

# De “opgebrande huisarts”

## Inleiding

Onderzoek naar de werksituatie en werkbelasting van huisartsen is niet nieuw. Al vijftien jaar geleden werd een onderzoek uitgevoerd rond 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 ook 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 carrière-mogelijkheden 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 verpleegthuizen.

De mogelijkheden zijn ondertussen sterk veranderd; posities in de opleidingsinstituten komen met 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.

---

*Eind februari publiceerde het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijns-gezondheidszorg (NIVEL) - onder de titel “Opgebrand” - de resultaten van een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motivatie en demotivatie bij huisartsen. Het onderzoek werd verricht in opdracht van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). NIVEL-onderzoekers D. van Dierendonck, P. P. Groenewegen en H. Sixma vatten het onderzoek samen.*

---

In deze situatie is de vraag waarvoor de beroepsgroep zich gesteld ziet, niet meer “wat zijn de achtergronden van een vroegtijdige andere carrière-keuze van huisartsen?”, maar “hoe kan voorkomen worden dat huisartsen gedemotiveerd raken en hoe kan eventueel bestaande demotivatie verminderd worden?”.

Daaraan vooraf gaat de vraag of het eigenlijk wel zo is dat huisartsen gedemotiveerd raken. Uit contacten met de “achterban” bestond bij het bestuur van de LHV de indruk dat bij een groot aantal huisartsen gevoelens van demotivatie leven. Die contacten met de achterban zijn echter selectief en geven daardoor geen uitsluitsel over de omvang van het verschijnsel en daarmee over de noodzaak

om er beleidsmatig op te reageren. Daarom is aan het NIVEL de vraag gesteld om te inventariseren in welke mate er gevoelens van demotivatie bestaan bij huisartsen.

## “Burnout” als overkoepelend begrip

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 citaten:

“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.

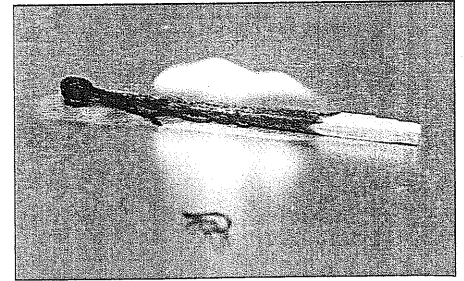
Een positieve manier om deze belasting op te vangen is het ontwikkelen van een houding van afstandelijke betrokkenheid, een balans tussen betrokken zijn bij de patiënt en afstand kunnen nemen van diezelfde patiënt en diens problemen. Dit stelt de hulpverlener in staat om zowel adequaat en succesvol om te gaan met cliënten, als om zijn of haar emotionele belasting te verminderen.

Echter, dit proces kan op een aantal manieren mis gaan. Zo kan op de verkeerde wijze afstand worden geschapen door defensieve terugtrekkings- en vermijdings-

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 het 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 ontwikkeld en gevalideerd is; dat wil zeggen,



groepen, waardoor vergelijkingen mogelijk zijn. Dat is belangrijk, omdat een begrip als burnout een glijdende schaal aangeeft, zonder absoluut nulpunt of gouden standaard.

Dit moet ook goed in de gaten gehouden worden bij de interpretatie van de resultaten die volgen. Het feit 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.

### Het onderzoek

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.

