

De opgebrande huisarts

'Burnout' bij huisartsen: onderzoek Nivel samengevat

Onderzoek naar de werksituatie en werkbelasting van huisartsen is niet nieuw. Al vijftien jaar geleden werd een onderzoek uitgevoerd rond de werkbelasting van huisartsen in opdracht van de Landelijke Huisartsen Vereniging, die ook de opdrachtgever van dit onderzoek is.

Toen was de aanleiding voor het onderzoek bezorgdheid over het aantal huisartsen dat vroegtijdig de praktijk neerlegde. De belasting van het huisartsenwerk werd toen het vaakst genoemd als reden om de praktijk neer te leggen, maar ook de eigen gezondheid. Naast deze meer negatief geformuleerde redenen werden ook positief geformuleerde redenen genoemd: de aantrekkelijkheid van een nieuwe functie gaf vaak de doorslag bij de beslissing.

De aanleiding nu is bezorgdheid over het bestaan van gevoelens van demotivatie bij praktiserende huisartsen. Vijftien jaar geleden waren er nog carrièremogelijkheden buiten het huisartsenwerk. Huisartsen gingen zich specialiseren of gingen werken bij de zich uitbreidende opleidingsinstituten, er was werk in de sociale geneeskunde, in beleid of management en ook in de curatieve sector, zoals verpleeghuizen. De mogelijkheden zijn ondertussen sterk veranderd; posities in de opleidingsinstituten komen maar mondjesmaat vrij en ander werk buiten de huisartsgeneeskunde is vrij sterk geprofessionaliseerd. Voor veel posities in de sociale geneeskunde is een opleiding in een van de takken van de sociale geneeskunde vereist en de concurrentie om een opleidingsplaats als specialist is zo groot geworden dat huisartsen daar nauwelijks meer tussen komen.

In deze situatie is de vraag waarvoor de beroepsgroep zich gesteld ziet, niet meer: 'Wat zijn de achtergronden van een vroegtijdige andere carrièrekeuze van huisartsen?', maar: 'Hoe kan voorkomen worden dat huisartsen gedemotiveerd raken en hoe kan eventueel bestaande demotivatie worden verminderd?'

Daaraan vooraf gaat de vraag of het eigenlijk wel zo is dat huisartsen gedemotiveerd raken. Uit contacten met

D. van Dierendonck,
H. Sixma en
P. P. Groenewegen

'Opgebrand', luidt de titel van het verslag dat het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, het Nivel te Utrecht, heeft uitgebracht naar aanleiding van een inventariserend onderzoek dat het voor de LHV heeft ingesteld naar gevoelens van motivatie en demotivatie bij huisartsen. Hoe hard slaat de 'burnout' toe? En waar? Hier het samenvattend hoofdstuk uit dat verslag.

de 'achterban' bestond bij het bestuur van de LHV de indruk dat bij een groot aantal huisartsen gevoelens van demotivatie leven. Die contacten zijn echter selectief en geven daardoor geen uitsluitsel over de omvang van het verschijnsel en daarmee over de noodzaak er beleidsmatig op te reageren. Daarom is aan het Nivel de vraag gesteld te inventariseren in welke mate er gevoelens van demotivatie bestaan bij huisartsen.

OVERKOEPELEND BEGRIIP

Om deze inventarisatie vorm te geven is ervoor gekozen aan te sluiten bij onderzoek naar 'burnout'. 'Burnout' wordt gezien als het eindstadium van een proces van niet goed omgaan met eisen die de uitoefening van het beroep stelt aan mensen die 'sociale beroepen' uitoefenen.

Wat is dat nu, 'burnout'?

Een eerste inzicht wordt verkregen via twee uitspraken die zijn te vinden bij Schaufeli:¹ 'Burnout' is een metafoor, oftewel een beeldspraak. . . . Het begrip 'burnout' wordt gebruikt om een uitputtingstoestand die bij mensen voorkomt, te vergelijken met het doven van een vuur of het opbranden van een kaars. Daar waar eerst een vitale vonk aanwezig was en het levensvuur brandde, is het nu donker en

kil. 'Burnout' is een dynamisch proces, het best vergelijkbaar met een accu: 'Een accu loopt langzaam leeg als er meer stroom wordt verbruikt dan er door de dynamo wordt toegevoerd. De in de accu opgeslagen energie raakt in dat geval onvermijdelijk uitgeput.'

Dit proces komt bij mensen in sociale beroepen, zoals huisartsen, op gang door emotioneel belastende contacten met cliënten, wanneer de verwachtingen te hoog gespannen zijn en de uit de contacten voortvloeiende spanningen niet goed worden verwerkt. De gemotiveerde huisarts merkt dat in de relatie met patiënten veel energie wordt gestopt waarvoor weinig wordt terugontvangen. Het werk is emotioneel belastend. Een positieve manier om deze belasting op te vangen is het ontwikkelen van een houding van *afstandelijke betrokkenheid*, een balans tussen betrokken zijn bij de patiënt en afstand kunnen nemen van diezelfde patiënt en diens problemen. Dit stelt de hulpverlener in staat zowel adequaat en succesvol om te gaan met cliënten als om de eigen emotionele belasting te verminderen.

