

De opgebrande huisarts

'Burnout' bij huisartsen: beschouwing en literatuurstudie

Na een lange werkweek en een (korte) vrije zaterdag volgde een weekenddienst op zondag waarbij alles niet liep zoals u zich dit had voorgesteld. Een vol weekendspreekuur, met een flink aantal patiënten met klachten die waarschijnlijk net zo goed hadden kunnen wachten tot de volgende dag. Een aantal spoedvisites, en als klap op de vuurpijl werd u 's nachts twee keer uit uw bed gebeld voor klachten waarbij bij nader inzien eigenlijk niets aan de hand was. De maandag daarop zit de wachtkamer weer vol met patiënten. Mag u het op dat moment misschien even niet meer zien zitten? Mogen de hoge werkbelasting, de weinige 'echt' vrije tijd, de veeleisende patiënten met oneigenlijke hulpvragen en de hele bureaucratische papierwinkel waarmee u in uw vak als huisarts bijna dagelijks kan worden geconfronteerd, even hun tol eisen?

Voor veel huisartsen waarschijnlijk een herkenbare situatie. Een tijdelijke inzinking, die al spoedig wordt gecompenseerd door de goede persoonlijke contacten waarmee een huisarts in zijn beroepsuitoefening te maken krijgt, het 'eigen baas zijn', de afwisselende situaties waarin de huisarts terecht komt en patiënten die ongevraagd hun waardering uitspreken voor een bemoeienis. Soms ook een inzinking met een meer langdurig karakter, waarbij een huisarts meer en meer gaat twijfelen aan zijn of haar eigen functioneren. Gevoelens van emotionele uitputting, van meer afstandelijkheid en cynisme ten opzichte van bepaalde patiënten en het gevoel minder te presteren vormen een spiraal waaruit geen ontsnapping mogelijk lijkt. Een huisarts die zich in deze situatie als het ware meer en meer opgebrand voelt. Het 'burnout'-syndroom lijkt toe te slaan. Maar waarom juist nu, en waarom juist bij de huisarts? Voor een mogelijk antwoord op deze beide vragen gaan we terug naar het begin van de jaren '60. Tot die tijd was het beroep van de huisarts vooral gebaseerd op gezag. Zijn (of haar) autori-

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

Wat is 'burnout' en bij hoeveel Nederlandse huisartsen slaat dit verschijnsel toe? Het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel) te Utrecht deed hiernaar onderzoek in opdracht van de LHV. Vooruitlopend op de uitkomsten - zie vier bladzijden verder - brengen de onderzoekers verslag uit van een literatuurstudie die zij in dit kader hebben verricht.

teit stond voor de patiënt vast op grond van zijn deskundigheid, zijn verantwoordelijkheid in de hulpverlening en zijn status in de samenleving. Een kritische benadering door de patiënt werd beschouwd als een motie van wantrouwen,¹ de patiënt begreep dit en handelde dienovereenkomstig. Vanaf het midden van de jaren '60 komt hierin verandering. Het maatschappelijk aanzien van de huisarts, in vergelijking met andere hoog in aanzien staande beroepen, daalt.² De relatie arts-patiënt verandert van een eenzijdige afhankelijkheidsrelatie, met de patiënt die voor zijn gezondheid afhankelijk is van de huisarts, in een relatie gebaseerd op overleg en samenwerking. De volgzaam patiënt maakt plaats voor de patiënt als consument. Een consument die door de vele mediarubrieken en beschikbare informatie voor zelfstudie een eigen mening heeft en niet langer bang is deze ook te laten horen. Nu is een wat kritischer houding van de patiënt op zich geen slechte zaak. Integendeel, een goede huisarts zal het niet erg vinden enig weerwerk te krijgen van een mondiger patiënt. Hij of zij zal, als daar aanleiding toe is, bereid zijn de eigen werkwijze ter discussie te stellen. Echter, een kritische

