

R 5136(1)C

143873

## OPGEBRAND

**Een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motivatie en demotivatie bij huisartsen.**

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

 **NIVEL**  
**bibliotheek**  
drieharingstraat 6  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

maart 1992

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg  
(NIVEL) - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - telefoon 030 - 319946

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Dierendonck, D. van

Opgebrand : een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motivatie en demotivatie bij huisartsen / D. van Dierendonck, P.P. Groenewegen, H. Sixma. - Utrecht : Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)  
ISBN 90-6905-174-5  
Trefw.: stress ; huisartsen ; onderzoek.

## Voorwoord

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Landelijke Huisartsen Vereniging. Voor het onderzoek is een begeleidingscommissie samengesteld die bestond uit:

- R.H. Oudkerk, huisarts en beleidsmedewerker van de LHV (voorzitter)
- H.H.G. Hofstee, huisarts
- Dr. C.P. van Lidth de Jeude, huisarts
- Dr. W.B. Schaufeli, universitair hoofddocent, vakgroep Arbeids- en organisatiepsychologie, Katholieke Universiteit Nijmegen
- I.C.J.M. Schretlen, huisarts
- B. Sprij, huisarts in opleiding

De onderzoekers werden bijgestaan door mevr. W. Caris-Verhallen, die haar stage-opdracht vervulde in het kader van de studie Arbeids- en organisatiepsychologie aan de Katholieke Universiteit Brabant.

De onderzoekers danken deze personen voor hun bijdragen aan het onderzoek.

Bovenal is dank verschuldigd aan alle huisartsen die aan het onderzoek deelgenomen hebben.



## INHOUDSOPGAVE

1	DE 'OPGEBRANDE' HUISARTS; EEN SAMENVATTING	1
2	ACHTERGRONDEN EN DOELSTELLING VAN HET ONDERZOEK	15
2.1	Inleiding	15
2.2	Burnout; een plaatsbepaling	17
2.3	Burnout onder huisartsen	20
2.4	Doelstelling van het onderzoek	23
2.5	Conceptueel schema voor onderzoek	24
2.5.1	Resultaten van onderzoek naar burnout	25
2.5.2	Burnout en stress	26
2.5.3	Het conceptueel schema	30
2.6	Onderzoeksopzet en onderzoeksvragen	31
3	ONDERZOEKSMETHODE EN DATAVERZAMELING	35
3.1	Methode van onderzoek	35
3.2	De inhoud van de vragenlijst	36
3.2.1	Burnout, motivatie en demotivatie	36
3.2.2	Feitelijke werkomgeving	37
3.2.3	Ervaren werkomgeving	38
3.2.4	Persoonskenmerken en sociale steun	39
3.2.5	Beschikbare hulpbronnen	40
3.2.6	Gevolgen van burnout	40
3.3	Steekproefgrootte en steekproeftrekking	41
3.4	Respons en non-responsanalyse	42
3.5	Codering en schaalconstructie	44
4	BURNOUT BIJ HUISARTSEN	47
4.1	De mate waarin huisartsen opgebrand zijn	47
4.2	Verschillen tussen huisartsen met hoge en lage niveaus van burnout	49
4.3	Conclusies met betrekking tot het niveau van burnout	51

<b>5</b>	<b>WERKBELEVING, MOTIVATIE EN DEMOTIVATIE VAN HUISARTSEN</b>	<b>53</b>
5.1	Stimulerende en vervelende aspecten van het huisartsenberoep	54
5.2	Werkbelasting en gevoelens van demotivatie	59
5.3	De arts-patiënt relatie	61
5.4	De waarneemregeling	67
5.5	De relatie tussen praktijkvorm en burnout	70
5.6	Verschillen in praktijkpopulatie tussen stad en platteland	71
5.7	De ervaren gezondheid en gezondheidsgedrag	74
5.8	Nascholing, nevenfuncties en andere interesses	76
5.9	Het beëindigen van het werk als huisarts	78
5.10	Conclusies	80
<b>6</b>	<b>OP ZOEK NAAR DE OORZAKEN VAN BURNOUT</b>	<b>83</b>
6.1	Feitelijke werkomgeving en burnout	85
6.2	Ervaren werkomgeving en burnout	88
6.3	De invloed van persoonskenmerken en sociale steun op de samenhangen tussen ervaren werkbelasting en burnout	90
6.4	Het verband tussen feitelijke en ervaren werkomgeving	94
6.5	Het effect van beschikbare hulpbronnen op de relatie tussen feitelijke en ervaren werkomgeving	96
6.6	Burnout, ziekte en beroepsperspectief	99
6.7	Een samenvattend schema	101
<b>7</b>	<b>AANDACHTSPUNTEN VOOR BELEID</b>	<b>105</b>
7.1	Huisartsen en hun werkomstandigheden	105
7.2	Huisarts en patiënt	109
7.3	De patiënten	109
	LITERATUUR	111
	BIJLAGEN	

## 1. DE 'OPGEBRANDE HUISARTS', EEN SAMENVATTING

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 verpleegtehuizen. 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.

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 (Schaufeli, 1990).*

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 vermijdingsreacties, 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'). 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, 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 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 oververtegenwoordiging 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 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 burnoutproblematiek**

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 onderstaande tabel.

Tabel 1.1 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 selectieproces 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 motiveerend 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.

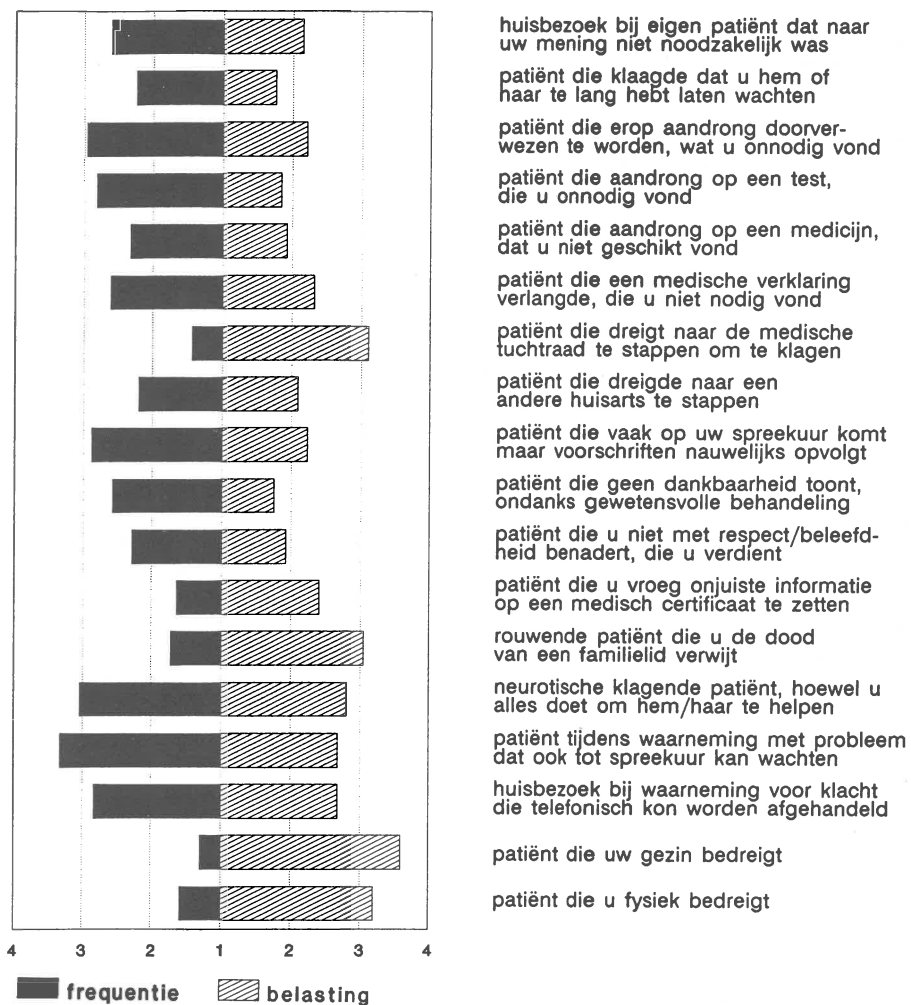
## **Lastige patiënt-contacten**

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 figuur 1.1 staan de gemiddelde scores op deze vragen, dit geeft een inzicht welke

situaties het meeste voorkomen en welke als het meest belastend worden ervaren.

Figuur 1.1 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

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. 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. Een kwart van de huisartsen zegt ooit zo'n situatie meegemaakt te hebben en slechts 3% van alle huisartsen is daar 'soms' of 'vaak' mee geconfronteerd, maar van al degenen die het ooit meegemaakt hebben, 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 er op 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 tuchtraad en de situatie tijdens de waarnemingsdiensten, waarbij patiënten de huisarts raadplegen met problemen die in de ogen van de huisarts niet echt urgent zijn of die per telefoon afgehandeld hadden kunnen worden.

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 dat zij de weekenddiensten uitbesteden. Dit komt vaker voor onder huisartsen met een hoge burnout-score dan onder degenen met een lage burnout-score.

### **De stedelijke praktijksituatie**

Komen de lastige patiënt-situaties nu vaker voor in stedelijke praktijken? Met name in de drie grote steden, Amsterdam, Rotterdam en Den Haag, blijken huisartsen vaker lastige patiënt-situaties te ervaren dan in minder verstedelijkte gebieden. Een sprekend voorbeeld hiervan is het aantal huisartsen dat aangeeft in het afgelopen jaar met fysieke bedreiging geconfronteerd te zijn. 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 ondanks dat hiervoor geen noodzaak aanwezig is, komen relatief vaker voor in grote steden. Hetzelfde geldt, naar de mening van de onder-vraagde 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 afgedaan had kunnen worden.

Dat de praktijkpopulatie van huisartsen in de grote steden verschilt van die in minder verstedelijkte gebieden, is al langer bekend uit onderzoek: de bevolkingsamenstelling 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 een toegevoegd, die, zoals blijkt uit de cijfers, bij een groot aantal individuele huisartsen al bekend was, maar die nu door onderzoek gedocumenteerd is.

### **Omgaan met stress**

De manier, waarop huisartsen situaties die spanning opleveren in zijn algemeenheid 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 stervensbegeleiding; verloskunde en gynaecologie; begeleiding van patiënten in verschillende levensfasen, met name ouderen; bewegingsapparaat, orthopedie en sportgeneeskunde. Huisartsen die de mogelijkheid hebben om deze interesses in praktijk te brengen, zijn beter bestand tegen de minder aangename kanten van het werk.

