burn-out vaker voor bij ASO's dan bij geneesheren-specialisten?
- Komt bevlogenheid vaker voor bij geneesheren-specialisten dan bij ASO's?
- Ervaren ASO's hogere werkeisen vergeleken met geneesheren-specialisten?
- Ervaren ASO's minder hulpbronnen vergeleken met artsen-specialisten?

## Methodie

De huidige studie maakt gebruik van gegevens verzameld tijdens een cross-sectionele multicentrische survey uitgevoerd in de Belgische algemene en psychiatrische ziekenhuizen in de periode juni-juli 2012. Het volledige rapport is ter beschikking op <http://www.be-at-work.be>

Kort samengevat werden de deelnemers gerekruteerd aan de hand van een gelegheidssteekproef. In een eerste fase schreef men de directieleden van alle Belgische ziekenhuizen aan. In een tweede fase nodigde men alle artsen werkzaam in de deelnemende ziekenhuizen uit voor deelname. De deelnemers moesten minimaal houder zijn van een master in de geneeskunde. Ze mochten actief zijn in de praktijk of een leidinggevende functie bekleden. Zowel geneesheren-specialisten als ASO's kwamen in aanmerking voor de studie.

De elektronische vragenlijst was gebaseerd op het theoretische raamwerk dat werd ontwikkeld vanuit het „Job Demands-Resources”-model (JDR-model) (fig. 1). Het JDR-model maakt de relaties tussen werkkenmerken en werkstress inzichtelijk aan de hand van twee basisassumpties. Ten eerste wordt ervan uitgegaan dat elk beroep zijn eigen risicofactoren heeft gerelateerd aan stress en dat die kunnen bijdragen tot de ontwikkeling van enerzijds burn-out en anderzijds bevlogenheid. Deze risicofactoren kunnen worden ingedeeld in twee categorieën, namelijk „job demands” (werkeisen) en „job resources” (hulpbronnen). Een tweede assumptie van het JDR-model is dat twee onderliggende psychologische processen een rol spelen: enerzijds een gezondheidsondermijnend proces via de ontwikkeling van burn-out en anderzijds een motiverend proces via de ontwikkeling van bevlogenheid (motivatie).

De vragenlijst bevatte een aantal achtergrond- en werkkenmerken (leeftijd, geslacht, thuissituatie, functie, aantal werkuren, weekend- en nachtsiften per week), burn-out, bevlogenheid en mogelijke beïnvloedende factoren van burn-out (werkeisen en hulpbronnen). De werkeisen omvatten de volgende variabelen: werkdruk, rolconflicten, rolambiguïteit, emotionele belasting en werk-thuisinterferentie. Om de hulpbronnen in kaart te brengen, werden de volgende factoren gemeten: autonomie, participatie, vaardigheidsbenutting, feedback, sociale steun van collega's, sociale steun van de leidinggevende en de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Daarnaast werd ook het persoonskenmerk „bereidheid en sociale