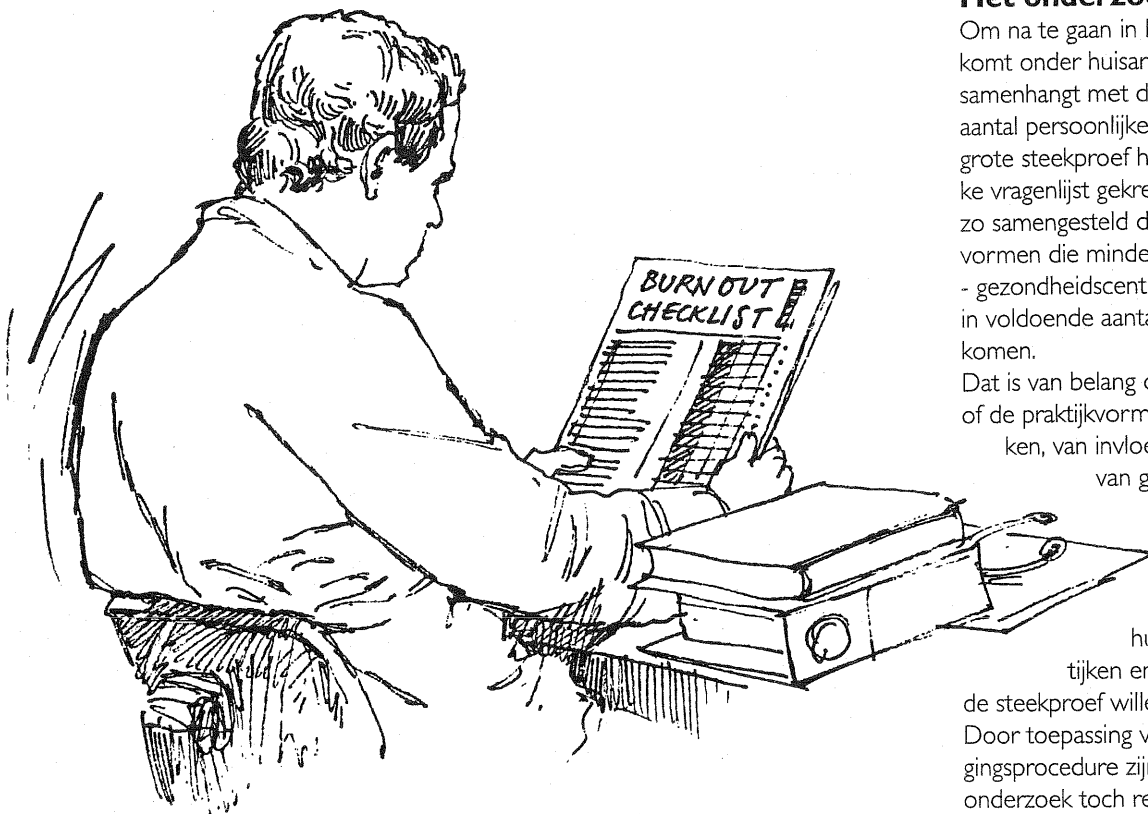
Dat is van belang om te kunnen vaststellen of de praktijkvorm waarin huisartsen werken, van invloed is op de aanwezigheid

van gevoelens van motivatie en demotivatie. Afgezien van de bewuste oververteenwoordiging van huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra, is de steekproef willekeurig getrokken.

Door toepassing van een statistische 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 en toen de vragenlijsten

(vervolg op pagina 12)

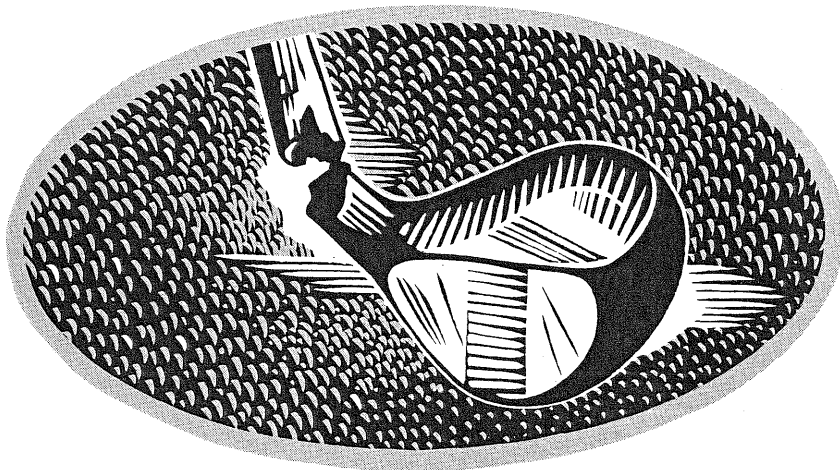


reacties, bijvoorbeeld door het gebruik van vakjargon of het zich verschuilen achter bureaucratische regels. Ook kan de emotionele belasting teveel aan persoonlijke factoren worden toegeschreven, de "mea culpa" reactie ("Er is iets mis met mij, ik ben te gevoelig of niet bekwaam genoeg voor dit werk").