### **Gevolgen van burnout**

Wat voor gevolgen kan burnout hebben? Uit ons onderzoek blijkt dat huisartsen, die meer het gevoel hebben opgebrand te zijn, hun gezondheid negatiever ervaren; ze hebben meer lichamelijke klachten. Dit heeft overigens niet tot gevolg dat ze ook vaker ziek thuis blijven.

Van de meer opgebrande huisartsen denkt een groter deel aan het neerleggen van de praktijk; zij kijken meer naar vacatures, maar ze solliciteren niet vaker dan minder opgebrande huisartsen. Eenzelfde beeld ontstaat bij de wens er eerder mee op te houden. Er is gevraagd 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 getroffen te hebben om eerder de praktijk te kunnen neerleggen.

Nederlandse huisartsen blijken voor het overgrote deel voorstanders te zijn van een VUT-regeling; gemiddeld zou men deze willen laten ingaan op negenenvijftigjarige leeftijd. Op dit moment heeft de helft van de huisartsen zelf een financiële regeling getroffen om er eerder mee op te kunnen houden; gemiddeld is deze groep van plan op zestigjarige leeftijd de praktijk neer te leggen.

### **Aanknopingspunten voor beleid**

De beroepsorganisatie ziet zich voor de vraag gesteld welke aanknopingspunten er te vinden zijn in het onderzoek om beleid te voeren, gericht op het voorkómen en terugdringen van gevoelens van opgebrand zijn.

Vooropgesteld moet worden dat de aanknopingspunten voor beleid, te voeren door de beroepsorganisatie, beperkt zijn. Immers, het vóórkomen van het gevoel opgebrand te zijn hangt niet zo zeer samen met de feitelijke hoeveelheid werk of overbelasting van huisartsen, als wel met hoe zij hun werkbelasting ervaren. Het eerste is beïnvloedbaar door beleid, het tweede

veel minder. Verder blijken vooral 'lastige patiënt-situaties' 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 beïnvloedingsmogelijkheden beperkt.

Zowel uit de antwoorden op de vragenlijst, als uit de gesprekken die in het kader van het onderzoek gevoerd zijn, komt naar voren dat de 'diensten' een belangrijke rol spelen.

Voor wat betreft de organisatie van de diensten zou een positief effect verwacht kunnen worden van een opsplitsing van de diensten. Voor de diensten door de weeks 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. Hierbij kan aangesloten worden bij het LHV-beleid om waarneemgroepen om te vormen tot huisartsengroepen. Voor het weekend zou een grotere groep samengesteld kunnen worden, 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 hulpvraag gesteld wordt. Een gedeeltelijke oplossing zou kunnen zijn om één spreekuur per week van de dag naar de avond te verschuiven. Voor zover 'oneigenlijke' hulpvragen voortkomen uit (gepercipieerde) problemen van patiënten om de huisarts tijdens 'kantooruren' te raadplegen, 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 geaccepteerd moet worden, waarbij nagedacht moet worden over de wijze hoe huisartsen dan betrokken kunnen worden bij het werk van de Eerste Hulp-post of Afdeling Spoedeisende Hulp. Op zich zal dat niet voorkómen 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 om speciale interesses te ontwikkelen en in de praktijk te brengen een buffer kan vormen tegen het optreden van een gevoel opgebrand te zijn. Eenzelfde rol speelt ondersteuning door collegae. 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 huisartsengroep een rol kunnen spelen in de organisatie van een meer flexibele uittreding 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 collegae. Daar waar nu in individuele gevallen diensten uitbesteed worden, zou in de huisartsengroep naar duurzame oplossingen op groepsniveau gezocht kunnen worden.

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 om ervaringen te delen en er over te spreken kan, los van alle structuren, als positief beleefd worden. Men kan overwegen om 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 huisartsenopleiding 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-patiënt contacten verschillen huisartsen met een hoge en met een lage burnout-score niet. Het zijn de negatieve aspecten, die ook verbonden kunnen zijn met de contacten en relaties met patiënten, waarop beide groepen verschillen.

Beleid 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 huisartsenopleiding of voor nascholing van huisartsen zou een cursusaanbod op dit gebied ontwikkeld kunnen worden. Hierbij lijkt het vooral belangrijk dat de huisarts grenzen leert te stellen - en te handhaven - in zijn of haar relatie met de patiënt.

In de tweede plaats verdient het voorstel, dat onlangs door Schretlen (1992) in Medisch Contact gedaan is, 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 doorgeschoven wordt 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 gezocht worden. In de eerste plaats kan gedacht worden aan een publieksgerichte campagne via de media of 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 ingeblazen kunnen worden, dat van een patiënten-advies-telefoon, een 06-nummer bemand door medici die eenvoudige adviesvragen afhandelen en waar nodig de patiënt adviseren hun huisarts te raadplegen.

## **2. ACHTERGRONDEN EN DOELSTELLING VAN HET ONDERZOEK**

Dit hoofdstuk telt zes paragrafen. Na de inleiding in paragraaf 2.1 wordt in de paragrafen 2.2 en 2.3 een overzicht gepubliceerd van de bestaande literatuur. Het betreft zowel algemene literatuur met betrekking tot burnout (2.2) als publikaties die specifiek betrekking hebben op huisartsen (2.3). De doelstellingen van het onderzoek naar burnout bij huisartsen in Nederland komt aan de orde in paragraaf 2.4, waarna in paragraaf 2.5 een conceptueel schema wordt uitgewerkt dat als raamwerk heeft gediend voor de verdere onderzoeksopzet. Paragraaf 2.6 bevat de uiteindelijke onderzoeksvragen en wordt afgerond met een korte weergave van de opbouw van het rapport.

### **2.1 Inleiding**

Reeds enige tijd bereiken de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) via de ledenvergaderingen signalen over gevoelens van demotivatie bij huisartsen. Deze signalen waren voor het Centraal Bestuur van deze beroepsvereniging aanleiding om zich tijdens een werkweekend in maart 1990 te buigen over de vraag in welke mate een huisarts, die een tijd in de praktijk zit, gemotiveerd blijft om zijn of haar vak uit te oefenen. Deze vraag bleek moeilijk te beantwoorden, omdat recente, op het onderwerp toegesneden onderzoeksresultaten, niet voorhanden waren. Een belangrijke conclusie van de vergadering was dan ook te streven naar onderzoek, gericht op de tevredenheid en motivatiegevoelens bij huisartsen in Nederland. Een dergelijk onderzoek zou, naast beschrijvend van aard, vooral bedoeld moeten zijn ter ondersteuning van beleid, met name op de lange termijn. Belangrijke aspecten die naar de mening van de deelnemers aan de conferentie niet zouden mogen ontbreken, zijn: 'onlust'-signalen die leven binnen de beroepsgroep (gevoelens van onmacht in de omgang met patiënten, terechte en onterechte hulpvragen), de problematiek rond waarneming en weekenddiensten, de vraag in hoeverre gevoelens van motivatie en demotivatie specifiek zijn voor huisartsen en als dit al het geval is, door welke aspecten, verbonden aan het beroep, deze mogelijk zouden kunnen worden veroorzaakt.

Informatie uit de NIVEL-registratie van beroepsbeoefenaren in de eerstelijnsgezondheidszorg leert ons dat het aantal huisartsen dat jaarlijks de praktijk neerlegt sinds 1980 tussen de 130 en 180 per jaar bedraagt. Alleen in 1990 is de uitstroom uit de beroepsgroep met 245 huisartsen aanzienlijk hoger. Voor sommigen betekent het neerleggen van de praktijk de afsluiting van een periode van enkele tientallen jaren, waarin het beroep van huisarts werd uitgeoefend. Men gaat met pensioen. Voor anderen zal gelden dat zij na korte of langere tijd als huisarts werkzaam te zijn geweest overstappen naar

ander werk. Bij circa 80% van de huisartsen die stoppen met hun vak is er sprake van natuurlijk verloop; ziekte, overlijden, vertrek naar het buitenland en het eenvoudigweg stoppen met de beroepsuitoefening zijn de belangrijkste redenen. De resterende 20% van de huisartsen die stoppen, doen dit omdat zij een andere baan hebben gevonden. Van deze groep huisartsen gaat circa 30% werken als sociaal geneeskundige, verzekeringsgeneeskundige of bedrijfsarts, kiest 20% voor een baan in de beleids- of onderwijssector, besluit 20% tot een carrière in het alternatieve circuit en besluit circa 10% te werken als arts verbonden aan een consultatiebureau of als waarneemarts. De resterende 20% van deze huisartsen behoren tot de categorie 'overig'. Niemand van de groep huisartsen die in 1990 is gestopt met hun vak heeft alsnog gekozen voor een opleiding als medisch specialist. Van de 245 huisartsen die in 1990 de praktijk hebben neergelegd is circa 25% jonger dan 55 jaar.

Tegenover de jaarlijkse uitstroom van in 1990 in totaal 245 huisartsen staat een instroom die van jaar tot jaar sterk fluctueert. In 1985, vlak voor het van kracht worden van het wettelijk vestigingsbeleid, liep het aantal vestigingen op tot 387. In de volgende jaren volgde een terugval naar 216 in 1989. In 1990 is er, met een aantal van 333 nieuw gevestigde huisartsen, opnieuw sprake van een sterke toename. Het totaal aantal zelfstandig gevestigde huisartsen op 1 januari 1991 komt uit op 6471 (Pool, 1992).

Over de redenen, die bij huisartsen ten grondslag liggen aan het besluit te stoppen met het uitoefenen van het vak, zijn weinig recente gegevens bekend. Eind jaren zeventig is door Groenewegen (1978) een onderzoek gedaan naar de redenen van huisartsen om de praktijk neer te leggen. Belangrijke redenen waren de werkbelasting, verminderd plezier in het huisartsenwerk, de aantrekkelijkheid van de nieuwe functie (met name de pensioenvoorziening), en de eigen gezondheid. Daarnaast zal voor een deel van hen, en dan vooral voor huisartsen die nog niet toe zijn aan hun pensioen en toch besluiten het beroep van huisarts vaarwel te zeggen, verlies van idealisme en betrokkenheid een rol spelen. Om hoeveel huisartsen het hierbij gaat is onbekend. Ook is niet bekend of huisartsen die om deze reden stoppen het topje van de ijsberg vormen van wellicht veel vaker voorkomende gevoelens van onvrede bij de uitoefening van het vak.