houding van de patiënt kan ook plaats maken voor eisend gedrag; er zijn aanwijzingen dat dit in toenemende mate het geval is. In dezelfde media waaruit de patiënt informatie put over medische zaken verschijnen regelmatig berichten over agressie jegens de huisarts en ook onderzoeken laten zien dat agressie tegenover huisartsen een vaak voorkomend verschijnsel is. Ruim de helft van een groep Britse artsen gaf aan dat zij persoonlijk hadden meegemaakt dat een patiënt hun agressief tegemoet was getreden en dat deze gebeurtenis diepe indruk had gemaakt.³ In hetzelfde onderzoek geeft bijna 90% van de huisartsen aan de indruk te hebben dat het geweld tegenover de huisarts toeneemt. Of er in Nederland sprake is van een vergelijkbare tendens, is onbekend. Wel gaf in een onlangs door het Nieuwsblad Gezondheidszorg (1991) gehouden enquête onder Nederlandse huisartsen 60% van de (relatief kleine groep) respondenten aan met de een of andere vorm van agressie te maken te hebben gehad;⁴ één op de tien respondenten had daadwerkelijk fysiek geweld ondergaan of is hiermee bedreigd, 43% beschrijft verschillende vormen van verbaal geweld, variërend van scheldwoorden tot chantage door te dreigen met het tuchtcollege.

Het steeds mondiger worden van de patiënt is natuurlijk maar één kant van de medaille. Andere mogelijke aanzetten voor een verklaring waarom juist artsen extra vatbaar zouden zijn voor 'burnout' vinden we bij Halenar,⁵ als er verslag wordt gedaan van een paneldiscussie: (Te) hoog opgeschroefde idealen en verwachtingen binnen de persoon zelf en vanuit de maatschappij, mogelijke gevolgen van de verschillende rollen die de huisarts speelt in beroep en privé-leven en het feit dat 'burnout'-signalen door de huisarts bewust of onbewust niet worden (h)erkend. Oplossingen om te ontsnappen aan 'burnout'-verschijnselen die in deze discussie worden genoemd variëren van verande-

ring van beroep tot reorganisatie van de praktijk.

Met dit artikel willen wij, op basis van een literatuurverkenning, aandacht besteden aan 'burnout' bij huisartsen. Voordat zal worden ingegaan op de resultaten van onze zoektocht naar literatuur die betrekking heeft op de huisarts, zal worden vastgesteld wat er onder 'burnout' wordt verstaan en welke antwoorden wetenschappelijk onderzoek tot nu toe biedt voor het ontstaan van 'burnout'.

WAT IS 'BURNOUT'?

'Burnout' wordt door Schaufeli omschreven als een dynamisch proces waarbij voortdurend meer energie wordt verlangd dan er wordt aangeemaakt.⁶ De energievoorraad waarover iemand beschikt om goed te functioneren raakt daardoor steeds meer uitgeput, waarbij de vergelijking met een accu die niet goed meer functioneert voor de hand ligt.

De term 'burnout' is door Freudenberg geïntroduceerd als de metaforische omschrijving van een aan het werk gerelateerde, fysieke en mentale uitputtingstoestand.⁷ Verbonden aan een alternatief psychosociaal hulpverleningscentrum, viel het hem op dat de aanvankelijk zeer idealistisch ingestelde, sterk gemotiveerde en hard werkende hulpverleners na ongeveer een jaar een scala van symptomen gingen vertonen die hij benoemde als 'burnout'. Deze symptomen manifesteerden zich zowel op het lichamelijke als op het geestelijke en/of gedragsmatige vlak. Veel genoemde lichamelijke klachten waren slaapproblemen, seksuele problemen, overmatige vermoeidheid, maag-darmstoornissen, pijn in de rug, hoofdpijn of vage hartklachten zonder duidelijke oorzaak. De geestelijke en gedragsmatige veranderingen waren subtieler: men ergerde zich sneller, ging vitten, frustraties kwamen naar boven; daarnaast leek het alsof het zelfvertrouwen van mensen afnam, terwijl gevoelens van depressiviteit en concentratieverlies leken toe te nemen.