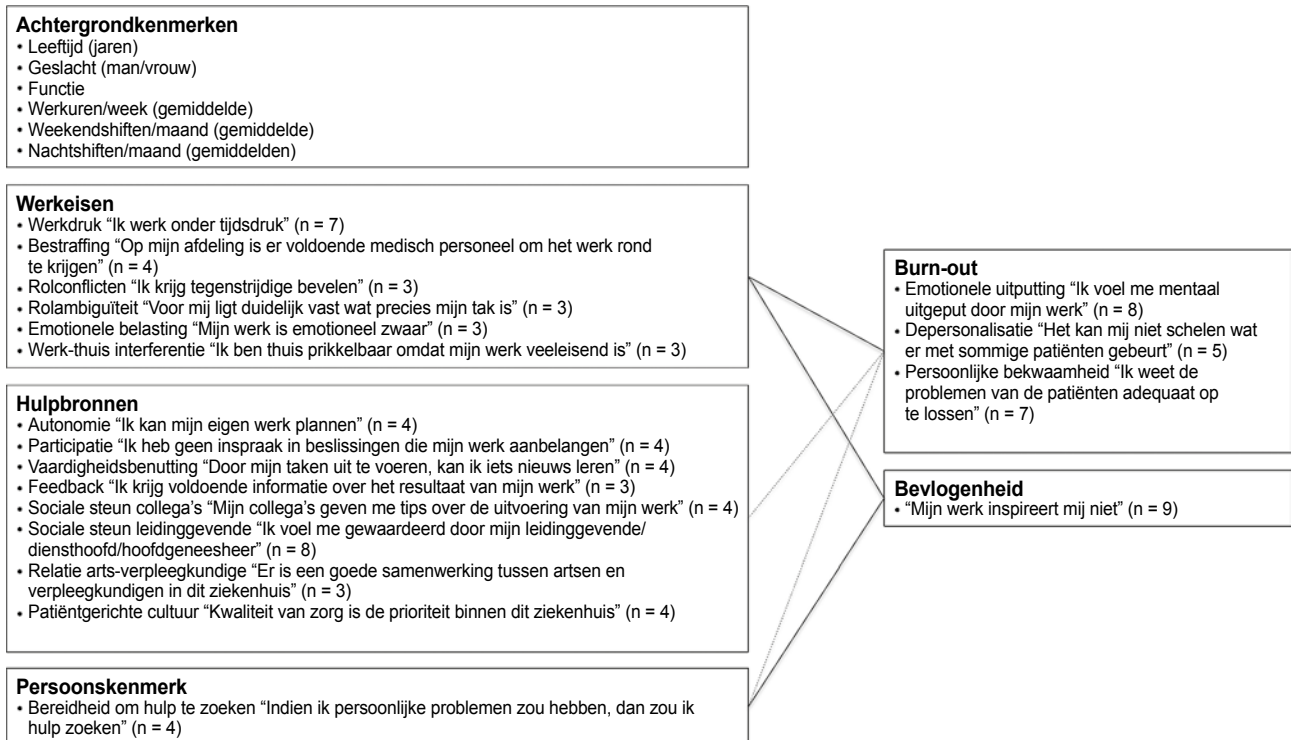


Fig. 1: Theoretisch raamwerk op basis van het „Job Demands-Resources“-model (JDR-model) (24).

Een volle lijn wijst op een positieve associatie en een stippelijntje op een negatieve associatie tussen enerzijds de risicofactor en anderzijds burn-out of bevlogenheid.

aanvaardbaarheid om hulp te zoeken" bevestigd. Voor elk van deze variabelen werd er een gevalideerde vragenlijst gebruikt in de twee landstalen.

Burn-out werd gemeten via de „Utrechtse Burnout Schaal" (UBOS-C) voor contactuele beroepen. De UBOS-C bevat twintig items en is een wetenschappelijk gevalideerde vertaling van de „Maslach Burnout Inventory". De UBOS-C bestaat uit drie dimensies, namelijk emotionele uitputting (acht items), depersonalisatie (vijf items) en persoonlijke bekwaamheid (zeven items). Elk item van de UBOS-C werd gescoord op een zevenpunts-likertschaal, gaande van nul („nooit") tot zes („altijd/dagelijks"). Vervolgens werd er voor elke dimensie een gemiddelde score berekend. Bestaande norm-scores voor de gezondheidszorg (n = 10.522) bepaalden of iemand hoog of laag scoort op een bepaalde dimensie. Om het risico op burn-out te bepalen, werd de volgende beslissingsregel gehanteerd: een hoge gemiddelde score voor emotionele uitputting (> 2,5) en een hoge gemiddelde score voor depersonalisatie (vrouw > 1,6 en man > 1,8) of een lage gemiddelde score voor persoonlijke bekwaamheid (< 3,7). Een strengere drempelwaarde is die waarbij er aan alle drie de voorwaarden tegelijk wordt voldaan: effectieve burn-out.

Bevlogenheid werd gemeten met de „Utrechtse Bevlogenheidsschaal" (UBES), die uit negen items bestaat. Ook hier werden de items gescoord op een zevenpunts-likertschaal, gaande van nul („nooit") tot zes („altijd/dagelijks"). Indien de gemiddelde bevlogenheidsscore groter is dan of gelijk is aan 4,67, spreekt men van „heel erg bevlogen".

De verzending van de elektronische vragenlijst gebeurde via e-mail of met een open link op Intranet met behulp van het softwarepakket „Socratos versie 2.1" (iVOX). Rekening houdend met de Verklaring van Helsinki (1964) en het recht op geïnformeerde toestemming werd er op deze vragenlijst ook een duidelijke link voorzien naar de geïnformeerde toestemming. Deze studie werd goedgekeurd door de ethische commissie van de Universitaire Ziekenhuizen KU Leuven (ML8200) en alle lokale ethische commissies van de deelnemende ziekenhuizen werden geïnformeerd over de uitvoering ervan.