Behalve voor de huisartsen zelf is de manier waarop huisartsen in hun vak bezig zijn van belang voor degenen die hulp ontvangen, in casu de patiënt. De patiënt heeft belang bij een gemotiveerd werkende huisarts die in staat is optimale medische zorg te verlenen (Mawardi, 1979; Grol et al, 1985). Voor een goede gezondheidszorg in meer algemene zin is het derhalve belangrijk te weten hoe gemotiveerd huisartsen hun werk doen.

Om de problematiek rond gevoelens van motivatie en demotivatie in een breder kader te plaatsen is aansluiting gezocht bij onderzoek rondom het burnout syndroom. Het begrip 'burnout' - een term die niet goed is te vertalen, maar 'opgebrand' komt nog het meest in de richting - werd door

Freudenberger in 1974 geïntroduceerd. Werkend in een alternatief psychosociaal hulpverleningscentrum in de Verenigde Staten, viel het hem op dat de aanvankelijk zeer idealistische, sterk gemotiveerde en hardwerkende hulpverleners na enige tijd een breed scala van klachten kregen zonder dat een duidelijke oorzaak kon worden aangewezen. Lichamelijke klachten, zoals slaapstoornissen, seksuele problemen, vermoeidheid, maag-darm stoornissen, pijn in de rug, hoofdpijn en vage hartklachten, maar ook problemen die meer op het geestelijke of gedragsmatige vlak lagen. Het leek alsof men zich sneller ergerde, er werd meer gevit op collega's en cliënten, gevoelens van frustratie staken de kop op. Andere aspecten waren een afnemend zelfvertrouwen, gevoelens van depressiviteit en concentratieverlies. Al deze klachten werden door Freudenberger gevangen onder één begrip, burnout. Als aanneemelijk kan worden gemaakt dat burnout ook onder huisartsen een probleem vormt en inzicht kan worden verkregen in de specifieke, beroepsgebonden aspecten die verband houden met het gevoel van opgebrand zijn of wellicht als oorzaak hiervoor kunnen worden aangewezen, is dat ook van belang voor een goede kwaliteit van de zorg.

## **2.2 Burnout; een plaatsbepaling**

Burnout wordt door Schaufeli (1990) omschreven als een dynamische proces. Een proces waarbij er voortdurend meer energie verlangd wordt dan er wordt aangemaakt en waarbij de energievoorraad steeds verder uitgeput raakt. Hierbij ligt de vergelijking met een accu, die niet goed functioneert en steeds verder leegloopt, voor de hand.

Zoals in de inleidende paragraaf aangegeven, is burnout als begrip geïntroduceerd door Freudenberger (1974) als metaforische beschrijving van een aan het werk gerelateerde fysieke en mentale uitputtingstoestand. Na introductie werd burnout als begrip al snel in brede kring overgenomen, zonder dat een scherpe definitie of omschrijving voorhanden was. Naast publikaties van populair wetenschappelijke aard verschenen in eerste instantie voornamelijk klinische beschrijvingen, waarbij werd volstaan met het opsommen van een aantal symptomen.

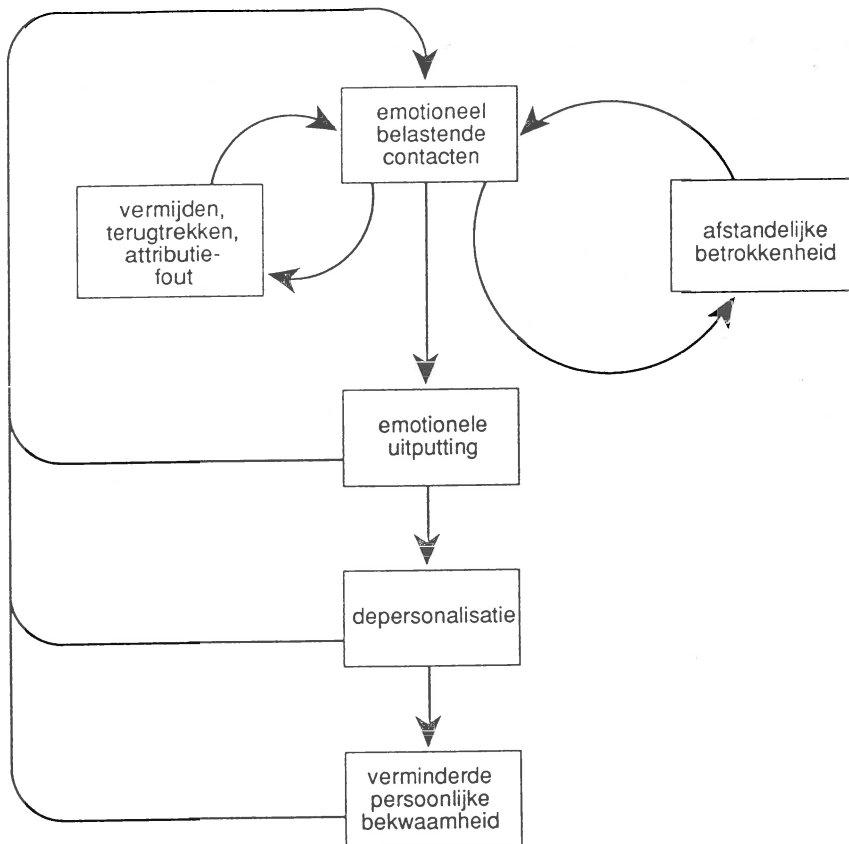
In deze situatie komt verandering als in het begin van de jaren tachtig in de Verenigde Staten door een aantal sociaal psychologen twee wetenschappelijke vragenlijsten worden ontwikkeld die beiden pretenderen een meetinstrument te zijn voor burnout. Pines, Aronson en Kafry (1981) richten zich daarbij exclusief op uitputting als belangrijkste kenmerk van burnout. Maslach en Jackson (1986) voegen hier in hun Maslach Burnout Inventory (MBI) twee dimensies aan toe, te weten depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid. De MBI blijkt het beste aan te slaan in de wetenschappelijke wereld. De operationele definitie die Maslach van burnout geeft, wordt via een omweg tot de definitie van burnout, zoals algemeen aanvaard in de

wetenschappelijke onderzoekstraditie. De vragenlijst blijkt een goed instrument voor het voor onderzoeksdoeleinden meten van burnout (Schaufeli en Van Dierendonck, in press).

Uitgangspunt voor het onderzoek van Maslach, dat uiteindelijk zou resulteren in de MBI, was een beeld krijgen van de stress die hulpverleners ervaren in hun omgang met cliënten. Hoe gaan zij met deze stress om? Welke technieken worden gebruikt om een zekere afstand te creëren ten opzichte van de cliënt? En wat is het effect van deze technieken (Maslach en Jackson, 1981; 1982). De veronderstelling is dat burnout vooral voorkomt bij mensen in beroepen waarbij er veel beroepsmatige contacten zijn met andere mensen. Dat kunnen hulpverleners zijn, maar ook bijvoorbeeld onderwijzers of politieagenten. De hulpverlener - we blijven gemakshalve maar van deze beroepsgroep uitgaan - moet proberen een balans te vinden tussen de eisen van het werk en de eigen grenzen. Werk met mensen is vaak emotioneel belastend. De gemotiveerde hulpverlener komt erachter dat er in de relatie met een cliënt vaak meer wordt geïnvesteerd dan terug wordt ontvangen. De meest natuurlijke manier om met deze belasting om te gaan en dit langere tijd vol te houden is het ontwikkelen van een houding van afstandelijke betrokkenheid. Een balans tussen enerzijds betrokkenheid bij een cliënt en anderzijds het afstand kunnen nemen van diezelfde cliënt en diens problemen. De cliënt wordt op een goede manier geholpen zonder dat de hulpverlener opgebrand raakt. Echter, dit proces kan op een aantal manieren mis gaan. Zo kan op een 'verkeerde' manier afstand worden geschapen door defensieve terugtrekings- en vermijdingsreacties. Het gebruik van vakjargon naar de cliënt toe of het verschuilen achter bureaucratische regels zijn hiervan voorbeelden. Ook kan het zijn dat het feit, dat men contacten als emotioneel belastend ervaart, wordt toegeschreven aan persoonlijke factoren. Men gaat twijfelen aan zichzelf. De 'mea culpa' reactie van 'Er is iets mis met mij, ik ben te gevoelig of niet bekwaam genoeg voor dit werk'. Genoemde reacties leiden tot meer emotionele belasting en kunnen resulteren in emotionele uitputting. Deze emotionele uitputting kan vervolgens in deze visie er toe leiden dat een harde, cynische houding wordt ingenomen ten opzichte van de cliënten met wie de hulpverlener werkt. De betrokkenheid gaat verloren. Maslach noemt dit depersonalisatie, waarbij het begrip op deze wijze gebruikt dus een andere betekenis heeft dan in de psychiatrie, waarbij het betrekking heeft op een extreme vervreemding van de eigen persoon. Met depersonalisatie wil Maslach uitdrukken dat cliënten meer als onpersoonlijke objecten worden gezien. Er is alleen aandacht voor de klacht, er wordt geen rekening gehouden met de persoon achter de klacht. Door deze meer cynische houding vermindert de effectiviteit van het werk en gaat men 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 opgebrand te raken. Dit proces is weergegeven in figuur 2.1.



Figuur 2.1 Burnout en emotionele overbelasting volgens Maslach  
(Naar: Schaufeli, 1990)



Met emotionele uitputting, depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid zijn de drie aspecten van burnout genoemd die ook in het meetinstrument voor burnout, de MBI, zijn geoperationaliseerd.

### 2.3 Burnout onder huisartsen

In de visie van Maslach is burnout een verschijnsel dat vooral voor kan komen in beroepssectoren waarbij gewerkt wordt met cliënten. De relatie hulpverlener-cliënt heeft een aantal specifieke valkuilen, die er uiteindelijk toe kunnen leiden dat een gevoel van opgebrand zijn ontstaat. Dat geldt voor hulpverleners in algemene zin en in het bijzonder voor een beroepsgroep als huisartsen.

Tot het begin van de jaren zestig was het beroep van huisarts gebaseerd op een combinatie van kennis en gezag. Zijn, en soms ook haar, autoriteit stond voor de patiënt vast op grond van genoten opleiding, verantwoordelijkheden en de status in de samenleving. Een kritische benadering door de patiënt stond welhaast gelijk met een motie van wantrouwen ten opzichte van de huisarts (Kenter, 1987). De patiënt begreep dit en handelde dienovereenkomstig. Vanaf het midden van de zestiger jaren komt hierin verandering. Het maatschappelijk aanzien van de huisarts daalt in vergelijking met andere hoog in aanzien staande beroepen. Terwijl de huisarts rond 1950 nog de tweede plaats inneemt op de beroepsprestigeladder, blijkt dezelfde huisarts in 1983 uit te komen op plaats zeven (Sixma, 1991).