Echter, dit proces kan op een aantal manieren misgaan. Zo kan op de verkeerde wijze afstand worden geschapen door defensieve terugtrekkings- en vermijdingsreacties, bijvoorbeeld door het gebruik van vakjargon of het zich verschuilen achter bureaucratistische regels. Ook kan de emotionele belasting te veel aan persoonlijke factoren worden toegeschreven, de 'mea culpa'-reactie ('Er is iets mis met mij, ik ben te gevoelig of niet bekwaam genoeg voor dit werk'). Beide reacties leiden tot meer emotionele belasting en kunnen resulteren in *emotionele uitputting*. Deze situatie kan leiden tot een harde, cynische houding ten opzichte van cliënten met wie de hulpverlener werkt. De betrokkenheid met cliënten en vak gaat verloren; men gaat patiënten meer als onpersoonlijke objecten zien. Hiervoor wordt de term '*depersonalisatie*' gebruikt (deze term heeft hier een andere betekenis dan in de psychiatrie, waar hij betrekking heeft op een extreme vervreemding van de eigen persoon). Door deze

cynische houding vermindert de effectiviteit van het werk en men gaat zich *minder bekwaam* voelen. Contacten met cliënten worden meer en meer tot een last en de huisarts loopt het risico in een neerwaartse spiraal terecht te komen en zich opgebrand te gaan voelen.

Een belangrijk voordeel van het gebruik van het begrip 'burnout' is dat er een 'meetinstrument', een lijst van 22 vragen, bestaat die in andere onderzoeken is ontwikkeld en gevalideerd, wat wil zeggen dat is nagegaan of die vragenlijst inderdaad meet wat hij verondersteld wordt te meten. Bij een zelf ontwikkeld meetinstrument van gevoelens van motivatie en demotivatie zou dat allemaal nog moeten worden gedaan. Dit meetinstrument is ook binnen en buiten Nederland gebruikt bij andere groepen, waardoor vergelijkingen mogelijk zijn. Dat is belangrijk, omdat een begrip als 'burnout' een glijdende schaal aan geeft, zonder absoluut nulpunt of gouden standaard.

Dit moet ook goed in de gaten gehouden worden bij de interpretatie van de resultaten die volgen. Dat de Nederlandse huisartsen op dit moment een bepaalde score hebben op het meetinstrument voor 'burnout', zegt op zich nog niets. Het krijgt pas reliëf door vergelijking met andere groepen (of vergelijking op verschillende tijdstippen) en door de scores in verband te brengen met andere gegevens, zoals ervaren werkbelasting.

ONDERZOEKOPZET

Om na te gaan in hoeverre 'burnout' voorkomt onder huisartsen en hoe 'burnout' samenhangt met de werksituatie en een aantal persoonlijke factoren, heeft een grote steekproef huisartsen een schriftelijke vragenlijst gekregen. De steekproef is zo samengesteld dat huisartsen in praktijkvormen die minder vaak voorkomen - gezondheidscentra en groepspraktijken - in voldoende aantal in de steekproef voorkomen; dat is van belang om te kunnen vaststellen of de praktijkvorm waarin huisartsen werken van invloed is op de aanwezigheid van gevoelens van motivatie en demotivatie. Afgezien van de bewuste oververtogenwoordiging van huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra, is de steekproef willekeurig getrokken. Door toepassing van een sta-

tistische wegingsprocedure zijn de uitkomsten van het onderzoek toch representatief voor alle Nederlandse huisartsen.

Voorafgaand aan de opstelling van de vragenlijst is een aantal gesprekken gevoerd met huisartsen om een goede vragenlijst te kunnen maken. Toen de vragenlijsten eenmaal binnen waren is een aanvullende serie gesprekken gevoerd met huisartsen die de vragenlijst hadden ingevuld.

Van de 800 vragenlijsten die zijn verstuurd, is 70% ingevuld teruggestuurd. Dat is een goede respons, hoger dan wat de laatste jaren bij schriftelijke vragenlijsten onder huisartsen gebruikelijk was. Blijkbaar spreekt het onderwerp van de vragenlijst grote groepen huisartsen aan.

Nog belangrijker voor de waarde van de verzamelde gegevens is dat degenen die de vragenlijst hebben teruggestuurd op enkele achtergrondkenmerken niet verschillen van degenen die niet hebben meegewerkt. Het gaat hierbij om de praktijkvorm, de praktijklocatie en het geslacht van de huisarts.