er 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 gedaan moeten worden. Dit meetinstrument is ook binnen en buiten Nederland gebruikt bij andere

# DE MEEST GESCHIKTE ARBEIDS- ONGESCHIKTHEIDSVERZEKERING ALS JE ONVERHOOPT GEHANDICAPT RAAKT.



*U heeft 'n arbeidsongeschiktheidsverzekering nodig. Bij voorkeur een, die voor u op maat gemaakt is. 't Liefst van een maatschappij die zich daarin heeft gespecialiseerd. Een onderlinge zonder winstoogmerk, zodat de premie laag blijft. Doordacht toegesneden op een select aantal beroepsgroepen.*

*Een verzekering die aansluit op uw persoonlijke omstandigheden, praktijk- en beroepssituatie. Geen massaproduct, maar individueel maatwerk. Met een niet te evenaren prijs/kwaliteit verhouding.*

*Uw assurantie-adviseur is de meest geschikte persoon om u de juiste verzekeringsvorm bij MOVIR-DTO te adviseren.*



**MOVIR-DTO**

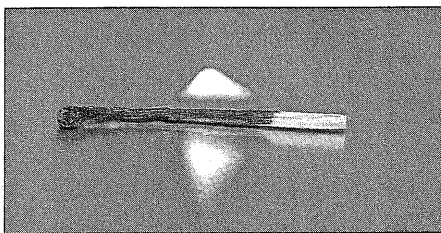
POSTBUS 2160, 3430 CV NIEUWEGEIN,  
TELEFOON 03402-47420.

**HOUDT UW INKOMEN GEZOND BIJ ARBEIDSONGESCHIKTHEID.**

(vervolg van pagina 10)

eenmaal binnen waren is een aanvullende serie gesprekken gevoerd met huisartsen die de vragenlijst hadden ingevuld. Van de 800 vragenlijsten die verstuurd zijn, 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 teruggestuurd hebben op enkele achtergrondkenmerken niet verschillen van degenen die niet meegewerkt hebben. Het gaat hierbij om praktijkvorm, praktijklocatie en 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 hun score op de burnout-index, wijst erop dat er mogelijk geen grote verschillen zijn tussen degenen die wel en degenen die niet de vragenlijst teruggestuurd hebben. De aanname daarachter is dat degenen, die pas laat hun vragenlijst teruggestuurd hebben, lijken op degenen die hem helemaal niet teruggestuurd hebben.

Er is een andere indirecte aanwijzing die wel 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 tien procent van de respondenten) een hogere score hebben op de burnout-index.

Als we ervan uitgaan dat degenen die helemaal geen vragenlijst teruggestuurd hebben meer lijken op deze laatste groepen, dan kunnen we aannemen dat degenen die de vragenlijst niet geretourneerd hebben, mogelijk een hogere burnout-score hebben dan degenen die aan het onderzoek meegewerkt hebben. Dit betekent dat de aanwezigheid van burnoutproblematiek onder Nederlandse huisartsen, zoals die vastgesteld wordt op basis van de antwoorden op de vragenlijst, eerder een onderschatting dan een overschatting van de werkelijke omvang van de problematiek is.

### De omvang van de burnout-problematiek

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 bekeken moeten worden: 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 gezegd is, 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 een intensive care 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 nevenstaande tabel.

### Burnout-scores voor huisartsen, intensive care-artsen en verpleegkundigen, rekenkundig gemiddelde

	huisartsen	intensive care-artsen	verpleegkundigen
emotionele uitputting	20,09	15,10	16,68
depersonalisatie	9,42	7,61	5,94
persoonlijke bekwaamheid	30,35	31,82	32,41

Duidelijk is dat huisartsen in sterkere mate emotionele uitputting ervaren dan de vergelijkingsgroepen.