Hoewel het moeilijk is oorzaak en gevolg aan te geven, gaat deze relatieve daling van het aanzien van de huisarts samen met veranderingen in de arts-patiënt relatie. Van een relatie gebaseerd op autoriteit en gezag wordt het een relatie die meer is gebaseerd op samenwerking en gelijkwaardigheid. De volgzame patiënt maakt plaats voor de patiënt als consument. Een consument die door de vele rubrieken in de media en grote hoeveelheid informatie voor zelfstudie, een eigen mening heeft gevormd en niet bang is om deze mening te laten horen. Daarbij komt dat door de voortschrijdende technologie bij de patiënt verwachtingen worden gewekt en dat de huisarts vaak als eerste met deze verwachtingen wordt geconfronteerd.

Een wat meer kritische houding van de patiënt is op zich geen slechte zaak, hoewel de ene huisarts daar waarschijnlijk beter mee overweg zal kunnen dan de andere huisarts. Het merendeel van de huisartsen zal het niet erg vinden enig weerwerk te krijgen van een meer mondige 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. 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 regelmatig voorkomend verschijnsel is. Ruim de helft van een groep Britse artsen gaf aan dat zij persoonlijk hadden meegemaakt dat een patiënt hen agressief tegemoet was getreden en dat deze gebeurtenis diepe indruk had gemaakt (Myerson, 1991). In hetzelfde onderzoek geeft bijna 90% van de huisartsen aan dat men de indruk heeft dat het geweld tegenover de huisarts toeneemt. Of er in Nederland sprake is van een vergelijkbare tendens is

onbekend. Hoewel er, gelet op de manier van gegevensverzameling en de geringe respons, vraagtekens kunnen worden gezet bij de representativiteit van het onderzoek, blijkt uit een onlangs door het Nieuwsblad Gezondheidszorg (1991) gehouden enquête onder Nederlandse huisartsen dat 60% van de respondenten met de één of andere vorm van agressie te maken te hebben gehad. Eén 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 de tuchtraad. Kortom, de patiënt verwacht dat men steeds voor hem of haar klaarstaat. Niet alleen overdag, maar ook 's avonds. Dit zorgt voor een grote werkbelasting. Niet alleen voor de huisarts zelf doch ook voor zijn of haar gezin.

Het mondiger worden van de patiënt, dat kan door slaan naar eisend gedrag en agressie, is slechts één van de mogelijke verklaringen dat juist huisartsen extra risico lopen opgebrand te raken. Andere mogelijke aanzetten voor een verklaringen voor burnout bij deze beroepsgroep vinden we bij Halenar (1981) als verslag wordt gedaan van een paneldiscussie. (Te) hoog opgeschroefde idealen en verwachtingen binnen de persoon zelf en vanuit de maatschappij naar de arts toe, mogelijke gevolgen van de verschillende rollen die de huisarts speelt in beroep en privéleven, en het feit dat burnoutsignalen door de huisarts bewust of onbewust niet worden (h)erkend. De in deze discussie genoemde oplossingen om te ontsnappen aan burnout variëren van verandering van beroep tot reorganisatie van de praktijk.

De constante druk kan de arts emotioneel uitputten, hij of zij loopt het gevaar op te branden. Illustratief hiervoor zijn de bevindingen van Duistermaat (1989). Hij rapporteert in zijn proefschrift dat van de 152 door hem ondervraagde huisartsen er 26% veel onmacht ervaren. 61% geeft aan gauw emotioneel geroerd te zijn en 49% heeft vaak het gevoel leeg te zijn.

Onder de beroepsgroep van huisartsen is tot nu toe weinig onderzoek verricht dat zich specifiek bezighoudt met burnout. 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 helemaal schaars. Onderzoek naar burnout bij de Nederlandse huisarts ontbreekt tot op dit moment volledig.

In het buitenland is het meest uitgebreide onderzoek dat van Lemkau, Purdy, Rafferty en Rudisill (1988). Zij onderzochten 67 huisartsen in opleiding (family practice residents) in Ohio. Zij gebruikten ter vergelijking onder andere een vragenlijst ontwikkeld in de psychiatrie. Burnout bleek bij deze groep artsen geen significante samenhang te vertonen met allerlei variabelen rondom de persoon, zoals leeftijd, geslacht en 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 deperso-

nalisisatie dan zij wier partner full-time werkte. Meer verbanden werden gevonden met persoonskenmerken. Emotionele uitputting bleek significant samen te hangen met hogere scores op angstigheid, somatisering, alcohol-misbruik en de tendens naar psychotisch denken. Ook bij een aantal persoonlijkheidstypen - schizoïde, angstige, anti-sociale, afhankelijke, passief-agressieve en 'borderline' personen - was er een significante samenhang met burnout. Voor genoemde significante verbanden geldt een correlatiecoëfficiënt die ligt tussen de .29 en .46. De algemene lijn was dat burnout significant samenhang met het meer uit balans zijn van de persoonlijkheid. Extroverte en intuïtieve typen kenden een groter gevoel van persoonlijke bekwaamheid. Verder waren gevoelstypen minder gedepersonaliseerd. Als algemeen patroon zien de auteurs burnout als een reactie op de eisen van het medische vak die aan de persoonlijkheid van de huisarts worden gesteld. In een eerder artikel over hetzelfde onderzoek (Rafferty et al, 1986) bleek burnout samen te hangen met (een gebrek aan) arbeidstevredenheid. 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 (1988) gaan expliciet in op persoonlijkheidsstijlen. Bij 440 artsen (waarvan 20% huisarts, family practitioner), afgestudeerd aan het Medical College of Georgia, werd gekeken naar samenhang van burnout met persoonlijkheidsscores die 25 jaar eerder tijdens de studententijd waren gemeten. Hun bevindingen wijzen in de richting van een zwak verband tussen burnout en een lage zelf-waardering, weinig zelf-vertrouwen en zich veel zorgen maken, sociale angst, passiviteit en 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. Correlatiecoëfficiënten tussen genoemde variabelen en burnout liggen rond de .15. Geen samenhang werd gevonden met medische specialisme, praktijkvorm, aantal werkuren en de hoeveelheid tijd besteed aan directe arts-patiënt contacten.

Winefield en Anstey (1991) deden onderzoek bij 966 huisartsen (general practitioners) in Australië. 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 blijkt dat huisartsen (primary care physicians) in Californië en Hawaï minder opgebrand zijn dan de staf van een psychiatrisch ziekenhuis (Snibbe et al, 1989).

Wat betekenen deze resultaten op basis van buitenlands onderzoek nu voor de Nederlandse huisarts? In de eerste plaats is het belangrijk te beseffen dat de gevonden burnout-scores bij beroepsgroepen in het buitenland geen norm kunnen zijn voor Nederlandse onderzoeksresultaten. Schaufeli en Peeters (1990) laten zien dat in vergelijking met Amerikaans onderzoek, het niveau

van burnout (afgemeten aan de score op de MBI) bij Nederlandse respondenten verschilt van respondenten in de Verenigde Staten. Voor emotionele uitputting en depersonalisatie zal in Nederland een onderschatting optreden; voor verminderde persoonlijke bekwaamheid een overschatting. Wellicht dat, naast het feit dat wordt gewerkt met een vertaling van de oorspronkelijke schalen, cultuurverschillen hierbij een rol spelen.

Daarnaast moet er bij de interpretatie van bovengenoemde verbanden rekening mee worden gehouden dat de Nederlandse huisarts in een andere werksetting zit dan de buitenlandse. Zo heeft de 'family physician' in de Verenigde Staten geen vast patiëntenbestand met daaraan gekoppeld een vaststaande vergoeding van het ziekenfonds. Juist de specifieke kenmerken van het Nederlandse systeem in al zijn schakeringen maakt resultaten uit andere landen moeilijk generaliseerbaar naar Nederland, en geeft het belang aan van een onderzoek naar burnout bij Nederlandse huisartsen.

In de onderzoeken tot nu toe is weinig aandacht besteed aan de rol van kenmerken van de werksituatie en de relatie met de patiënt. Het weinige buitenlandse onderzoek onder 'huisartsen' richt zich voornamelijk op persoonlijkheidsfactoren, en het is dan ook niet verbazingwekkend dat de belangrijkste gevonden verbanden op dit vlak liggen. Wel is er een duidelijk verband met arbeidsontevredenheid en werkstress. Mazie (1985) vond dat bij huisartsen (family practitioner) in opleiding in New Jersey, Pennsylvania en Ohio de aanwezigheid van psychische problemen samenhang met meer werkstress en/of minder sociale ondersteuning. In een ander onderzoek in de Verenigde Staten bleek werkstress samen te hangen met het optreden van depressieve gevoelens en met gevoelens van ontevredenheid, frustratie, verminderde produktiviteit en het werk minder belangrijk vinden (Revicki & May, 1985; May & Revicki, 1985). Bij onderzoek naar burnout onder Nederlandse huisartsen lijkt het daarom verstandig om kenmerken van de werksituatie, zowel feitelijk als ervaren, bij het onderzoek te betrekken. Omstandigheden zijn bovendien makkelijker te veranderen dan aspecten van de persoonlijkheid.

## **2.4 Doelstelling van het onderzoek**

Landelijke cijfers over gevoelens van motivatie of juist demotivatie bij huisartsen in Nederland ontbreken. Aanwijzingen voor de aanwezigheid van met name gevoelens van demotivatie zijn er wel, aanwijzingen die in toenemende mate de beroepsgroep bereiken. De eerste doelstelling van het onderzoek is gericht op de verheldering van de vraag welke aspecten van het huisartsenvak door de Nederlandse huisartsen worden gezien als motiverend of juist als demotiverend. Door de problematiek rond motivatie en demotivatie van huisartsen in het kader van burnout te plaatsen, kan worden aangesloten bij de internationale literatuur op dit terrein. Onderzoek naar burnout bij

huisartsen en de aspecten die daarmee samenhangen biedt, naast informatie die belangrijk is voor de beroepsgroep zelf, mogelijkheden de bestaande (wetenschappelijke) kennis op dit terrein uit te breiden. Door gelijktijdig te kijken naar zowel persoonlijkheidskenmerken als situationele aspecten die specifiek zijn voor de huisarts, kan een beter inzicht worden verkregen in die factoren die mogelijk van belang zijn bij het ontstaan van burnout.