Daarmee weten we nog niet of beide groepen al of niet verschillen op het centrale onderwerp van het onderzoek: de aanwezigheid van gevoelens van motivatie en demotivatie. Er zijn wel enkele indirecte aanwijzingen. Het feit dat huisartsen die hun vragenlijst heel snel hebben teruggestuurd en degenen die dat later hebben gedaan niet verschillen in score op de 'burnout'-index, wijst erop dat er mogelijk geen grote verschillen zijn tussen degenen die de vragenlijst wel hebben teruggestuurd en degenen die dat niet hebben gedaan. De aanname daarachter is, dat degenen die hun vragenlijst pas laat hebben teruggestuurd, lijken op degenen die hem helemaal niet hebben teruggestuurd. Er is een andere indirecte aanwijzing die wél op verschillen duidt: Aan het eind van de vragenlijst is gevraagd of men bereid zou zijn een aanvullend persoonlijk gesprek met een van de onderzoekers te hebben en of men er bezwaar tegen heeft dat de koppeling tussen de naam van de huisarts en een willekeurig nummer op de enquête blijft bestaan. Dit laatste is gevraagd om in de toekomst nog eens dezelfde vragen aan dezelfde groep huisartsen te kunnen stellen om te zien of er in de loop van de tijd veranderingen zullen optreden. Het blijkt

dat degenen die niet bereid zijn eventueel een aanvullend gesprek te voeren (ongeveer een kwart van de respondenten) en degenen die bezwaar hebben tegen handhaving van de koppeling (ruim 10% van de respondenten) een hogere score hebben op de 'burnout'-index. Als we ervan uitgaan dat degenen die helemaal geen vragenlijst hebben teruggestuurd meer lijken op deze laatste groepen, dan kunnen we aannemen dat degenen die de vragenlijst niet hebben retourneerd, mogelijk een hogere 'burnout'-score hebben dan degenen die aan het onderzoek hebben meegewerkt. Dit betekent dat de aanwezigheid van 'burnout'-problematiek onder Nederlandse huisartsen, zoals die wordt vastgesteld op basis van de antwoorden op de vragenlijst, eerder een onderschatting dan een overschatting van de werkelijke omvang van de problematiek is.

HOE GROOT IS HET PROBLEEM?

Zoals gezegd is er gebruik gemaakt van een internationaal gangbaar meetinstrument, een lijst van 22 vragen, om de aanwezigheid van 'burnout' te meten. 'Burnout' heeft drie componenten die afzonderlijk moeten worden bekeken: emotionele uitputting, depersonalisatie (dat wil zeggen een cynisch-afstandelijke houding ten opzichte van patiënten) en persoonlijke bekwaamheid. Een hogere waarde op de eerste twee componenten en een lagere waarde op de derde duidt op een sterkere mate van 'burnout'.

Zoals ook al is gezegd, hebben de scores geen absolute waarde; pas door vergelijking met andere groepen krijgen de scores betekenis. Gelukkig zijn er recente cijfers beschikbaar over twee groepen Nederlandse hulpverleners: 190 artsen die werkzaam zijn op een intensive care-unit of die patiënten hebben op zo'n unit, en 667 verpleegkundigen uit alle sectoren van de gezondheidszorg. De gemiddelde scores voor de drie componenten van 'burnout' voor deze twee groepen hulpverleners en van de huisartsen uit dit onderzoek staan in de tabel. Daaruit wordt duidelijk, dat huisartsen in sterkere mate emotionele uitputting ervaren dan de vergelijkingsgroepen. Ook voor de component van 'burnout' die is aangeduid met de term 'depersonalisatie' geldt

dit, maar in iets minder sterke mate. De derde component: persoonlijke bekwaamheid, waarvoor geldt dat een lagere waarde duidt op een sterkere mate van 'burnout', laat het kleinste verschil zien. Over de hele linie kunnen we stellen dat huisartsen in sterkere mate 'opgebrand' zijn dan verpleegkundigen en artsen die op intensive care-units werken of daar patiënten hebben.

HUISARTSEN VERGELEKEN

De vergelijking van huisartsen met andere groepen hulpverleners zegt iets over de mate waarin 'burnout' voorkomt, maar nog niets over omstandigheden die met het voorkomen van 'burnout' samengaan. Voor dat laatste hebben we uit de deelnemende huisartsen twee groepen samengesteld: een groep die tot de 50% hoogst scorenden behoort voor de componenten 'emotionele uitputting' en 'depersonalisatie' en tot de 50% laagst scorenden voor de component 'persoonlijke bekwaamheid' (de groep huisartsen met relatief veel 'burnout'), en een groep huisartsen die tot de 50% laagst scorenden behoort voor de twee eerstgenoemde componenten en tot de 50% hoogst scorenden voor de laatstgenoemde component (de groep huisartsen die relatief weinig 'burnout' ervaart). Beide groepen omvatten zo'n 120 huisartsen. De groepen zijn vergeleken op achtergrondkenmerken, zoals leeftijd en geslacht, en op aspecten van de feitelijke en ervaren werkomgeving. Bij deze vergelijking is de afwezigheid van verschillen net zo belangrijk als de - statistisch getoetste - aanwezigheid van verschillen.