Ook voor de component van burnout die aangeduid is 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 met hoge en lage burnout 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 vijftig procent hoogst scorenden behoort voor de componenten emotionele uitputting en depersonalisatie en tot de vijftig procent laagst scorenden voor de component persoonlijke bekwaamheid (de groep huisartsen met relatief veel burnout), en een groep huisartsen die tot de vijftig procent laagst scorenden behoort voor de twee eerst genoemde componenten en tot de vijftig procent hoogst scorenden voor de laatst genoemde 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 als in de groep met een laag niveau van burnout. Ook wat betreft 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 die langer dan twintig jaar als huisarts werken.

Doordat het onderzoek een dwarsdoorsnede op één tijdstip is, kunnen we niet vaststellen of er een selectie-proces gaande is geweest waardoor huisartsen, die in sterkere mate gevoelens van burnout hebben ervaren, al eerder de praktijk verlaten hebben.

Daar kunnen we pas achter komen, als het onderzoek over een aantal jaren bij dezelfde groep van huisartsen als nu herhaald zou worden.

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 verwacht hebben) en geven aan minder vaak dienst te hebben in de weekenden. Er zijn geen verschillen met betrekking tot het aantal maal 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 gekeken is, 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 het werk ervaart) hoger, is de tevredenheid met het huisartsenwerk geringer, heeft men vaker het gevoel dat verwachtingen waarmee men aan het huisartsenvak begonnen is, slechter uitgekomen zijn, wordt de balans tussen hetgeen men in het werk investeert en wat men ervoor terugkrijgt als negatief ervaren, en ervaart men meer tijdsdruk.

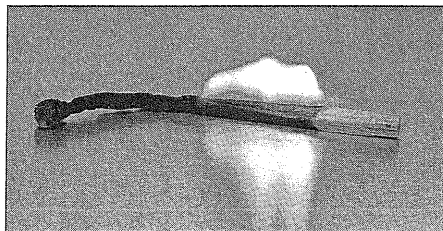
Een belangrijke conclusie is, dat gevoelens van burnout meer te maken hebben met hoe het werk ervaren wordt, dan met hoe het feitelijk is. Erg opzienbarend is dat niet - 'het zit tussen de oren', zou de sporttrainer zeggen. Dat maakt dat aanknopingspunten voor concreet beleid van de beroepsorganisatie 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.

### **De beleving van het werk als huisarts**

Deze globale uitkomsten roepen twee vragen op.

De eerste is welke aspecten van het werk door huisartsen als motiverend of demotiverend en als belastend ervaren worden. Op deze vraag zullen we hieronder eerst ingaan.

De tweede vraag is of die aspecten misschien in een stedelijke praktijksituatie vaker tegengekomen worden dan in minder verstedelijkte situaties. Of 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 om zowel aandacht te besteden aan aspecten die als stimulerend of motiverend ervaren worden, als aan aspecten die als demotiverend ervaren worden.

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 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 patiënt-contacten**

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 en 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 aangenomen mag worden dat ze als lastig ervaren worden.

We hebben daarbij twee vragen gesteld: hoe vaak men die situaties naar schatting tegengekomen is en hoe belastend ze ervaren worden.