Beschrijvende statistiek werd toegepast aan de hand van gemiddelden, standaarddeviaties (SD) ( $\pm$ ) en frequenties. De prevalentie van burn-out, emotionele uitputting, depersonalisatie, persoonlijke bekwaamheid en bevlogenheid werd berekend aan de hand van

frequenties. Aan de hand van een chi-kwadraattest werd het verschil tussen verschillende proporties getoetst. Een t-test werd gehanteerd om het verschil tussen groepsgegevens na te gaan. Het significantieniveau werd geplaatst op 0,05.

## Resultaten

De steekproef omvatte 1.198 deelnemers, van wie 218 ASO's (18,2%) en 980 geneesheren-specialisten (81,8%). Tabel 1 geeft een overzicht van enkele steekproefkenmerken.

Voor de dimensie „emotionele uitputting” werd er geen significant verschil in score vastgesteld tussen ASO's en geneesheren-specialisten ( $3,3 \pm 1,23$  versus  $3,26 \pm 1,35$ ,  $p = 0,7$ ). ASO's scoorden daarentegen significant hoger voor de depersonalisatieschaal dan geneesheren-specialisten ( $2,42 \pm 1,2$  versus  $2,17 \pm 1,08$ ,  $p = 0,005$ ). Op de dimensie „persoonlijke bekwaamheid” werd er significant lager gescoord door de ASO's dan door de geneesheren-specialisten ( $5,39 \pm 0,94$  versus  $5,59 \pm 0,9$ ,  $p = 0,005$ ). Ook op de bevoegdheidsschaal scoorden de ASO's significant lager dan de geneesheren-specialisten ( $4,92 \pm 1,14$  versus  $5,23 \pm 1,12$ ,  $p < 0,001$ ).

Tabel 2 geeft de proporties ASO's en geneesheren-specialisten weer die hoog scoren op de burn-outdimensies „emotionele uitputting” en „depersonalisatie” en laag op de schaal „persoonlijke bekwaamheid”. In de groep van ASO's zijn er significant meer artsen die een risico lopen op het ontwikkelen

van burn-out vergeleken met de geneesheren-specialisten (25,7% versus 22,7%,  $p < 0,05$ ).

Tabel 3 geeft de verschillen weer in ervaren werk-eisen en hulpbronnen tussen de ASO's en de geneesheren-specialisten. Door de ASO's werd er significant hoger gescoord op verschillende werkkenmerken, zoals het aantal werkuren per week, alsook het aantal weekend- en nachtshiften per maand. Ook op de werk-eisen „bestaffing”, „rolconflicten” en „rolambigüiteit” scoorden de ASO's significant hoger dan de geneesheren-specialisten.

Wat betreft aanwezige hulpbronnen scoorden de ASO's dan weer lager dan de geneesheren-specialisten, met een significant verschil voor autonomie, participatie, feedback, sociale steun van de collega's en van de leidinggevende, alsook voor de relatie tussen artsen en verpleegkundigen.

## Bespreking

In de huidige studie was zowel het risico op burn-out (25,7% versus 22,7%) als het voorkomen van burn-out (7,8% versus 4,9%) hoger bij ASO's in vergelijking met specialisten. Deze cijfers liggen in dezelfde grootte-orde als een nationale Nederlandse studie uit 2010 bij 2.115 ASO's (12). 21% van de deelnemers had een verhoogde score voor zowel emotionele uitputting als depersonalisatie of een verhoogde score voor emotionele uitputting in combinatie met een verlaagde score voor persoonlijke bekwaamheid.