Mannelijke en vrouwelijke huisartsen komen even vaak voor in de groep met een hoog niveau van 'burnout' als in de groep met een laag niveau van 'burnout'. Ook wat betreft de leeftijd vinden we geen significante verschillen, maar er zijn wel verschillen met betrekking tot het aantal jaren dat de respondent al als huisarts werkt: in de groep huisartsen met een hoog niveau van 'burnout' zijn relatief veel huisartsen te vinden die tien tot twintig jaar in het vak zitten en weinig huisartsen die langer dan twintig jaar als huisarts werken. Doordat het onderzoek een dwarsdoorsnede op één tijdstip is, kunnen we niet vaststellen of er een selectieproces gaande is geweest waardoor huisartsen die in sterkere

Tabel. 'Burnout'-scores voor huisartsen, intensive-care-artsen en verpleegkundigen, rekenkundig gemiddelde.

	huis- artsen	inten- sive- care- artsen	ver- pleeg- kun- digen
emotionele uitputting	20,09	15,10	16,68
depersonalisatie	9,42	7,61	5,94
persoonlijke bekwaamheid ..	30,35	31,82	32,41

mate gevoelens van 'burnout' hebben ervaren al eerder de praktijk hebben verlaten; daar kunnen we pas achter komen, als het onderzoek over een aantal jaren bij dezelfde groep van huisartsen als nu zou worden herhaald.

Wat betreft de feitelijke werkomgeving zijn er geen verschillen gevonden in praktijkvorm (ingedeeld in vier groepen: solo-, duo- en groepspraktijken en gezondheidscentra). Er is een duidelijk verschil in de stedelijkheid van de praktijklocatie (eveneens ingedeeld in vier groepen: platteland, verstedelijkt platteland en kleine steden tot 50.000 inwoners, steden met meer dan 50.000 inwoners, en de drie grootste steden); de groep huisartsen met een hoog niveau van 'burnout' is vaker in stedelijke gebieden gevestigd. Huisartsen met een laag niveau van 'burnout' hebben gemiddeld een wat grotere praktijk - dat zou men op voorhand niet hebben verwacht - en geven aan minder vaak dienst te hebben in de weekenden. Er zijn geen verschillen met betrekking tot het aantal malen dat men door de week dienst heeft, het aantal uren dat men per week werkt, de hoeveelheid assistentie die men heeft en de hoeveelheid tijd die per patiënt in het afsprakenspreekuur wordt uitgetrokken.

Anders wordt het als we naar de ervaren werkomgeving kijken. Dan blijken er, op de terreinen waarnaar is gekeken, duidelijke verschillen te zijn. Onder de groep huisartsen met een hoog niveau van 'burnout' is de ervaren werkbelasting (een schaal die aangeeft hoe zwaar men zijn werk ervaart) hoger, is de tevredenheid met het huisartsenwerk geringer, heeft men vaker het gevoel dat verwachtingen waarmee men aan het huisartsenvak is begonnen, slechter zijn uitgekomen, wordt de balans tussen hetgeen men in het werk investeert en wat men

ervoor terugkrijgt als negatief ervaren, en ervaart men meer tijdsdruk. Een belangrijke conclusie is dat gevoelens van 'burnout' meer te maken hebben met hoe het werk wordt ervaren dan met hoe het feitelijk is. Erg opzienbarend is dat niet: 'Het zit tussen de oren', zou de sporttrainer zeggen. Dat maakt dat aanknopingspunten voor concreet beleid van de beroepsorganisatie lastig te vinden zijn. Het feit dat onder huisartsen met een hoog niveau van 'burnout' meer huisartsen in de steden te vinden zijn, is een reden te meer, naast allerlei andere signalen over problemen in stadspraktijken, om op dit gebied een integraal beleid te formuleren.

BELEVING VAN HET WERK

Deze globale uitkomsten roepen twee vragen op. De eerste is welke aspecten van het werk door huisartsen als motiverend of demotiverend en als belastend worden ervaren; op deze vraag zullen we hierna eerst ingaan. De tweede vraag is of we die aspecten misschien vaker tegenkomen in een stedelijke praktijksituatie dan in minder verstedelijkte situaties; met andere woorden: wat is het in de stedelijke werksituatie dat mogelijk leidt tot een hoger niveau van 'burnout'? Voor een evenwichtig beeld van het werk van huisartsen is het van belang zowel aandacht te besteden aan aspecten die als stimulerend of motiverend worden ervaren, als aan aspecten die als demotiverend worden ervaren. Huisartsen halen hun motivatie en stimulering vooral uit de contacten met patiënten: het persoonlijk contact, de waardering van patiënten, het kunnen helpen van en iets betekenen voor mensen. Verder noemen veel huisartsen het afwisselende van hun werk en de vrijheid. Huisartsen met hoge en met lage 'burnout'-scores verschillen nauwelijks in het aantal motiverende aspecten dat zij noemen of de aard daarvan. De verschillen komen pas als we naar demotiverende of als minder plezierig ervaren aspecten kijken. Dan blijkt dat huisartsen in de groep met hoge 'burnout'-scores vaker negatieve aspecten noemen. Zij wijzen vooral op de hoge werkbelasting en 'oneigenlijke' hulpvragen. Ook bij een minder vaak genoemd aspect als conflictsituaties met patiënten is er wel een duidelijk verschil tussen de groep huisartsen met hoge

en die met lage 'burnout'-scores. Het is dus niet zozeer het ontbreken van positieve aspecten in het huisartsenwerk dat samengaat met gevoelens van 'burnout' als wel het ervaren van negatieve aspecten.