Na de introductie van de term 'burnout' door Freudenberg, werd deze al snel overgenomen in zowel populaire als wetenschappelijke tijdschriften. In eerste instantie verschenen hierin voornamelijk klinische beschrijvingen. Over wat onder 'burnout' moest

worden verstaan waren de schrijvers het zelden met elkaar eens; de meeste omschrijvingen volstonden met het opsommen van een aantal symptomen. Van meetinstrumenten, bedoeld om op een meer 'objectieve' en reproduceerbare manier de mate waarin iemand is opgebrand te kunnen vaststellen, was op dat moment nog geen sprake. Hierin kwam verandering met een door de sociaal-psychologen Maslach en Jackson ontwikkelde vragenlijst: de Maslach Burnout Inventory (MBI).⁸

Het onderzoek van Maslach was bedoeld om een beeld krijgen van de stress die hulpverleners ervaren in hun omgang met hulpvragers.⁹ Hoe gaan zij om met deze stress, wat zijn de strategieën om met deze stress om te gaan en wat is het effect hiervan? Haar veronderstelling was dat 'burnout' met name voorkomt bij mensen met contactuele beroepen. Zij beschrijft het proces dat bij de hulpverlener kan plaatsvinden als hij een balans probeert te vinden tussen de eisen van het werk en de eigen grenzen. De gemotiveerde hulpverlener merkt dat in de relatie met de patiënt veel energie wordt gestopt, waarvoor weinig wordt terugontvangen. Het werk is emotioneel belastend. De meest natuurlijke manier om met deze belasting om te gaan is het ontwikkelen van een houding van *afstandelijke betrokkenheid*: een balans tussen betrokken zijn bij de patiënt en afstand kunnen nemen van diezelfde patiënt

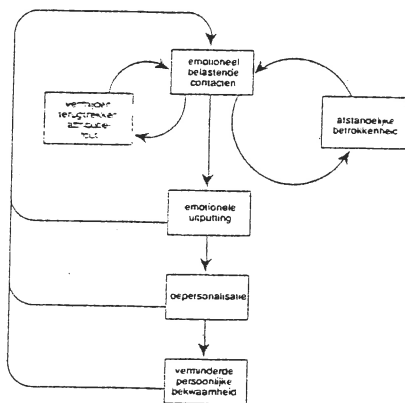
en diens problemen. Dit stelt de hulpverlener in staat zowel adequaat en succesvol met cliënten om te gaan als zijn emotionele belasting te verminderen. Echter, dit proces kan op een aantal manieren misgaan. Zo kan op de verkeerde wijze afstand worden geschapen door defensieve terugtrekings- en vermijdingsreacties, bijvoorbeeld door het gebruik van vakjargon of het zich verschuilen achter bureaucratische 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. Maslach geeft hieraan de term *'depersonalisatie'*. Deze term heeft hier een andere betekenis dan in de psychiatrie: daar heeft hij betrekking op een extreme vervreemding van de eigen persoon; Maslach heeft met deze term willen uitdrukken dat patiënten als onpersoonlijke objecten worden behandeld, zoals het alleen aandacht hebben voor de klacht zonder rekening te houden met de 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, de hulpverlener loopt het risico in een neerwaartse spiraal terecht te komen en volledig op te branden.

Met emotionele uitputting, depersonalisatie en een verminderde persoonlijke bekwaamheid hebben we de drie kernelementen genoemd van 'burnout'. Deze drie kernelementen komen terug in het meetinstrument: de Maslach Burnout Inventory. Deze MBI blijkt een betrouwbare en valide instrument om 'burnout' mee vast te stellen, althans voor onderzoeksdoel-einden. Daarmee is de operationele definitie die Maslach van 'burnout' geeft in de wetenschappelijke wereld via een omweg tot 'de' definitie van 'burnout' geworden.