TABEL 1  
*Beschrijving steekproef.*

Variabele	Arts-specialist in opleiding (n = 218)	Geneesheren-specialisten (n = 980)	Totaal (n = 1.198)
Leeftijd (gemiddelde $\pm$ SD)*	28,7 $\pm$ 9,16	46,83 $\pm$ 9,16	43,52 $\pm$ 10,91
Geslacht*			
– % vrouw	68,3 (149)	42,4 (416)	47,2 (565)
– % man	31,7 (69)	57,6 (564)	52,8 (633)
Thuisituatie*			
– % alleenstaand zonder kinderen	20,6 (45)	7,9 (77)	10,2 (122)
– % alleenstaand met kinderen	0,9 (2)	5,7 (56)	4,8 (58)
– % samenwonend met partner	50,9 (111)	18,2 (178)	24,1 (289)
– % samenwonend met partner en kinderen	25,2 (55)	68,1 (667)	60,3 (722)
– % samenwonend met ouders	2,3 (5)	0,2 (2)	0,6 (7)

\* $P < 0,05$ .

SD: standaarddeviatie.

TABEL 2

*Prevalentie burn-out en bevlogenheid ASO's versus geneesheren-specialisten.*

Variabele	Arts-specialist in opleiding (n = 218)	Geneesheren-specialisten (n = 980)	Totaal (n = 1.198)
A. % gemiddelde score emotionele uitputting > 2,5	39,9 (87)	39,9 (391)	39,9 (478)
B. % gemiddelde score depersonalisatie 1,6 (vrouw) en > 1,8 (man)*	35,3 (77)	26,2 (257)	27,9 (334)
C. % gemiddelde score persoonlijke bekwaamheid < 3,7	18,3 (40)	14,6 (143)	15,3 (183)
% risico op burn-out: A en (B of C)*	25,7 (56)	22,7 (222)	23,2 (278)
% burn-out: A en B en C	7,8 (17)	4,9 (48)	5,4 (65)
% gemiddelde score bevlogenheid > 4,67*	53,7 (117)	65,4 (641)	63,3 (758)

\*P &lt; 0,05.

ASO's: artsen-specialisten in opleiding.

TABEL 3

*Werkeisen en hulpbronnen ASO's versus geneesheren-specialisten.*

Variabele	Arts-specialist in opleiding (n = 218)	Geneesheren-specialisten (n = 980)	Totaal (n = 1.198)
<b>Werkeisen</b>			
– Werkuren/week*	57,65 ± 10,32	55,37 ± 12,91	55,79 ± 12,51
– Nachten/maand*	3,84 ± 2,63	2,35 ± 2,96	2,62 ± 2,96
– Weekenddagen/maand*	2,28 ± 1,24	2,03 ± 1,61	2,07 ± 1,55
– Werkdruk (gemiddelde ± SD)	3,77 ± 0,7	3,67 ± 0,72	3,7 ± 0,72
– Bestaffing (gemiddelde ± SD)*	3,18 ± 0,8	2,95 ± 0,84	2,99 ± 0,84
– Rolconflicten (gemiddelde ± SD)*	3,01 ± 0,95	2,66 ± 0,9	2,73 ± 0,92
– Rolambigüiteit (gemiddelde ± SD)*	2,61 ± 0,68	2,42 ± 0,7	2,45 ± 0,69
– Emotionele belasting (gemiddelde ± SD)	3,5 ± 0,77	3,57 ± 0,86	3,55 ± 0,85
<b>Hulpbronnen</b>			
– Autonomie (gemiddelde ± SD)*	2,41 ± 0,76	3,12 ± 0,76	2,99 ± 0,81
– Participatie (gemiddelde ± SD)*	2,15 ± 0,81	2,54 ± 0,86	2,47 ± 0,86
– Feedback (gemiddelde ± SD)*	2,75 ± 0,77	3,14 ± 0,76	3,07 ± 0,77
– Vaardigheidsbenutting (gemiddelde ± SD)	3,48 ± 0,67	3,43 ± 0,76	3,44 ± 0,74
– Werk-privébalans (gemiddelde ± SD)	3,41 ± 0,83	3,41 ± 0,76	3,41 ± 0,86
– Sociale steun collega's (gemiddelde ± SD)*	3,8 ± 0,62	3,47 ± 0,72	3,53 ± 0,72
– Relatie arts-verpleegkundige (gemiddelde ± SD)*	3,59 ± 0,65	3,77 ± 0,60	3,73 ± 0,61
– Sociale steun leidinggevende (gemiddelde ± SD)*	3,17 ± 0,88	3,37 ± 0,92	3,33 ± 0,92

\*P &lt; 0,05.

ASO's: artsen-specialisten in opleiding; SD: standaarddeviatie.