- 1 Het verkrijgen van inzicht in de mate waarin er bij huisartsen in Nederland sprake is van burnout, waarbij huisartsen waar mogelijk dienen te worden vergeleken met andere beroepsgroepen.
- 2 Het verkrijgen van inzicht in de mate waarin burnout bij Nederlandse huisartsen samenhangt met beroepsgebonden variabelen en persoonsgebonden variabelen en in de aspecten die het huisartsenvak voor de betreffende huisarts motiverend of juist demotiverend maken.

Doelstelling één is vooral beschrijvend van aard. Doelstelling twee moet via een exploratieve aanpak de aanzet vormen voor een analyse van verschillen tussen huisartsen in burnout.

Inzicht in de factoren die samenhangen met gevoelens van burnout, van motivatie en demotivatie zijn met name voor beleidsmakers binnen de beroepsgroep interessant. Kennis van de samenhangen met dergelijke gevoelens maakt het mogelijk een gericht beleid te voeren, waarmee burnout of demotivatie wordt voorkomen en huisartsen gemotiveerd kunnen worden gehouden. In doelstelling drie staan deze beleidsaanbevelingen centraal.

- 3 Het 'vertalen' van de resultaten van het onderzoek naar de samenhangen van demotivatie en burnout bij huisartsen naar beleidsgerichte aanbevelingen om het niveau van burnout en demotivatie omlaag te brengen.

Aan de hand van deze drie doelstellingen worden in 2.6 een aantal concrete onderzoeksvragen geformuleerd.

## **2.5 Conceptueel schema voor onderzoek**

In deze paragraaf wordt eerst aandacht geschonken aan de resultaten verkregen op de basis van onderzoek naar burnout (paragraaf 2.5.1). Omdat uitgewerkte theorieën over het ontstaan van burnout tot nu toe ontbreken, is aansluiting gezocht bij de theorievorming rondom een nauw aan burnout gerelateerde thema: stress. In paragraaf 2.5.2 wordt eerst een algemeen model voor stress gepresenteerd, vervolgens worden in dezelfde paragraaf de in het stressmodel gehanteerde begrippen uitgewerkt voor een onderzoek bij huisartsen. Ter afsluiting wordt in paragraaf 2.5.3 het conceptueel schema

gegeven dat ten grondslag heeft gelegen aan ons onderzoek naar burnout bij huisartsen in Nederland.

### **2.5.1 Resultaten van onderzoek naar burnout**

Longitudinaal onderzoek over de wijze waarop persoonlijkheid en factoren in de werksituatie uiteindelijk tot burnout leiden, is slechts sporadisch verricht. De meeste in deze paragraaf genoemde verbanden zijn gevonden in correlatieve onderzoek. Dergelijk onderzoek kan aantonen dat een relatie aanwezig is, maar geeft in principe geen uitsluitel over de richting van het verband. Schaufeli (1990) besluit zijn boek, waarin hij een groot aantal resultaten van onderzoek naar burnout heeft samengebracht, met een raamwerk waarbij alles met alles lijkt samen te hangen. Een aantal variabelen die duidelijk verband laten zien met burnout zullen we hieronder kort bespreken.

Leeftijd en werkervaring hangen samen met burnout. Burnout lijkt vooral voor te komen op relatief jonge leeftijd, beneden de 30 à 40 jaar, en bij mensen met weinig werkervaring. Bij interpretatie van het verband met werkervaring is enige terughoudendheid geboden, omdat de kans groot is dat diegenen die werkelijk opgebrand zijn het beroep voortijdig zullen verlaten. Burnout gaat daarnaast samen met het hebben van een hogere opleiding en met het vrijgezel zijn.

In de werksituatie is burnout gerelateerd aan drie aspecten. Dit zijn de objectieve werkdruk (bijvoorbeeld: het aantal werkuren), de subjectieve werkdruk (bijvoorbeeld: de werkstress die men ervaart) en rolproblemen in het werk en tussen werk en privéleven (bijvoorbeeld: het feit dat men verschillende rollen in verschillende situaties speelt). Verder blijken een geringe autonomie, een geringe zelfstandigheid en het hebben van intensieve en emotioneel belastende contacten met cliënten samen te hangen met een hoog niveau van burnout.

Tevredenheid met het werk is een andere factor die samenhangt met burnout. Een grote ontevredenheid en het willen stoppen met werken gaat samen met een hoge burnout-score. Daarnaast is, ironisch genoeg, een grote persoonlijke betrokkenheid bij het werk een belangrijke factor. Juist mensen die het meest toegewijd zijn aan hun werk lijken het grootste risico te lopen om op te branden. Bij deze personen is de betrokkenheid met bijvoorbeeld een overkoepelende organisatie vaak gering. Binnen de werksituatie hangen naast tevredenheid en persoonlijke betrokkenheid met het werk op het inhoudelijke vlak ook de mate van sociale ondersteuning, en dan in het bijzonder de relatie met de chef (in hiërarchische organisaties), samen met burnout. Veel ondersteuning en een goede relatie gaan samen met weinig burnout gevoelens.

Behalve in de werksituatie zijn er ook in de persoon zelf een aantal factoren aan te duiden die blijken samen te gaan met een grote gevoeligheid voor burnout. Een geringe mate van 'hardiness', een externe beheersingsoriëntatie

('locus of control') en een passieve probleemhanteringsstijl gaan samen met hoge burnout-scores. Deze term is gebaseerd op de existentiële persoonlijkheidstheorie en is geïntroduceerd door Kobasa (Kobasa, 1982; Gentry & Kobasa, 1984). Gehardheid bevat drie componenten: gevoel van controle over externe gebeurtenissen, een diep gevoel van betrokkenheid en doelgerichtheid en flexibiliteit in de aanpassing aan onverwachte gebeurtenissen. Iemand met een externe beheersingsoriëntatie heeft het gevoel geen grip te hebben op wat hem of haar overkomt, alles hangt af van externe factoren. Voorbeelden van een passieve probleemhanteringsstijl zijn ontkennen, vermijden en piekeren.

Denkbeelden kunnen ook belastend zijn, zo zijn de verwachtingen die men had voordat men aan het beroep begon van invloed op burnout. Meier (1983) beschrijft burnout als een negatieve psychische toestand, die veroorzaakt wordt doordat individuele verwachtingen niet overeenstemmen met de dagelijkse werkervaringen. Een vergelijkbare conclusie trekken Edelwich en Brodsky (1980) als zij stellen dat burnout het resultaat is van een proces dat in gang wordt gezet als hoog gespannen verwachtingen, die men koesterde als student, in de praktijk niet uitkomen.

Op het individuele vlak manifesteert burnout zich via gezondheidsproblemen en alcohol- en medicijnmisbruik. Op organisatieniveau gaat burnout gepaard met een hoog ziekteverzuim, een toename in het personeelsverloop en geringe arbeidsprestaties.

### **2.5.2 Burnout en stress**

Een theoretisch verklaringsmodel, dat als een breder kader kan dienen om de oorzaken en gevolgen van burnout op het spoor te komen, is tot nu toe niet beschikbaar. Daarom is aansluiting gezocht bij een terrein met een langere onderzoekstraditie dat sterk verwant is aan burnout, namelijk het onderzoek dat betrekking heeft op stress. Burnout kan in dit opzicht gezien worden als de eindfase van een proces, waarbij gedurende langere tijd niet goed wordt omgegaan met de spanningen die optreden in relatie tot het beroep of de werkzaamheden die worden uitgeoefend.

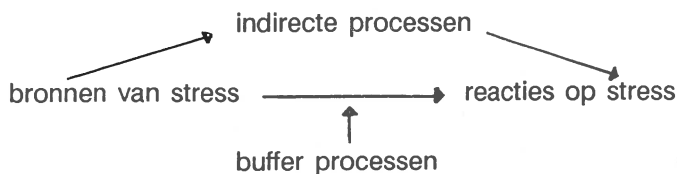
Stress is een term die door verschillende mensen op verschillende manieren wordt ingevuld (Ivancevich & Matteson, 1987; Matteson & Ivancevich, 1982). De één ziet stress als de situatie die spanning opwekt bij het individu, de ander als de psychologische en/of fysiologische reactie van het individu op een spannende gebeurtenis. Een derde visie gaat uit van een integratie van beide vorige visies, waarbij stress een gevolg is van de interactie tussen de gebeurtenissen en de reactie van het individu. Bij deze interactie spelen individuele factoren een belangrijke rol, hetzij indirect, hetzij als buffer.

Hoewel in de theorievorming rondom het begrip 'stress' verschillende modellen worden gehanteerd, hebben de meeste modellen eenzelfde basisstructuur. Vier elementen zijn in deze basisstructuur te onderscheiden. Dit zijn ten



eerste de zogenaamde **bronnen van stress**, gebeurtenissen, situaties of cognities die bij een individu een negatieve emotie kunnen oproepen. Ook het hebben van bepaalde denkbeelden, gedachtes of percepties kan dus belastend zijn. Het tweede element zijn de **reacties op stress**. Burnout, depressies, psychosomatische klachten en aantasting van de lichamelijke gezondheid kunnen worden opgevat als reacties op stress. Vaak leidt een bron van stress niet direct tot een reactie, maar spelen hierbij bepaalde processen een **indirecte** rol. Deze processen worden beïnvloed door de bronnen van stress en beïnvloeden op hun beurt het optreden van reacties op stress. Een belangrijk indirect proces is de wijze waarop mensen pogen de negatieve gevoelens zelf of de oorzaak van negatieve gevoelens te wijzigen, te herinterpreteren of te reduceren. Tenslotte zijn er **buffer processen**, die de gevolgen van stress voor het individu beïnvloeden. Er is geen direct verband met stressbronnen of stressreacties. De relatie tussen stressbron en stressreactie verloopt via interactie, zoals een chemische katalysator het effect van de ene stof op de andere wijzigt. Bufferprocessen leiden ertoe dat als mensen stress ondervinden, de gevolgen daarvan binnen de perken blijven. Veel genoemde bufferprocessen zijn persoonsgebonden. Hoe deze vier elementen met elkaar zijn verbonden geeft figuur 2.2 weer.

Figuur 2.2 Een eenvoudig model voor stress



Het model in figuur 2.2 is een globaal model, waarbij een nadere invulling moet worden gegeven aan de gehanteerde begrippen en relaties tussen deze begrippen, toegespitst op de werksituatie van huisartsen en burnout. Daarbij geven we allereerst aandacht aan de factoren die kunnen worden aange-merkt als bronnen van stress en waarbij een onderscheid kan worden gemaakt tussen meer objectieve en meer subjectieve bronnen van stress.