MOGELIJKE OORZAKEN

Longitudinaal onderzoek waarbij een groep personen gedurende langere

Figuur. 'Burnout' en emotionele overbelasting volgens Maslach (naar Schaufeli; 1990).



tijd wordt gevolgd teneinde de oorzaken van 'burnout' vast te stellen, ontbreekt. Waar wel veel onderzoek naar is verricht, zijn de factoren waarmee 'burnout' samenhangt. Een overzicht van deze factoren vinden we bij Schaufeli.⁶ In deze paragraaf zullen op basis van dat overzicht eerst mogelijke oorzaken die niet beroepsspecifiek zijn worden behandeld.

'Burnout' komt vooral voor op relatief jonge leeftijd. Boven de 40 jaar is het risico opgebrand te raken, zo blijkt uit de onderzoeksresultaten, aanmerkelijk geringer dan beneden deze leeftijdsgrens. Omdat de hoeveelheid werkervaring een rol speelt, waarbij vooral personen met relatief weinig werkervaring een hoge 'burnout'-score laten zien, zou dit erop kunnen wijzen dat 'burnout' zich vooral aan het begin en in het midden van de loopbaan voordoet. Bij dergelijke conclusies is wel enige terughoudendheid geboden, omdat de kans groot is dat diegenen die zijn opgebrand het beroep voortijdig verlaten. 'Burnout' hangt samen met opleiding en burgerlijke status: onder hoog opgeleiden en personen zonder vaste partner komt 'burnout' relatief vaker voor dan onder de lager opgeleiden en personen levend in een gezinsverband. Naast werkervaring zijn er in de werksituatie drie belangrijke aspecten die een samenhang laten zien met burnout. Dit zijn de objectieve werkdruk (bijvoorbeeld voor de huisarts het aantal arbeidsuren dat hij wekelijks maakt of het gemiddeld aantal patiëntcontacten per dag), de subjectieve werkdruk (voorbeeld: de werkstress die men ervaart) en discrepanties tussen verwachtingen en hetgeen in de praktijk wordt gerealiseerd. Andere elementen uit het werk die zijn verbonden met 'burnout' zijn: een geringe autonomie, het ontbreken van zelfstandigheid en het hebben van intensieve en emotioneel belastende contacten met cliënten.

Personen die dreigen op te branden zijn ontevredener over hun werk en geven meer aan dat ze met dat werk willen stoppen. Ironisch genoeg is daarnaast juist een grote persoonlijke betrokkenheid bij de mensen met wie men werkt een belangrijke factor. Mensen die hun werk het meest zijn toegewijd lopen het grootste risico daadwerkelijk op te branden. Bij deze personen gaat een grote betrokkenheid met het uitoefenen van het vak

wel samen met een geringe betrokkenheid bij de organisatie waar zij deel van uitmaken. Gebrek aan sociale ondersteuning en een slechte werrelatie met de directe chef, onafhankelijk van de overige werkomstandigheden, gaan samen met een groter gevoel van psychisch onwelbevinden en met meer 'burnout'-gevoelens. Tenslotte is er nog een aantal persoonskenmerken dat met 'burnout' lijkt samen te hangen. Dit zijn een geringe mate van 'hardiness', een externe beheersoriëntatie ('locus of control') en een passieve stijl in het omgaan met problemen. 'Hardiness' is nieuwsgierig zijn en ervaringen als betekenisvol beschouwen, het leven als een uitdaging zien en het gevoel hebben de dingen goed onder controle te hebben. Iemand met een externe beheersingsoriëntatie heeft het gevoel geen greep te hebben op wat hem of haar overkomt; alles hangt af van externe factoren. Voorbeelden van een passieve probleemhanteringsstijl zijn ontkennen, vermijden en piekeren.