Dit cijfer is heel wat lager dan een uitgebreide nationale studie in de Verenigde Staten bij 1.701 ASO's. Hier stelde men bij 60% van de respondenten burn-out vast (13). De onderzoekers definieerden burn-out als een verhoogde score van emotionele uitputting of een verhoogde score van depersonalisatie. In een literatuurstudie uit 2007 door Prins et al. worden prevalentiecijfers tussen 17,6% en 76% vermeld (14). Er zijn verschillende redenen voor deze uiteenlopende cijfers: o.a. de lage kwaliteit van een aanzienlijk deel van de opgenomen studies en een verschillend gebruik van meetinstrumenten en criteria om burn-out vast te stellen. De definitie van burn-out en daaruit volgend de criteria die gebruikt worden om de diagnose te stellen, zijn dus bepalend voor het prevalentiecijfer. Hierdoor komt men in een aantal studies tot eerder conservatieve cijfers en in andere studies tot veel hogere percentages.

Hoewel de prevalentiecijfers van burn-out erg verschillend zijn van studie tot studie (en dus afhangen van de gebruikte criteria), tonen de meeste onderzoeken een relatief hoog risico bij ASO's (1, 15, 16). In de meeste studies is het risico significant hoger dan bij geneesheren-specialisten, in tegenstelling tot een Zwitserse studie bij 221 ASO's heelkunde en 184 chirurgen die geen significante verschillen vindt tussen beide groepen (10, 11, 13). Opvallend in de besproken studie is dat ook de bevlogenheid lager was bij ASO's in vergelijking met geneesheren-specialisten. Op zich hoeft dit niet te verwonderen omdat de werkkenmerken ofwel het risico op burn-out verhogen, ofwel „work engagement” stimuleren (fig. 1). Opvallend is dat vooral het verhogen van de werkgerelateerde hulpbronnen bijdraagt tot het verhogen van de bevlogenheid. Jobeisen blijken hier weinig invloed op te hebben. Anderzijds zijn te hoge jobeisen wel de belangrijkste risicofactoren voor burn-out.

In de besproken studie scoren ASO's significant hoger op een aantal werkeisen: ASO's werken meer uren per week dan geneesheren-specialisten en doen meer nachtdiensten per maand. Dit is opvallend omdat ASO's gemiddeld 48 uur over een referentieperiode van dertien weken mogen werken. De vraag blijft dus of deze regelgeving ook zo geïmplementeerd wordt in de praktijk of niet.

ASO's ervaren ook meer rolconflicten en rolonduidelijkheid. Een rolconflict ontstaat wanneer men tegenstrijdige opdrachten moet uitvoeren en leidt tot tegenstrijdige doelen, verwachtingen en gedragingen. Rolonduidelijkheid wordt veroorzaakt indien men geen duidelijk omschreven taak krijgt. Rolconflicten

verhinderen het ontwikkelen van werkdoelen (bv. een kwaliteitsvolle patiëntenzorg) en het stellen van gedragingen om deze doelen te bereiken.

Daarnaast hebben zij significant lagere scores dan geneesheren-specialisten voor een aantal hulpbronnen: zij ervaren minder autonomie, hebben het gevoel minder inspraak te hebben en krijgen minder feedback. Het is duidelijk dat ASO's in de eerste plaats nood hebben aan goede coaching. De leidinggevende en de stagebegeleider spelen hierin een cruciale rol, niet alleen door duidelijk de taken en de verantwoordelijkheden te bespreken met de ASO, maar ook door de nodige regelruimte en vertrouwen te geven afhankelijk van de competentie, motivatie en ervaring van de ASO. Vrijwel elke arts zal in zijn carrière leidinggeven en daarom is het belangrijk dat coachend leidinggeven ook aan bod komt en getraind wordt tijdens de opleiding.

Een laatste bepalende determinant van burn-out is de ervaren sociale steun van collega's. ASO's ondervinden minder sociale steun van collega's en de leidinggevende en ervaren een minder goede relatie tussen artsen en verpleegkundigen. Het is belangrijk om een goede teamwerking te organiseren op de dienst en het ziekenhuis door bijvoorbeeld het organiseren van teamvergaderingen waarbij zowel de successen als de verliezen met elkaar in vertrouwen gedeeld kunnen worden. Het creëren van een veilige omgeving waarin ook incidenten besproken kunnen worden, is hierbij cruciaal.