### Bronnen van stress

Groenewegen en Hutten (1991) brengen in een literatuurreview de belangrijkste onderzoeken over werkdruk en arbeidstevredenheid bijeen. De relatie tussen werkdruk en arbeidstevredenheid blijkt nog niet systematisch onderzocht te zijn. Wel vinden zij aanwijzingen voor een verband tussen werkdruk en tevredenheid met het beroep van huisarts. Bij werkdruk kan een onderscheid worden gemaakt tussen objectieve en subjectieve werkdruk. Objectieve

ve werkdruk wordt meestal gedefinieerd via het aantal patiënten dat een arts behandelt, de totale werktijd, de tijd die per patiënt wordt gereserveerd en bijvoorbeeld de tijd die voor niet-patiëntgebonden activiteiten wordt uitgetrokken. De subjectieve aspecten van werkdruk worden gedefinieerd via expliciete vragen naar de werkbelasting zoals die wordt ervaren en via gevalideerde schalen die beogen de werkstress te meten. De objectieve werkdruk wordt beïnvloed door praktijkenmerken en kenmerken van de praktijkpopulatie. Er zijn aanwijzingen dat in praktijken waarin meerdere artsen samenwerken de werkdruk beter te structureren is. Ook kenmerken als praktijkgrootte of het aantal ouderen in de praktijkpopulatie zullen een effect hebben op de werkdruk. Behalve praktijk- en praktijkpopulatiekenmerken, heeft ook de werkstijl van de huisarts een verband met werkdruk. Meer medisch-technisch georiënteerde artsen blijken langer te werken dan hun meer sociaal georiënteerde collega's, waarbij de laatstgenoemde categorie huisartsen wel een langere consultduur heeft. Er zijn aanwijzingen dat arbeidstevredenheid samenhangt met de outputgegevens zoals de mate waarin medicijnen worden voorgeschreven. Werkdruk lijkt van invloed op de arts-patiënt relatie (Groenewegen & Hutten, 1991).

Een bron van stress, die tegenwoordig regelmatig in kranten en op televisie wordt genoemd, is eisend of agressief gedrag van patiënten ten opzichte van de huisarts. In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk is meer uitgebreid ingegaan op deze ontwikkeling. Eisend gedrag werd daarbij opgevat als het (ongewenste en onbedoelde) resultaat van het proces waarin de arts-patiënt relatie is veranderd van afhankelijkheid naar een relatie gebaseerd op gelijkwaardigheid. Dat agressief gedrag meer en meer in onze samenleving is ingeslopen, speelt hierbij duidelijk een rol.

Ook de houding of denkbeelden van de arts kunnen bronnen van stress zijn. Binnen diezelfde arts-patiënt relatie is het niet ondenkbaar dat artsen het gevoel hebben te weinig uit de relatie met patiënten te halen. Gezien het ontbreken van extrinsieke beloningen zoals carrière of waardering vanuit de organisatie - overigens ook variabelen die van invloed kunnen zijn op de tevredenheid waarmee de werkzaamheden worden verricht - zijn intrinsieke beloningen, zoals positieve feedback van patiënten, verbeteren van de gezondheid en dankbaarheid belangrijk.

Vatten we al deze onderzoeksbevindingen samen dan kan er een onderscheid worden gemaakt tussen meer objectieve en wat meer subjectieve bronnen van stress. Onder de objectieve bronnen van stress vallen de praktijkenmerken (praktijkgrootte, praktijkvorm, 'timemanagement'), kenmerken van de praktijkpopulatie en het gedrag van patiënten. Meer subjectieve factoren zijn de werkbelasting en de ervaring van de arts-patiënt relatie.

### **Indirecte processen**

De wijze waarop mensen omgaan met stressvolle gebeurtenissen en situaties, ofwel het hanteringsgedrag ('coping'), is een belangrijke factor bij het ont-

staan van stressreacties; het is van invloed op de gevolgen die deze bronnen van stress hebben voor de lichamelijke en psychische gezondheid. Met coping bedoelen we de cognitieve, affectieve en gedragsmatige pogingen om te gaan met voor het individu onprettige, als belastend ervaren eisen (Folkman & Lazarus, 1988).

Over hoe coping te operationaliseren is bestaan verschillende opvattingen. Latack (1986) komt op basis van drie conceptuele raamwerken tot drie coping-stijlen: het komen tot een beheersing van de situatie, het vermijden van de situatie en symptoom management (Folkman, 1982; Folkman & Lazarus, 1980; Latack, 1984; Moos & Billings, 1982; Cannon, 1929). Onderzoek naar de relatie tussen deze copingstijlen en burnout is gedaan door Leiter (1990a, 1990b). Ideeën en acties gericht op beheersing van de situatie gaan samen met minder burnout. Vermijdingsgerichte copingstijlen hangen samen met meer burnout. Deze bevindingen komen overeen met die van Ceslowitz (1989). Verpleegkundigen die minder opgebrand waren, bleken actieve copingstrategieën te gebruiken.

### **Buffer processen**

Uit verschillende studies naar werkstress blijkt dat er van een verband tussen een bron van stress en een reactie op stress pas sprake is bij personen met bepaalde persoonlijkheidskenmerken. Een voorbeeld van zo'n persoonlijkheidsvariabele is 'hardiness'. Verschillende studies hebben laten zien dat 'hardiness' kan fungeren als een buffer tegen de negatieve gevolgen van stress (Buunk & De Wolff, 1988).

Dat de persoonlijkheid van belang is bij het ontstaan van burnout is ook de mening van Garden (1989). Op basis van haar analyses concludeert ze dat niet zozeer de eisen van het beroep, maar veeleer het persoonlijkheidstype van de persoon die een sociaal beroep kiest, bepalend is voor het ontstaan burnout.

Ook aan sociale ondersteuning wordt in het algemeen een belangrijke bufferwerking toegekend. Echter, een literatuurstudie, waarin de resultaten van ruim 50 onderzoeken naar deze bufferwerking met elkaar worden vergeleken, levert geen éénduidig beeld op (De Ridder, 1990). Haar algemene conclusies met betrekking tot het effect van sociale steun is dat dergelijke steun de psychische gezondheid bevordert, waarbij zowel directe als indirecte effecten optreden zonder dat echt uitspraken kunnen worden gedaan over de causaliteit. Ervaren steun kan, aldus De Ridder, het beste geconceptualiseerd worden als een bron van coping.

### **Reacties op stress**

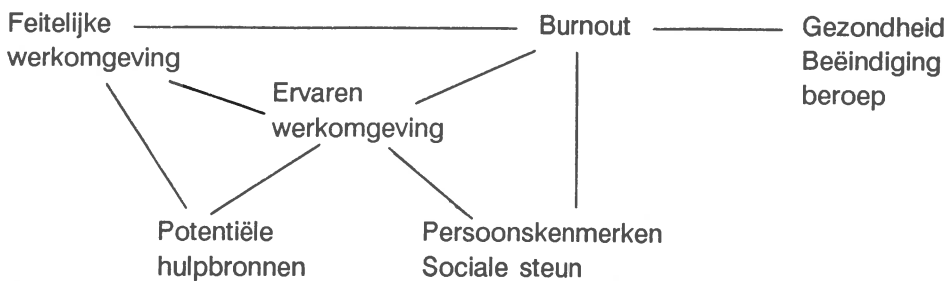
Een mogelijk gevolg van het niet goed omgaan met stress is een verslechtering van de fysieke gezondheid. Soms direct ('men wordt ziek van de spanning'), soms indirect, waarbij alcohol en tabak gezien kunnen worden als negatieve manieren van omgaan met spanningen die kunnen resulteren in

ziekten. In Groot Britannië bleek de kans dat artsen sterven aan een leverziekte drie keer zo hoog als bij een gemiddelde Brit (Murray, 1983). Een andere vorm van stressreactie is het opgebrand zijn.

### 2.5.3 Het conceptueel schema

Een veel gebruikt onderzoeksmodel bij onderzoek naar stress is het organisatiestressmodel van Michigan (zie oa. Kahn et al, 1964). In dit rapport zal een variatie hierop worden gebruikt, omdat het zich uitstekend leent voor een inzichtelijke beschrijving van de diverse factoren. Het door ons aangepaste model maakt bij indirecte en buffer processen een onderscheid tussen de beschikbare hulpbronnen en de persoonskenmerken en sociale steun. Dit onderscheid is aangebracht, omdat het met name vanuit beleidsmatig oogpunt belangrijk is inzicht te krijgen in de effecten van potentiële, objectieve hulpbronnen.

Figuur 2.3 Conceptueel schema



In figuur 2.3 staat het in het onderzoek gebruikte raamwerk. De werkomgeving heeft invloed op de wijze waarop deze wordt ervaren. Deze ervaring kan tot burnout leiden. Burnout leidt in dit model weer tot een slechtere gezondheid, ziekteverzuim en het beëindigen van het beroep van huisarts.

De relaties tussen werkomgeving, ervaren werkomgeving en burnout kunnen worden beïnvloed door buffer en/of indirecte effecten. Ook hier maken we een onderscheid, en wel tussen beschikbare hulpbronnen en persoonskenmerken. We gaan ervan uit dat de beschikbare hulpbronnen een rol spelen bij relatie van de feitelijke met de ervaren werkomgeving. Zo kan het ter beschikking hebben van een hulpbron als bijvoorbeeld assistentie ervoor zorgen dat huisartsen, ondanks dat zij een grote praktijk hebben, dit niet als belastend ervaren. De relatie van de ervaren werkomgeving met burnout wordt beïnvloed door verschillend persoonskenmerken, zoals copingstijl. Bij sociale steun maken we een onderscheid tussen de mogelijkheid om contacten met anderen te hebben, bijvoorbeeld door bijeenkomsten van de waar-

neemgroep, en het al dan niet samen met andere artsen een praktijk voeren aan de ene kant en de ervaren sociale steun aan de andere kant. De mogelijkheid om contacten te hebben wordt als een potentiële hulpbron gezien; het ervaren van sociale steun wordt eerder gezien als een buffer om de ervaren werkomgeving op te vangen.

Hoewel het waarschijnlijk zo is dat bij gezondheid en verloop persoonskenmerken een rol spelen, zal daar in dit onderzoek niet op in worden gegaan.

Verdere invulling van de zes groepen staat in paragraaf 3.2 bij de beschrijving van de vragenlijst.