'BURNOUT' BIJ HUISARTSEN

Van alle genoemde factoren die samenhangen met 'burnout' vinden we er een aantal terug als we kijken naar het beroep van huisarts. Behalve de hoge opleiding betreft het vooral aan de uitoefening van het beroep verbonden aspecten. Hoge werkdruk, de verschillende rollen die men als huisarts dient te spelen, toewijding en een intensief contact met cliënten en patiënten, en een grote betrokkenheid met het beroep zijn aspecten waarin het merendeel van de huisartsen zich zal herkennen. Daarnaast zijn er ook aspecten die het opgebrand raken van een huisarts minder waarschijnlijk maken: het merendeel van de huisartsen oefent autonoom het vak uit en neemt zelfstandig beslissingen, een directe werkchef ontbreekt.

Gaan we voorbij aan de meer beschouwende artikelen en beperken we ons tot empirisch onderzoek naar het voorkomen van 'burnout' bij huisartsen, dan is de oogst schaars. Onderzoek naar 'burnout' bij de Nederlandse huisarts ontbreekt tot op dit moment volledig. In het buitenland is het uitgebreidste onderzoek dat van Lemkau, Purdy, Rafferty en Rudisill.⁴ Zij onderzochten 67 huisartsen in opleiding ('family

practice residents') in Ohio. 'Burnout' bleek bij deze groep artsen geen significante samenhang te vertonen met allerlei variabelen rond de persoon, zoals leeftijd, geslacht, financiële positie. Wel bleken artsen met een hoge score op emotionele uitputting, minder tevreden te zijn met de sociale en professionele ondersteuning die ze ontvingen. Zij die partners hadden die niet of part-time werkten hadden een hogere score op depersonalisatie dan zij wier partner full-time werkte. Meer verbanden werden gevonden met persoonlijkheidsfactoren. De algemene lijn was dat 'burnout' significant samenhangt met het meer uit balans zijn van de persoonlijkheid. Verder zouden gevoelstypen minder gedepersonaliseerd zijn. Extroverte en intuïtieve typen zouden een groter gevoel van persoonlijke bekwaamheid kennen. Als het algemene patroon zien de auteurs dat 'burnout' een reactie is op de interpersoonlijke eisen van het medische vak.

Blijkens een eerder artikel over dit onderzoek (Rafferty et al., 1986) hangt 'burnout' samen met (een gebrek aan) arbeidstevredenheid.¹² Overigens kan men zich afvragen of een toch vrij kleine groep van 67 artsen in opleiding de meest aangewezen groep is om met name de relatie tussen de specifieke aspecten verbonden aan het werken als huisarts en 'burnout' in kaart te brengen.

Ook McCranie en Brandsma gaan expliciet in op persoonlijkheidsstijlen.¹³ Bij 440 artsen (van wie 20% huisarts, 'family practitioner'), afgestudeerd aan het Medical College of Georgia, werd gekeken naar de samenhang van 'burnout' met persoonlijkheidscores die vijfentwintig jaar eerder tijdens de studententijd waren gemeten. Hun bevindingen wijzen in de richting van een verband tussen 'burnout' en een lage zelfwaardering, weinig zelfvertrouwen, een neiging tot dysforie en zich veel zorgen maken, sociaal angstig zijn, passiviteit en een zich terugtrekken van anderen. Daarnaast vinden zij significante verbanden met de mate van ontevredenheid met het werk, het huwelijk en het leven in het algemeen. Geen samenhang werd gevonden met het medische specialisme, de praktijkvorm, het aantal werkuren en de hoeveelheid tijd besteed aan directe arts-patiëntcontacten.