Deze bevindingen sluiten aan bij andere onderzoeken. In andere studies waarin ASO's een groter risico liepen op burn-out dan artsen, worden er door ASO's eveneens meer gewerkte uren per week gemeld (10). Daarnaast ervaren zij in hun job meer tijdsdruk en mentale belasting dan hun reeds afgestudeerde collega's. Een recente studie in 22 landen bij ASO's psychiatrie legt een verband tussen burn-out en drie werkgerelateerde zaken: een hoog aantal werkuren, een gebrek aan supervisie en minder dan elf uur dagelijkse rust (17). Een stresserende relatie met de supervisor, onvoldoende autonomie en een gebrek aan tijdige feedback worden in de literatuur eveneens in verband gebracht met burn-out bij ASO's (16).

Burn-out heeft niet alleen belangrijke gevolgen voor de ASO en artsen, maar wordt ook in verband gebracht met een hogere kans op het maken van medische fouten (18). Gelukkig kan burn-out voorkomen worden. Door het nemen van de juiste maatregelen kan bovendien en tegelijkertijd de bevlogenheid van artsen gestimuleerd worden. Ondanks de toenemende aandacht voor burn-out bij ASO's is de literatuur rond

mogelijke interventies eerder beperkt. Grote interventiestudies met zowel persoonsgerichte als organisatiegeoriënteerde maatregelen ontbreken momenteel. Een deel van de studies waarin maatregelen op het niveau van de organisatie worden beschreven, richt zich op het verminderen van het aantal werkuren voor ASO's. Sommige studies besluiten dat het verminderen van de werkuren een gunstig effect heeft op burn-out bij ASO's, terwijl andere studies concluderen dat dit geen gunstig effect heeft (19-23). De resultaten van deze studies zijn niet eenduidig omdat, zoals hoger beschreven, verschillende factoren geassocieerd zijn met een verhoogd risico op burn-out bij ASO's. Een efficiënte interventie pakt dus, naast het beperken van het aantal werkuren per week, ook deze andere risicofactoren aan in combinatie met het stimuleren van hulpbronnen.

## Dankwoord

De auteurs bedanken mevr. Els Vanbelle, mevr. Evelien Moerenhout, dhr. Maarten Sercu, mevr. Hilde De Man, dr. Eva Van Gerven en prof. dr. Walter Sermeus voor hun waardevolle inbreng en medewerking.

## Mededeling

Geen belangenconflict gemeld.

De studie werd uitgevoerd in opdracht van en dankzij de financiële steun van FOD-WASO, de Algemene Directie Humanisering van de Arbeid (Directie van het onderzoek voor de verbetering van de arbeidsomstandigheden) en de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (Directoraat-generaal Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen).

### Abstract

#### Burnout and work engagement in medical trainees and specialists

Burnout is a syndrome characterized by emotional exhaustion combined with cynicism and a sense of reduced personal accomplishment. Engaged employees, on the other hand, feel vital and energetic, dedicated and committed. Large multicentre studies comparing both phenomena and their associated work characteristics (work demands and resources) between medical trainees and specialists are scarce.

A recent cross-sectional multicentre study, however, provides data regarding 1,198 physicians (18.2% trainees and 81.8% specialists) working in 37 Belgian hospitals. The results indicate a larger share of trainees at risk of developing burnout (25.7% versus 22.7%,  $p < 0.05$ ) and have a lower score on the „Utrecht Work Engagement Scale” (UWES) (53.7% versus 65.4%,  $p < 0.05$ ) compared to specialists. Trainees report significantly more working hours, night and weekend shifts than specialists. Trainees also score significantly higher on the work demands „staffing”, „role conflict” and „role ambiguity”. In contrast, trainees experience significantly fewer resources such as autonomy, participation, feedback and social support from colleagues and managers. Evidence shows that burnout has important implications for the individual well-being, yet also for the work-related behaviour (e.g. medical errors). Therefore, effective prevention preferably targets on monitoring and mitigating job-specific risk factors in combination with the provision of sufficient resources.