Uit de doelstellingen van paragraaf 2.4 en bovenstaand conceptueel schema is een aantal onderzoeksvragen afgeleid. Aan de hand van deze vragen wordt in de rest van dit rapport geprobeerd inzicht te krijgen in de werkbeleving van huisartsen in het algemeen en burnout in het bijzonder.

## **2.6 Onderzoeksofzet en onderzoeksvragen**

Naar aanleiding van de in paragraaf 2.4 geformuleerde doelstellingen is gekozen voor in eerste instantie een beschrijvende aanpak. De eerste vraag die in hoofdstuk vier zal worden beantwoord betreft het niveau van burnout. Huisartsen zullen hierbij worden vergeleken met andere beroepsgroepen in Nederland, voor zover daarover informatie beschikbaar is. Dat blijkt het geval te zijn bij twee beroepen, namelijk verpleegkundigen en intensive care artsen. De eerste onderzoeksvraag luidt dan als volgt:

- 1 Hoe hoog is het niveau van burnout onder huisartsen in Nederland, vergeleken met de beroepsgroepen van verpleegkundigen en intensive care artsen?

De tweede onderzoeksvraag die in hoofdstuk vier zal worden beantwoord betreft de verschillen tussen groepen huisartsen die veel en weinig burnout vertonen. Door deze groepen te vergelijken wordt een eerste indicatie gegeven in welke richting moet worden gezocht bij de verklaring van verschillen tussen huisartsen in niveaus van burnout. Onderzoeksvraag 2 betreft deze vergelijking.

- 2 Zijn er verschillen tussen huisartsen in het niveau van burnout? Als dat het geval is, is het dan zo dat groepen huisartsen met hoge en met lage burnout-scores ook verschillen in persoonskenmerken en ervaren werkomgeving?

Vervolgens zal in hoofdstuk vijf de aandacht gericht zijn op de aspecten in het werk van de huisarts die als motiverend of juist als demotiverend worden

gezien. Onderzoeksvraag 3 richt zich op de stimulerende en de vervelende of demotiverende aspecten verbonden aan het beroep van huisarts.

- 3 Welke aspecten, verbonden aan het beroep van huisarts, maken dat de Nederlandse huisarts zijn of haar beroep met plezier of juist niet met plezier uitoefent?

Na deze beschrijvende vragen staat in hoofdstuk zes het conceptueel schema van burnout centraal. De in dit schema veronderstelde relaties worden via de volgende vragen beschreven.

- 4 Is er een directe relatie tussen de feitelijke werkomgeving en het niveau van burnout bij huisartsen in Nederland?
- 5 Is er een directe relatie tussen de ervaren werkomgeving en het niveau van burnout bij huisartsen in Nederland?
- 6 Is er een relatie tussen persoonskenmerken van huisartsen en aspecten van sociale steun en het verband tussen de ervaren werkomgeving en het niveau van burnout?
- 7 Is er een directe relatie tussen de ervaren werkomgeving en de feitelijke werkomgeving van huisartsen in Nederland?
- 8 Is er een relatie tussen de voor de huisarts beschikbare hulpbronnen en het verband tussen de feitelijke werkomgeving en de ervaren werkomgeving?
- 9 Wat is de relatie tussen burnout bij huisartsen en de mate waarin er sprake is van ziektegedrag en de wens het huisartsenvak te beëindigen?

De derde en laatste doelstelling van het onderzoek naar burnout bij huisartsen richt zich op het beleid, dat zou kunnen worden gevoerd om burnout tegen te gaan. Teneinde aan deze doelstelling te voldoen wordt het resultaatgedeelte van het rapport afgesloten met een hoofdstuk, waarin vanuit de resultaten van de hoofdstukken vier tot en met zes zal worden gekeken naar mogelijke beleidsaanbevelingen die het niveau van burnout omlaag zouden kunnen brengen. De onderzoeksvraag die in dit hoofdstuk wordt beantwoord luidt als volgt.

- 10 Welke beleidsaanbevelingen kunnen er op basis van het onderzoek naar burnout bij huisartsen in Nederland worden gedaan om gevoelens van demotivatie en burnout te verminderen?

Zoals gebruikelijk wordt het rapport afgesloten met een overzicht van de geraadpleegde literatuur en enkele bijlagen, waarin opgenomen de vragenlijst die bij het onderzoek is verstuurd naar de huisartsen.





### **3. ONDERZOEKSMETHODE EN DATAVERZAMELING**

In dit hoofdstuk staat de gevolgde methode van onderzoek centraal. Eerst zal in paragraaf 3.1 worden ingegaan op de keuze van de gevolgde onderzoeksmethode en in paragraaf 3.2 op de vragenlijstconstructie. Vervolgens komt in paragraaf 3.3 de steekproeftrekking aan de orde, gevolgd door de fase van dataverzameling in paragraaf 3.4. Het hoofdstuk wordt afgesloten met paragraaf 3.5 waarin de representativiteit van de verzamelde gegevens wordt besproken.

#### **3.1 Methode van onderzoek**

De doelstellingen van het onderzoek zijn in belangrijke mate bepalend geweest bij de keuze van onderzoeksmethode, de gebruikte meetinstrumenten, de dataverzameling en de analyse van de beschikbare data. Daarnaast hebben budgettaire overwegingen een rol gespeeld bij de keuzes die zijn gemaakt.

Inzicht in de omvang van de burnoutproblematiek bij huisartsen in Nederland en de factoren waarmee deze problematiek samenhangt, kan in principe op een aantal manieren worden verkregen. Men kan besluiten tot een aantal mondelinge interviews met huisartsen waarin motivatie en demotivatie centraal staan. Men kan ook gesprekken voeren over hetzelfde onderwerp met een aantal sleutelfiguren binnen of buiten de beroepsgroep. Tegenover de voordelen van 'open' interviews, die met name betrekking hebben op het face-to-face contact met de geïnterviewde en de rijkdom van onderzoeksmateriaal, staat het nadeel dat dergelijke gegevens moeilijk generaliseerbaar zijn naar de Nederlandse huisarts. Een andere veelgebruikte vorm van onderzoek, de literatuurstudie, biedt in dit geval weinig mogelijkheden. In paragraaf 2.2 is geconstateerd dat onderzoek naar burnout bij huisartsen schaars is en in Nederland tot nu toe volledig ontbreekt.

Gekozen is voor de onderzoeksmethode die kan worden omschreven als exploratief beschrijvend onderzoek, waarbij via een schriftelijke vragenlijst gegevens zijn verzameld bij een steekproef van in Nederland werkzame huisartsen. Deze gegevens zijn geanalyseerd met behulp van uni- en multivariate analysetechnieken. Als aanvulling op de schriftelijke vragenlijsten zijn in de tweede fase van het onderzoek een aantal mondelinge interviews gehouden met huisartsen. Een aantal citaten die in dit rapport zijn verwerkt zijn afkomstig uit deze interviews. Over de interviews zelf wordt afzonderlijk gerapporteerd. Daarnaast zijn, voordat de vragenlijst is ontwikkeld, negen 'open' interviews gehouden met huisartsen. Deze vraaggesprekken duurden ongeveer drie kwartier. De informatie, verkregen tijdens de gesprekken,

diende samen met de resultaten van de literatuurstudie naar burnout en werkstress als basis voor de uiteindelijke vragenlijst. Conceptversies van de vragenlijst zijn van commentaar voorzien door onderzoekers binnen het NIVEL en door leden van de begeleidingscommissie bij het onderzoek.

### **3.2 De inhoud van de vragenlijst**

Voor de constructie van de vragenlijst is waar mogelijk gebruik gemaakt van bestaande en gevalideerde meetinstrumenten, deels uit het Engels vertaald. Omdat niet voor elke variabele een kant en klaar meetinstrument voorhanden was, is er daarnaast een aantal nieuwe instrumenten speciaal ten behoeve van dit onderzoek geconstrueerd. In bijlage 1 is een overzicht opgenomen van de gebruikte schalen, waarbij naast de herkomst ook een maat staat vermeld die aangeeft in hoeverre er sprake is van een consistent stelsel van uitspraken die geacht worden een breder concept te meten (Cronbach's  $\alpha$ ); de maat voor de interne betrouwbaarheid. Gestreefd is naar een waarde van boven de .70. Deze waarde wordt door Nunnally (1978) voldoende geacht om te kunnen spreken van een betrouwbare schaal.

Naast de verschillende stelsels van uitspraken waarover de deelnemende respondenten hun oordeel konden geven, is in de vragenlijst een aantal open vragen opgenomen. De onderwerpen hadden betrekking op wat door de huisarts als oneigenlijke hulpvragen wordt gezien, een beschrijving van positieve en/of negatieve gebeurtenissen die van invloed zijn geweest op de wijze waarop het vak van huisarts wordt uitgeoefend en de bijzondere interesses binnen huisartsenwerk. Tenslotte zijn open vragen gebruikt om na te gaan welke aspecten van het beroep van huisarts door de respondenten als stimulerend worden ervaren en voor welke aspecten het tegendeel geldt.

#### **3.2.1 Burnout, motivatie en demotivatie**

Burnout werd gemeten met behulp van de Maslach Burnout Inventory (Maslach en Jackson, 1986). Deze lijst wordt door de meeste onderzoekers naar burnout gebruikt. De hier gebruikte versie is vertaald door Schaufeli en blijkt een valide en betrouwbaar meetinstrument te zijn voor onderzoek naar de drie dimensies van burnout (Schaufeli en Van Dierendonck, in press).

De schaal voor het meten van burnout bestaat uit 22 items en bevat drie subschalen. De eerste subschaal wordt geacht de mate van emotionele uitputting te meten, ofwel het gevoel helemaal 'leeg' te zijn. De tweede subschaal richt zich op de mate waarin er bij de respondent sprake is van depersonalisatie. Depersonalisatie kan in dit kader worden opgevat als een negatieve cynische houding ten opzichte van de mensen waarmee men werkt. De derde subschaal bestaat uit vragen, gericht op de mate waarin de respondent in staat is de eigen prestaties positief te evalueren en hier

positieve gevoelens aan weet te ontlenu over het eigen functioneren. Deze dimensie kan worden omschreven als de persoonlijke bekwaamheid van de respondent.

Met betrekking tot de gevoelens van motivatie en demotivatie zijn, ter aanvulling op de MBI, open vragen gesteld aan de respondenten. Respondenten konden aangeven welke zaken als motiverend worden ervaren en voor welke aspecten het tegendeel geldt of die de motivatie hebben doen verminderen.