Winefield en Anstey deden onderzoek

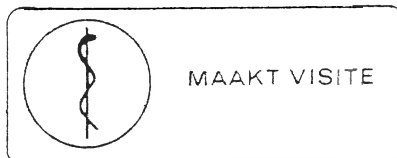
bij 966 huisartsen ('general practitioners') in Australië.¹⁴ Zij concluderen dat 'burnout' significant meer voorkomt bij mannelijke en bij jongere artsen. Ook hier was arbeidsontevredenheid verbonden met emotionele uitputting.

Uit een laatste onderzoek, afkomstig uit de Verenigde Staten,¹⁵ blijkt dat huisartsen in Californië en Hawaï minder opgebrand zijn dan de staf van een psychiatrisch ziekenhuis.

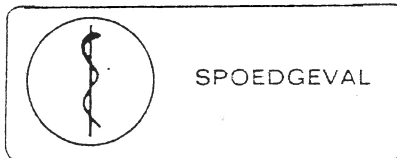
CONCLUSIES

Wat betekent dit alles nu voor de Nederlandse huisarts?

Allereerst is het belangrijk er bij de interpretatie van bovengenoemde verbanden rekening mee te houden dat de Nederlandse huisarts als regel in een andere werksetting zit dan de buitenlandse huisarts. Dit maakt 'vertaling' van de buitenlandse onderzoeksbevindingen op het terrein van 'burnout' naar de Nederlandse huisarts tot een hachelijke zaak. Jammer is, dat het onderzoek naar 'burnout' bij artsen of huisartsen zich voornamelijk richt op persoonlijkheidsfactoren. Het is dan ook niet verbazingwekkend dat, naast een verband met arbeidstevredenheid, de belangrijkste relaties met 'burnout' liggen op het vlak van de persoonlijkheidsfactoren. Weinig aandacht is besteed aan de rol van kenmerken van de werksituatie en de relatie met patiënten. Uitkomsten van onderzoek onder andere beroepsgroepen wijzen in dit verband op het belang van situationele en sociale factoren. Op theoretische gronden is het goed voorstelbaar dat met name de steeds meer eisende patiënt en de hogere ervaren-werkdruk ervoor kunnen zorgen dat huisartsen eerder opbranden dan personen in beroepen die minder sterk met juist deze aspecten te maken hebben. Een aanwijzing hiervoor is onderzoek naar factoren als werkstress en depressie onder huisartsen. Mazie vond dat bij huisartsen psychische problemen samenhangen met hogere niveaus van werkstress en/of lagere niveaus van sociale ondersteuning.¹⁶ In een ander onderzoek bleek werkstress samen te hangen met depressie, die op haar beurt weer samenhang met gevoelens van ontevredenheid, frustratie, verminderde produktiviteit en het werk minder belangrijk vinden.^{17 18}



MAAKT VISITE



SPOEDGEVAL

Waar kwaliteit van de dokter-patiëntrelatie hoog in het vaandel staat van beroepsbeoefenaren, beroepsorganisaties en overheid, is het van belang dat huisartsen goed gemotiveerd hun beroep uitoefenen. Grol c.s. concluderen,¹⁹ dat huisartsen die meer het gevoel van frustratie, tijdsdruk en spanning ervaren, meer medicijnen voorschrijven en minder uitleg geven aan hun patiënten. Een goede gezondheidszorg is gebaat bij gemotiveerd werkende huisartsen.

In Nederland zal 'burnout' onder de beroepsgroep van huisartsen geen onbekend verschijnsel zijn. Dit mag worden afgeleid uit de bevindingen van Duistermaat.²⁰ Van de 152 door hem ondervraagde huisartsen zegt 26% veel onmacht te ervaren, geeft 61% aan gauw emotioneel geroerd te zijn en ervaart 49% vaak een gevoel van leegheid.