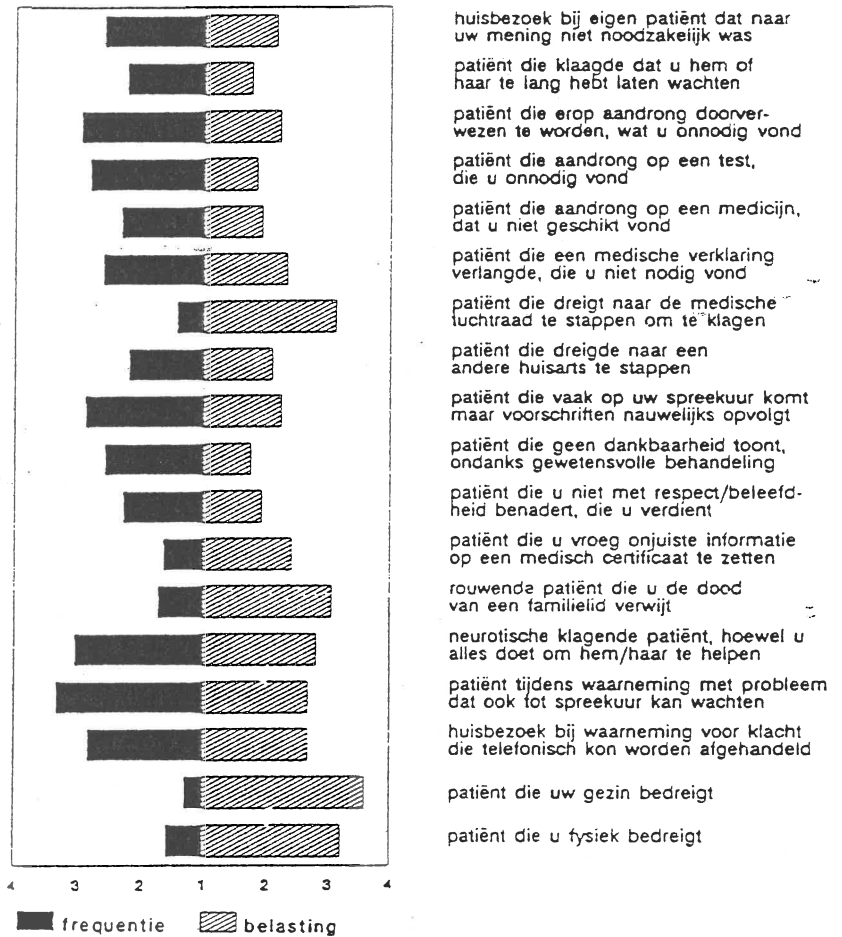
LASTIGE PATIËNTCONTACTEN

Het begrip 'burnout' is sterk gekoppeld aan beroepen die te maken hebben met mensen - patiënten of cliënten. In de relatie met patiënten zijn ook zowel de positieve als de negatieve kanten van het huisartsenwerk terug te vinden; met name de negatieve kanten hangen samen met gevoelens van 'burnout'. Daarom zullen we op de negatieve kanten in de relatie met patiënten wat dieper ingaan.

We hebben de huisartsen die aan het onderzoek hebben deelgenomen een aantal situaties voorgelegd waarvan mag worden aangenomen dat ze als lastig worden ervaren. We hebben daarbij twee vragen gesteld: hoe vaak men die situaties naar schatting is tegengekomen en hoe belastend ze worden ervaren; daarbij is overigens geen tijdshorizon aangegeven. In de figuur staan de gemiddelde scores op deze vragen; we kunnen eruit opmaken welke situaties het meest voorkomen en welke situaties als het meest belastend worden ervaren.

Situaties die zowel naar het oordeel van de huisartsen relatief vaak voorkomen als in sterke mate als belastend worden ervaren, hebben vooral betrekking op de *waarneming*: de huisarts laten komen voor klachten die per telefoon hadden kunnen worden afgehandeld of die eigenlijk op het spreekuur thuishoren. Deze situaties worden ook veel genoemd als men huisartsen de vraag stelt om voorbeelden te geven van 'oneigenlijke' hulpvragen tijdens de waarneming. Het 'oneigenlijke' van de hulpvraag zit dus niet zozeer in de aard van de hulpvraag als wel in het tijdstip of de manier waarop die hulpvraag aan de huisarts wordt voorgelegd. De enige naar zijn aard benoemde hulpvraag die frequent is genoemd als voorbeeld van een 'oneigenlijke' hulpvraag tijdens de waarneming is het verzoek om de oren uit te spuiten. Lastige patiëntcontacten die minder vaak voorkomen, maar wel als zeer belastend worden ervaren, zijn ook van belang. Immers, deze kunnen

Figuur. Voorkomen van lastige patiëntcontacten en de mate waarin deze contacten als belastend worden ervaren.