## Literatuur

1. WALLACE JE, LEMAIRE JB, GHALI WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet* 2009; *14*: 1714-1721.
2. RINGROSE R, HOUTERMAN S, KOOPS W, OEI G. Burnout in medical residents: a questionnaire and interview study. *Psychol Health Med* 2009; *14*: 476-486.
3. ZIS P, ANAGNOSTOPOULOS F, SYKIOTI P. Burnout in medical residents: a study based on the job demands-resources model. *Scientific World J* 2014; *2014*: 673279.
4. RIPP J, BABYATSKY M, FALLAR R, et al. The incidence and predictors of job burnout in first-year internal medicine residents: a five-institution study. *Acad Med* 2011; *86*: 1304-1310.
5. CHAPUT B, BERTHEUIL N, JACQUES J, et al. Professional burnout among plastic surgery residents: can it be prevented? Outcomes of a national survey. *Ann Plast Surg* 2015; *75*: 2-8.
6. GALAM E, KOMLY V, LE TOURNEUR A, JUND J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract* 2013; *63*: E217-E224.
7. WEST C, SHANAFELT T, KOLARS J. Quality of life, burnout, educational debt, and medical knowledge among internal medicine residents. *JAMA* 2011; *306*: 952-960.
8. OLSON K, KEMPER K, MAHAN J. What factors promote resilience and protect against burnout in first-year pediatric and medicine-pediatric residents? *J Evid Based Complementary Altern Med* 2015; *20*: 192-198.
9. KIMO TAKAYESU J, RAMOSKA E, CLARK T, et al. Factors associated with burnout during emergency medicine residency. *Acad Emerg Med* 2014; *21*: 1031-1035.
10. PANAGOPOULOU E, MONTGOMERY A, BENOS A. Burnout in internal medicine physicians: differences between residents and specialists. *Eur J Intern Med* 2006; *17*: 195-200.

11. BUSINGER A, STEFENELLI U, GULLER U. Prevalence of burnout among surgical residents and surgeons in Switzerland. *Arch Surg* 2010; *145*: 1013-1016.
12. PRINS J, HOEKSTRA-WEEBERS J, GAZENDAM-DONOFRIO S, et al. Burnout and engagement among resident doctors in the Netherlands: a national study. *Med Educ* 2010; *44*: 236-247.
13. DYRBYE L, WEST C, SATELE D, et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med* 2014; *89*: 443-451.
14. PRINS J, GAZENDAM-DONOFRIO S, TUBBEN B, VAN DER HEIJDEN F, VAN DE WIEL H, HOEKSTRA-WEEBERS J. Burnout in medical residents: a review. *Med Educ* 2007; *41*: 788-800.
15. THOMAS N. Resident burnout. *JAMA* 2004; *292*: 2880-2889.
16. DYRBYE L, SHANAFELT T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Med Educ* 2016; *50*: 132-149.
17. JOVANOVIĆ N, PODLESEK A, VOLPE U, et al. Burnout syndrome among psychiatric trainees in 22 countries: risk increased by long working hours, lack of supervision, and psychiatry not being first career choice. *Eur Psychiatry* 2016; *32*: 34-41.
18. PRINS JT. PhD thesis: burnout among Dutch medical residents. *GMS Z Med Ausbild* 2010; *27*: Doc 15.
19. MARTINI S, ARFKEN C, BALON R. Comparison of burnout among medical residents before and after the implementation of work hours limits. *Acad Psychiatry* 2006; *30*: 352-355.
20. BARRACK R, MILLER L, SOTILE W, SOTILE MO, RUBASH H. Effect of duty hour standards on burnout among orthopaedic surgery residents. *Clin Orthop* 2006; *449*: 134-137.
21. VAN VENDELOO S, BRAND P, VERHEYEN C. Burnout and quality of life among orthopaedic trainees in a modern educational programme. *Bone Joint J* 2014; *96B*: 1133-1138.
22. ANTIEL RM, REED DA, VAN ARENDONK KJ, et al. Effects of duty hour restrictions on core competencies, education, quality of life, and burnout among general surgery interns. *JAMA Surg* 2013; *148*: 448-455.
23. RIPP JA, BELLINI LT, FALLAR R, BAZARI H, KATZ J, KORENSTEIN D. The impact of duty hours restrictions on job burnout in internal medicine residents: a three-institution comparison study. *Acad Med* 2015; *90*: 494-499.
24. BAKKER AB, DEMEROUTI E. The Job Demands-Resources Model. State of the art. *Journal of Managerial Psychology* 2007; *22*: 309-328.