Nederlands onderzoek onder huisartsen dat aansluit bij de internationale ontwikkelingen en literatuur over 'burnout' ontbreekt. Om in deze leemte te voorzien wordt door het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel) in opdracht van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) op dit moment een onderzoek uitgevoerd bij een representatieve steekproef van alle huisartsen in Nederland. Behalve dat daarbij gebruik is gemaakt van een Nederlandse vertaling van de Maslach Burnout Inventory zijn er met name vragen gesteld over de werksituatie en de ervaringen met patiënten. De gegevens voor dit onderzoek zijn inmiddels via vragenlijsten verzameld. Naar verwachting zal dit onderzoek inzicht verschaffen in de situatie bij de Nederlandse huisartsen.

Auto-embleem

Dit tweezijdig te gebruiken, artsen-auto-embleem is op veler verzoek tot stand gekomen om in voorkomende gevallen de reden van parkeren op een bepaalde plaats kenbaar te maken.

Dit embleem is naast het bekende raamembleem van plakplastic voor de leden van de Maatschappij Geneeskunst gratis verkrijgbaar bij de afdeling ledenbemiddeling der KNMG,

Postbus 20051, 3502 LD/Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, telefoon: 030-823911.

Literatuur

- Kenter EGH. De plaats van de arts in de medische reïone. *Medisch Contact* 1987; 42 (31): 964-6.
- Sixma H. De huisarts: van 'heer van stand' tot 'middenklasser'? *Huisarts en Wetenschap* 1991; 34 (3): 111-6.
- Myerson S. Violence to General Practitioners and fear of Violence. *Family Practice* 1991; 8 (2): 145-7.
- Revolvers in de spreekkamer. *Nieuwsblad Gezondheidszorg* 1991 nr 15/16: 1, 3.
- Halenar JF. Doctors don't have to burn out. *Medical Economics* 1981 oktober 26.
- Schaufeli W. Opgebrand; over de achtergronden van werkstress: het burnout-syndroom. Rotterdam: AD Donker, 1990.
- Freudenberg HJ. Staff Burnout. *Journal of Social Issues* 1974; 30 (1): 159-65.
- Maslach C, Jackson SE. MBI: Maslach Burnout Inventory; manual research edition. Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists press, 1986.
- Maslach C. Burnout: A social psychological analysis. In: J. W. Jones, ed. *The burnout Syndrome: Current research, theory interventions*. Park Ridge: London House Press, 1982: 30-53.
- Schaufeli W, Dierendonck D van. The construct validity of two burnout measures (under review).
- Lemkau JP, Purdy RR, Rafferty JP, Rudisill JR. Correlates of Burnout Among Family Practice Residents. *Journal of medical education* 1988; 63 (9): 682-91.
- Rafferty JP, Lemkau JP, Purdy RR, Rudisill JR. Validity of the Maslach Burnout Inventory for family practice physicians. *Journal of Clinical Psychology* 1986; 42 (3): 488-92.
- McCranie EW, Brandsma JF. Personality Antecedents of Burnout among Middle-Aged Physicians. *Behavioral Medicine*, 1988; 11: 30-1.
- Winefield HR, Anstey TJ. Job stress in general practice: Practitioner age, sex and attitudes as predictors. *Family Practice* 1991; 8 (2): 140-4.
- Snibbe JR, Radcliffe T, Weisberger C, Richards M, Kelly J. Burnout among primary care physicians and mental health professionals in a managed health care setting. *Psychological reports* 1989; 65: 775-80.
- Mazie B. Job stress, psychological health and social support of family practice residents. *Journal of Medical Education* 1985; 60 (12): 935-41.
- Revicki DA, May HJ. Occupational stress, social support and depression. *Health psychology* 1985; 4 (1): 61-77.
- May HJ, Revicki DA. Professional stress among family physicians. *The Journal of family practice* 1985; 20 (2): 165-71.
- Grol R, Mokink H, Smits A, Eijk J van, Beek M, Mesker P, Mesker-Niessen J. Work satisfaction of general practitioners and the quality of patient care. *Family Practice* 1985; 2 (3): 128-35.
- Duistermaat H. Onmacht in het werk van de huisarts. Lelystad: Meditekst, 1989.