Antwoordcategorieën frequentie: 1 = nooit; 2 = zelden; 3 = soms; 4 = vaak.
 Antwoordcategorieën belasting: 1 = niet of nauwelijks; 2 = enigszins; 3 = in vrij sterke mate; 4 = in zeer sterke mate (N.B. De mate waarin deze arts-patiëntcontacten als belastend worden ervaren geldt voor de huisartsen die de situatie hebben meegemaakt).
 Lengte van de balkjes: gemiddelde score.

voor langere tijd een stempel drukken op de wijze waarop een huisarts tegen zijn of haar werk aankijkt. Als het meest belastend wordt *bedreiging van het gezin* van de huisarts ervaren. Een kwart van de huisartsen zegt ooit zo'n situatie te hebben meegemaakt en slechts 3% van alle huisartsen is daar 'soms' of 'vaak' mee geconfronteerd, maar van al degenen die het ooit hebben meegemaakt heeft 90% het als sterk belastend ervaren. Dezelfde combinatie van relatief weinig voorkomen en sterk belastend zijn, geldt voor de situaties waarbij de huisarts zelf fysiek bedreigd zegt te

zijn, het dreigen met de tuchtraad en de confrontatie met rouwende patiënten die de huisarts de dood van een familielid verwijten. De *dreiging met fysiek geweld* is naar eigen zeggen door bijna de helft van de huisartsen (46%) ooit aan den lijve ervaren; 4% geeft aan dat dit 'soms' gebeurt. Deze bedreiging wordt zowel door eigen patiënten als door patiënten tijdens een waarneming geuit, waarbij het erop lijkt dat het laatste relatief wat vaker voorkomt dan het eerste en ook in wat meer extreme vorm. Ook hier is de vraag in hoeverre deze belastende situaties vaker voorkomen

bij de groep huisartsen die een hoger niveau van 'burnout' ervaren. Dat blijkt inderdaad het geval te zijn. Zowel het zelf fysiek bedreigd zijn als de bedreiging van het gezin komen vaker voor in de groep huisartsen die meer opgebrand is dan in de groep met lage 'burnout'-scores. Hetzelfde geldt voor het dreigen met de medische tucht-raad en de situatie tijdens de waarneemdiensten waarbij patiënten de huisarts raadplegen met problemen die in de ogen van de huisarts niet echt urgent zijn of die per telefoon hadden kunnen worden afgehandeld. Deze situaties hebben we hierboven aangeduid met de term 'oneigenlijke' hulpvragen. De huisartsen in de groep met hoge 'burnout'-scores geven aan dat zij vinden dat een hoger percentage van de patiënten die hen tijdens de waarneming raadplegen een 'oneigenlijke' hulpvraag stelt. Ruim een kwart van de huisartsen geeft aan de weekenddiensten uit te besteden. Dit komt vaker voor onder huisartsen met een hoge 'burnout'-score dan onder degenen met een lage 'burnout'-score.

STEDELIJKE PRAKTIJKEN

Komen lastige patiëntsituaties nu vaker voor in stedelijke praktijken? Met name in de drie grote steden: Amsterdam, Rotterdam en Den Haag, blijken huisartsen vaker lastige patiëntsituaties te ervaren dan in minder verstedelijkte gebieden. Een sprekend voorbeeld hiervan is het aantal huisartsen dat aangeeft in het afgelopen jaar met fysieke bedreiging te zijn geconfronteerd. Hoewel dit aantal ook op het platteland niet gering is (18%), loopt het op tot bijna 40% in de drie grote steden. Andere voorbeelden van situaties die vaker in de grote steden voorkomen dan in minder verstedelijkt gebied hebben vooral betrekking op 'eisende' patiënten en een onjuist gebruik van de waarneemregeling. Patiënten die onnodig verwezen willen worden naar een medisch specialist, die aandringen op een diagnostische test, die een bepaald medicijn voorgeschreven willen krijgen of die een medische verklaring wensen hoewel er geen noodzaak voor aanwezig is, komen relatief vaker in grote steden voor. Hetzelfde geldt, naar de mening van de ondervraagde huisartsen, voor patiënten die het spreekuur bezoeken

maar voorschriften nauwelijks opvolgen, patiënten die tijdens de waarneming met problemen komen die ook tot het spreekuur kunnen wachten en patiënten die een huisbezoek verlangen voor een klacht die ook telefonisch had kunnen worden afgedaan. Dat de praktijkpopulatie van huisartsen in de grote steden verschilt van die in minder verstedelijkte gebieden, is al langer bekend uit onderzoek: de bevolkingssamenstelling en de morbiditeitspatronen zijn verschillend; het verloop van het patiëntenbestand is sneller; de grote stad is een multi-etnische samenleving geworden; problemen gerelateerd aan druggebruik zijn er groter. Aan deze rij van verschillen is er nu één toegevoegd, die; zoals blijkt uit de cijfers, bij een groot aantal individuele huisartsen al bekend was, maar die nu door onderzoek is gedocumenteerd.