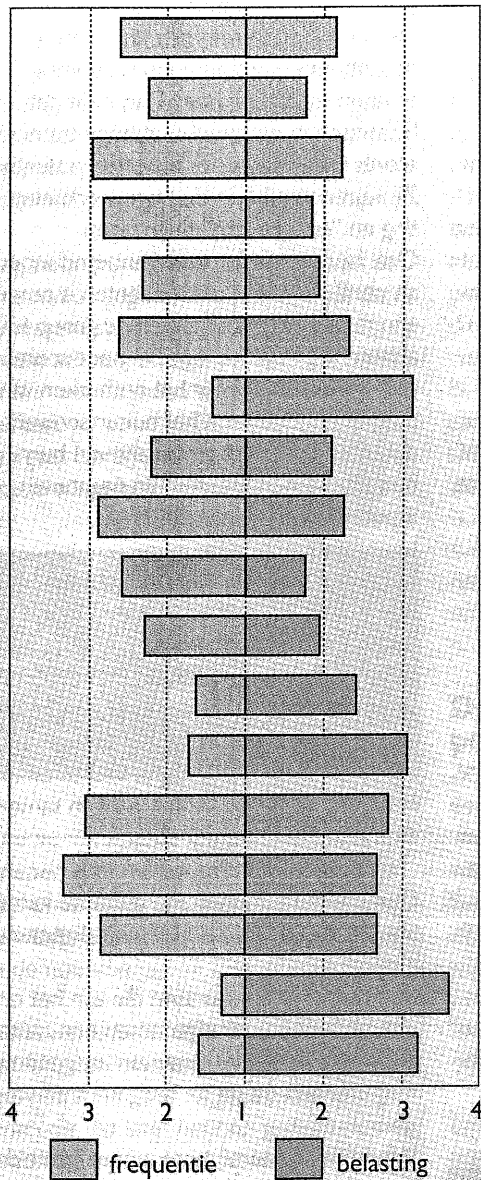
Daarbij is overigens geen tijdshorizon aangegeven.

In het schema op pagina 14 staan de gemiddelde scores op deze vragen, dit geeft een inzicht welke situaties het meeste voorkomen en welke als het meest belastend worden ervaren.

Situaties, die zowel naar het oordeel van de huisartsen relatief vaak voorkomen, als in sterke mate als belastend ervaren worden, hebben vooral betrekking op situaties rond de waarneming: de huisarts laten komen voor klachten die per telefoon hadden kunnen worden afgehandeld, of die eigenlijk op het spreekuur thuishoren.

## Schema

Voorkomen van lastige patiënt-contacten 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

nb: mate waarin deze arts-patiënt contacten als belastend worden ervaren geldt voor de huisartsen die de situatie hebben meegemaakt

lengte van de balkjes: gemiddelde score

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 zo zeer in de aard van de hulpvraag als wel in het tijdstip of de manier waarop de hulpvraag aan de huisarts wordt voorgelegd.