OMGAAN MET STRESS

De manier waarop huisartsen situaties die spanning opleveren algemeen gesproken hanteren, hangt samen met gevoelens van opgebrand zijn. Huisartsen die zich actief opstellen en gebeurtenissen niet lijdzaam over zich heen laten komen, zijn beter opgewassen tegen moeilijke situaties. De waarneemgroep kan hierbij een positieve rol spelen: huisartsen die ondersteuning ervaren van hun collega's hebben minder gevoelens van 'burnout'. Een andere manier om tegen de stressvolle kanten van het werk opgewassen te zijn, is het hebben en in de praktijk kunnen brengen van speciale interesses. De interessegebieden die het meest worden genoemd, zijn: kleine chirurgie; psychische begeleiding, psychosociale problematiek en sterfensbegeleiding; verloskunde en gynaecologie; de begeleiding van patiënten in verschillende levensfasen, met name ouderen; het bewegingsapparaat, orthopedie en sportgeneeskunde. Huisartsen die de mogelijkheid hebben deze interesses in praktijk te brengen, zijn beter bestand tegen de minder aangename kanten van het werk.

GEVOLGEN VAN 'BURNOUT'

Uit ons onderzoek blijkt, dat huisartsen die meer het gevoel hebben opge-

brand te zijn, hun gezondheid negatiever ervaren; ze hebben meer lichamelijke klachten. Dit heeft overigens niet tot gevolg dat zij ook vaker ziek thuis blijven. Van de meer 'opgebrande' huisartsen denkt een groter deel eraan de praktijk neer te leggen. Zij kijken meer naar vacatures, maar ze solliciteren niet vaker dan minder opgebrande huisartsen. Een zelfde beeld ontstaat bij de wens er eerder mee op te houden. Gevraagd is naar de leeftijd waarop men een eventuele VUT-regeling zou willen laten ingaan. Een hoger niveau van 'burnout' blijkt samen te hangen met een lagere gewenste VUT-leeftijd. Huisartsen in de groep met hoge 'burnout'-scores blijken echter even vaak als huisartsen in de groep met lage scores al regelingen te hebben getroffen om de praktijk eerder te kunnen neerleggen. Nederlandse huisartsen blijken voor het overgrote deel voorstanders te zijn van een VUT-regeling; gemiddeld zou men deze op de leeftijd van 59 jaar willen laten ingaan. Op dit moment heeft de helft van de huisartsen zelf een financiële regeling getroffen om er eerder mee te kunnen ophouden; gemiddeld is deze groep van plan op 60-jarige leeftijd de praktijk neer te leggen.

De beroepsorganisatie ziet zich voor de vraag gesteld welke aanknopingspunten er in het onderzoek te vinden zijn om beleid te voeren, gericht op het voorkomen en terugdringen van gevoelens van opgebrand zijn. Vooropgesteld moet worden dat de aanknopingspunten voor beleid, te voeren door de beroepsorganisatie, beperkt zijn. Immers, het voorkomen van het gevoel opgebrand te zijn hangt niet zozeer samen met de feitelijke hoeveelheid werk of overbelasting van huisartsen, als wel met het antwoord op de vraag hoe zij hun werkbelasting ervaren. Het eerste is beïnvloedbaar door beleid, het tweede veel minder. Verder blijken vooral 'lastige patiëntsituaties' van belang te zijn, en daarin is niet alleen de huisarts partij, maar ook de patiënt. Bovendien blijken dergelijke situaties meer in de steden voor te komen dan in minder verstedelijkte gebieden, hetgeen de beïnvloedingsmogelijkheden beperkt. Zowel uit de antwoorden op de vragenlijst als uit de gesprekken die in het kader van het onderzoek zijn ge-

voerd, komt naar voren dat de 'diensten' een belangrijke rol spelen. Voor wat betreft de organisatie van de diensten zou een positief effect kunnen worden verwacht van een opsplitsing van die diensten. Voor de diensten doordeweeks is een relatief kleine groep aan te bevelen van een omvang die het mogelijk maakt regelmatig samen te komen om de dienst door te spreken. Aangesloten kan worden bij het LHV-beleid waarneemgroepen om te vormen tot *huisartsgroepen*. Voor het weekend zou een grotere groep kunnen worden samengesteld, waardoor de frequentie waarmee een individuele huisarts dienst heeft gering is.

Het probleem van de diensten is nauw verbonden met het als belastend ervaren punt van de 'oneigenlijke' hulpvraag. Het blijkt dat 'oneigenlijke' hulpvragen minder met de inhoud van de hulpvraag te maken hebben dan met het tijdstip en de wijze waarop de vraag wordt gesteld. Een gedeeltelijke oplossing zou kunnen zijn één spreekuur per week van de dag naar de avond te verschuiven. Voor zover 'oneigenlijke' hulpvragen voortkomen uit (gepercipieerde) problemen van patiënten met het tijdens 'kantooruren' raadplegen van hun huisarts, zou een *vast avondspreekuur* een oplossing kunnen zijn.

Daarnaast zouden wij willen aanbevelen een principiële discussie aan te gaan over hulp buiten de kantooruren en met name in het weekend in de grote steden. Veel mensen maken op dit moment voor 'spoedeisende' zaken gebruik van de eerste-hulp post van een ziekenhuis. De discussie zou kunnen gaan over de vraag of die rol van de eerste-hulp post in het ziekenhuis maar niet moet worden geaccepteerd, waarbij moet worden nagedacht over de wijze hoe huisartsen dan kunnen worden betrokken bij het werk van de eerste-hulp post of afdeling Spoedeisende Hulp. Op zich zal dat niet voorkomen dat patiënten zich dan eisend of zelfs agressief opstellen bij bezoek aan de eerste-hulp post; echter, de voor 'burnout' zo belangrijke balans tussen distantie en betrokkenheid zal dan structureel anders liggen.

Uit de resultaten van het onderzoek komt naar voren dat de mogelijkheid speciale interesses te ontwikkelen en in de praktijk te brengen een buffer kan vormen tegen het optreden van een gevoel opgebrand te zijn. Een zelf-

de rol speelt ondersteuning door collega's.

Voor beide mogelijkheden kan het beleid met betrekking tot huisartsengroepen een positieve rol spelen. In een samenwerkende, wat grotere groep huisartsen zijn in principe meer mogelijkheden voor het in praktijk brengen van speciale interesses, overigens zonder de persoonlijke band tussen de individuele huisarts en zijn patiënten te doorbreken. Daarnaast zou de huisartsgroep een rol kunnen spelen in de organisatie van een meer flexibele uitbreiding uit het beroep, van belang bij de in ruime mate getoonde belangstelling voor een lagere pensioenleeftijd, en mogelijk een systeem van (gedeeltelijke) vrijstelling van diensten voor oudere collega's. Daar waar nu in individuele gevallen diensten worden uitbesteed, zou in de huisartsgroep naar duurzame oplossingen op groepsniveau kunnen worden gezocht.

Het voorgaande gaat in sterke mate uit van beheersbaarheid en beïnvloedbaarheid van negatieve aspecten van het huisartsenwerk die van invloed zijn op het gevoel opgebrand te zijn. Het gaat voorbij aan de sterke invloed die één negatieve ervaring kan hebben voor de individuele huisarts. De mogelijkheid ervaringen te delen en erover te spreken kan, los van alle structuren, als positief worden beleefd. Men kan overwegen daartoe een soort van klankbord te organiseren in de vorm van een *'lotgenotencontact'*.

Het gevoel opgebrand te zijn hangt ook samen met de mate waarin de verwachtingen waarmee men aan het huisartsenvak begon, zijn uitgekomen. De huisartsopleiding zou een rol kunnen spelen in het tot stand brengen van een realistisch verwachtingenpatroon.

Uit de contacten met hun patiënten putten huisartsen hun motivatie en stimulering. In de positieve aspecten van de arts-patiëntcontacten verschillen huisartsen met een hoge en een lage 'burnout'-score niet. Het zijn de negatieve aspecten die ook met de contacten en relaties met patiënten kunnen zijn verbonden, waarop beide groepen verschillen.

Beleed met betrekking tot de relaties en contacten met patiënten kan zich op twee zaken richten. In de eerste plaats op het leren hanteren van de relatie met 'lastige' patiënten. Voor de

huisartsopleiding of voor nascholing van huisartsen zou een cursusaanbod op dit gebied kunnen worden ontwikkeld. Het lijkt vooral belangrijk dat de huisarts grenzen leert stellen – en handhaven – in zijn of haar relatie met de patiënt.

In de tweede plaats verdient het voorstel dat kortelings door Schretlen in Medisch Contact is gedaan,² de aandacht. Hij stelt voor dat huisartsen, onder bepaalde omstandigheden en met inachtneming van een aantal regels en afspraken (een 'protocol'), de relatie met een patiënt moeten kunnen beëindigen. De mogelijke kritiek, dat hiermee de ellende van de ene huisarts wordt doorgeschoven naar de andere, lijkt slechts voor een deel op te gaan. Immers, een ontwrichte relatie is een zaak van twee mensen: huisarts en patiënt, en het is niet noodzakelijk zo dat de relatie tussen een andere huisarts en deze patiënt zich ook of even problematisch ontwikkelt.

In de perceptie van huisartsen bestaan er bij de Nederlandse bevolking de nodige *misvattingen over het doel en gebruik van de waarneming*. Een belangrijk aspect van de belasting in de waarneming wordt gevormd door 'oneigenlijke' hulpvragen. Voor een deel gaat het om hulpvragen die ook eerder of later op een 'normaal' tijdstip hadden kunnen worden gesteld; voor een deel gaat het ook om hulpvragen waarbij een eenvoudig telefonisch advies had kunnen voldoen. Een bijdrage aan de oplossing van dit aspect van het probleem kan in twee richtingen worden gezocht. In de eerste plaats kan worden gedacht aan een op het publiek gerichte campagne via de media en via informatiefolders in de praktijk. De literatuur over de effecten van dergelijke campagnes is echter niet hoopgevend. In de tweede plaats zou een al langer bestaand idee nieuw leven kunnen worden ingeblazen: dat van een patiënt-advies-telefoon, een *06-nummer* bemand door medici die eenvoudige adviesvragen afhandelen en waar nodig de patiënt adviseren hun huisarts te raadplegen.

Literatuur

1. Schaufeli W. Opgebrand; over de achtergronden van werkstress: het burnout-syndroom. Rotterdam: AD Donker, 1990.

2. Schretlen I. Het verbreken van de relatie met de patiënt. Vaagheden verhullen taboes. Medisch Contact 1992; 47 (2): 48-52.