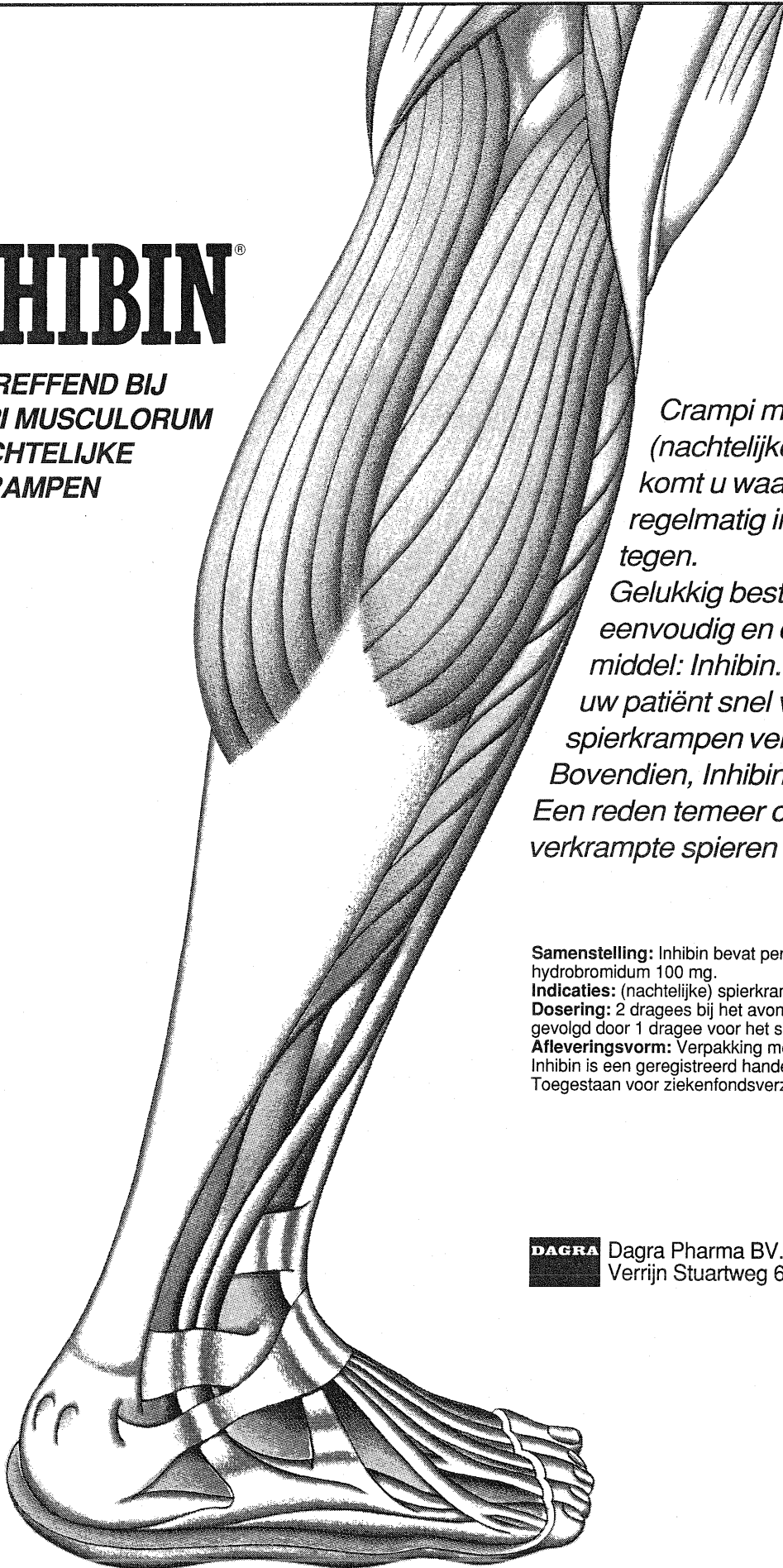
Dit wordt door de huisarts als "oneigenlijk" gebruik van de waarneming ervaren. De enige naar zijn aard benoemde hulpvraag, die frequent genoemd is als voorbeeld van een "oneigenlijke" hulpvraag tijdens de waarneming, is het verzoek om de oren uit te spuiten. Lastige patiënt-contacten die minder vaak voorkomen,

maar wel als zeer belastend ervaren worden, zijn ook van belang. Immers, deze kunnen voor langere tijd een stempel drukken op de wijze waarop een huisarts tegen zijn of haar werk aankijkt.

Als meest belastend wordt bedreiging van het gezin van de huisarts ervaren.

# INHIBIN<sup>®</sup>

**DOELTREFFEND BIJ  
CRAMPI MUSCULORUM  
EN NACHTELIJKE  
KUITKRAMPEN**



*Crampi musculorum en (nachtelijke) kuitkrampen komt u waarschijnlijk regelmatig in uw praktijk tegen.*

*Gelukkig bestaat er een eenvoudig en doeltreffend middel: Inhibin. Met Inhibin is uw patiënt snel van zijn spierkrampen verlost.*

*Bovendien, Inhibin is veilig. Een reden temeer om Inhibin bij verkrampde spieren voor te schrijven.*

**Samenstelling:** Inhibin bevat per dragee Hydrochinini hydrobromidum 100 mg.

**Indicaties:** (nachtelijke) spierkrampen.

**Dosering:** 2 dragees bij het avondeten, gevolgd door 1 dragee voor het slapengaan.

**Afleveringsvorm:** Verpakking met 90 dragees. Inhibin is een geregistreerd handelsmerk. Toegestaan voor ziekenfondsverzekerden.

**DAGRA**

Dagra Pharma BV.  
Verrijn Stuartweg 60, 1112 AX DIEMEN