### **3.2.2 Feitelijke werkomgeving**

Onder de noemer 'feitelijke werkomgeving' vallen een aantal vragen gesteld over de praktijkgrootte, de praktijkopbouw en de praktijkorganisatie. Deze vragen hebben betrekking op het aantal ingeschreven patiënten, de hoeveelheid patiënten waarmee men gemiddeld per dag contact heeft, de hoeveelheid tijd die per patiënt op het spreekuur is gereserveerd, de totale werktijd per dag, het feit of men al dan niet bevallingen doet en/of apotheehouder is en of er sprake is van 'praktijk aan huis'. Om verschillen tussen huisartsen te kunnen weergeven die hun praktijk op het platteland hebben ten opzichte van hen in de grote stad wordt de variabele urbanisatiegraad gebruikt. Deze variabele is ingedeeld in vier categorieën: platteland (plaatsen met minder dan 30.000 inwoners), verstedelijkt platteland (30.000 tot 50.000 inwoners), middelgrote stad (meer dan 50.000 inwoners) en grote steden (Amsterdam, Rotterdam en Den Haag).

Diensten gedurende de avonden, nachten en weekeinden zijn voor vele huisartsen, zo bleek uit de gevoerde vraaggesprekken die vooruitlopend op de vragenlijstconstructie zijn gevoerd, één van de zwaarste aspecten van het beroep. Rondom de waarneming zijn gegevens verzameld betreffende de grootte van waarneemgroep, frequentie van waarneming, het hebben van een spreekuur in het weekend en het aantal keer dat men is geraadpleegd tijdens de dienst. Hoewel verkregen via zelfrapportage door de huisartsen, mogen deze gegevens als een goede indicatie van de feitelijke situatie worden opgevat (Dijkhuizen, 1980).

Ook het aantal jaren dat men werkzaam is als huisarts is bekend. Deze vraag is niet opgenomen in de schriftelijke vragenlijst, maar afkomstig uit het steekproefbestand dat voor dit onderzoek is samengesteld op basis van gegevens uit de NIVEL-registratie voor alle in Nederland praktiserende huisartsen.

Hoewel men erover kan discussiëren of het aantal contacten dat door de huisarts wordt gedefinieerd als 'lastige patiëntcontacten' behoort tot de feitelijke werkomgeving of dat toch het (ook aanwezige) subjectieve element een rol speelt, hebben wij in dit onderzoek gekozen om het vóórkomen van dergelijke contacten te beschouwen als behorend tot de feitelijke werkomgeving. (De mate waarin dergelijke contacten als belastend worden ervaren,

valt wel onder noemer 'ervaren werkomgeving'.) Een door Mechanic (1970) gebruikte schaal werd als basis gebruikt om het vóórkomen en de belasting van de lastige patiëntcontacten in kaart te brengen. De oorspronkelijke schaal bestond uit veertien items die kunnen worden opgevat als meetinstrument voor de mate van 'harassment'. Na vertaling zijn aan de oorspronkelijke schaal vier items toegevoegd, teneinde de toepasbaarheid van de schaal in de Nederlandse situatie te vergroten. Daarnaast werd de schaal, die in zijn oorspronkelijke vorm alleen vroeg naar de frequentie van voorkomen van bepaalde situaties, uitgebreid met een vraag naar de mate waarin de aan de orde gestelde problematiek als belastend wordt ervaren.

Ter aanvulling op de schaal die het voorkomen van belastende situaties met patiënten meet, is aan de respondent gevraagd of er een of meerdere gebeurtenissen zijn geweest, waardoor het denken over het beroep in sterke mate is beïnvloed. Dit kon zowel om een positieve als een negatieve gebeurtenis gaan. Via een open vraag kon de betreffende gebeurtenis worden beschreven. Specifiek over fysieke bedreiging is gevraagd of dat het afgelopen jaar is voorgekomen en zo ja hoe vaak, uitgesplitst naar eigen patiënten en patiënten in de waarneming.

### **3.2.3 Ervaren werkomgeving**

Waar de ene huisarts zijn werk met plezier en tevredenheid uitoefent, zullen er in diezelfde werkomgeving voor een andere huisarts factoren zijn die maken dat het werk juist als onplezierig wordt ervaren.

Om tevredenheid met het werk te meten is gebruik gemaakt van een schaal van Melville (1980). Aan deze schaal met vijf items zijn, naar aanleiding van de interviews, vijf items gevoegd. De schaal beoogt twee aspecten van het werk van de huisarts te meten, namelijk de tevredenheid met het werk en het bezig zijn met werkzaamheden waarvoor men uiteindelijk niet is opgeleid.

Met het doel na te gaan in hoeverre de huisarts tevreden is met de tijd die aan met name genoemde activiteiten kan worden besteed, is een serie van vijf vragen opgenomen die ook zijn gesteld in de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de Huisartspraktijk (Foets en Van der Velden, 1990).

Afkomstig van Meijman (1991) is een Schaal Ervaren Belasting (SEB). Deze schaal is ontwikkeld in onderzoek in industriële bedrijven en beoogt de ervaren werkbelasting te meten. Aan de huisartsen wordt gevraagd zich voor te stellen hoe ze meestal functioneren tegen het einde van een werkdag. Een hoge score op de SEB-schaal bleek in het onderzoek van Meijman (1991) samen te gaan met hogere objectieve belastingsniveaus en met een grotere vermoeidheid als gevolg van een langdurige inspanning. In ons onderzoek onder huisartsen kan via de SEB een indruk worden verkregen of de verschillende werkomstandigheden meer of minder belasting tot gevolg hebben.

Onder de noemer 'ervaren werkomgeving' valt ook een schaal van vijf vragen over het uitkomen van de verwachtingen die men had met betrekking tot het beroep en een serie van drie vragen die tot doel heeft te meten hoe huisartsen de balans tussen het investeren van energie en het terugkrijgen van waardering ervaren. Afzonderlijke vragen naar aanleiding van de interviews betreffen onderwerpen als de rol van de media, beheersen van het basistakenpakket, tijd besteden aan klachten waarvoor men niet naar een huisarts hoeft en de veranderingen in het huisartsenvak.

Tenslotte wordt in het kader van de ervaren werkomgeving het aantal oneigenlijke hulpvragen aan de orde gesteld. De respondenten is gevraagd een schatting te geven van het percentage oneigenlijke hulpvragen tijdens de waarneming. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen oneigenlijke hulpvragen van eigen patiënten en van patiënten van collega-huisartsen, zowel tijdens de avond- en nachtdiensten als de weekenddiensten. In een open vraag werd de respondent uitgenodigd te beschrijven wat deze onder een oneigenlijke hulpvraag verstaat.

### **3.2.4 Persoonskenmerken en sociale steun**

Onder de noemer van persoonskenmerken en sociale steun wordt in de vragenlijst gevraagd naar de 'locus of control', copingstijlen en de steun die de respondent ontvangt vanuit zijn of haar omgeving.

In navolging van Andriessen (1972) kan de 'locus of control' score worden opgevat als een maat die weergeeft hoe een persoon de op zijn of haar gedrag volgende gebeurtenissen ziet als iets dat hij of zij zelf in de hand heeft of als iets dat door externe factoren (toeval, noodlot of anderen) wordt bepaald. De versie van deze beheersingsoriëntatie-schaal die door ons wordt gebruikt is gebaseerd op Foets et al (1991) en bestaat uit tien afzonderlijke items, waarbij zowel naar de interne als naar de externe oriëntatie wordt gevraagd.

Voor het meten van de copingstijl van de huisarts is aansluiting gezocht bij een in Nederland veel gebruikte vragenlijst: de Utrechtse Coping Lijst, of UCL (Schreurs et al, 1988). Gezien de lengte van de oorspronkelijke vragenlijst (47 items) en gezien de twijfels over de validiteit van door Schreurs vermelde dimensies (Schaufeli en Van Dierendonck, 1992) is deze lijst ingekort. Hierbij is aansluiting gezocht bij internationaal copingonderzoek, waarin drie dimensies van coping worden onderscheiden, te weten actief problemen aanpakken, passief blijven en symptoommanagement (Latack, 1986). De problematische items (zie Schaufeli en Van Dierendonck, 1992) zijn uit de vragenlijst verwijderd. Daarna is gekeken of de individuele items in één van Latacks categorieën pasten. De niet passende items zijn verwijderd. Over de resterende items is een exploratieve factoranalyse toegepast op een dataset van 800 jongeren. Een driefactoroplossing bleek goed interpreteerbaar te zijn, waarbij de drie subschalen met in totaal 25 items over een voldoende interne

betrouwbaarheid bleken te beschikken. Dezelfde schaal met 25 items is gebruikt in de burnout-vragenlijst. Twee van de drie dimensies - een actieve wijze van omgaan met problemen en het passief blijven bij problemen - komen goed overeen met de categorieën van Latack. Een goede omschrijving van de derde factor van deze schaal is 'het opzoeken van sociale steun'.

Als meetinstrument voor de sociale steun is gebruik gemaakt van een schaal uit de Vragenlijst Organisatiestress (VOS-D), van Bergers, Marcelissen en De Wolff (1986). Voor ons onderzoek is deze schaal afgestemd op de situatie van huisartsen. De schaal bestaat uit drie subschalen die betrekking hebben op het ervaren van steun van collega's in de praktijk, de ondersteuning door collega's uit de waarneemgroep en het ervaren van steun van een partner.

### **3.2.5 Beschikbare hulpbronnen**

In de categorie 'beschikbare hulpbronnen' vallen variabelen als: geslacht, leeftijd, werkervaring, praktijkvorm, het kunnen beschikken over assistentie, het aantal keren dat de waarneemgroep bijeenkomt, het volgen van nascholing, het uitoefenen van nevenfuncties en het hebben van speciale interesses met de mogelijkheden deze ook daadwerkelijk uit te oefenen. Naar deze variabelen kan rechtstreeks worden gevraagd. Voor het meten van de geneigdheid tot het nemen van risico's is gebruik gemaakt van een schaal ontworpen door Grol (1983). De meest bruikbare items uit deze schaal (zie Foets et al, 1991) zijn overgenomen.

De in deze categorie samengenomen variabelen hebben met elkaar gemeen, dat zij de huisarts behulpzaam kunnen zijn het hoofd te bieden aan potentieel stressvolle situaties, zodat deze situaties niet direct als negatief worden ervaren.

### **3.2.6 Gevolgen van burnout**

Gevoelens van opgebrand zijn laten zich gemakkelijk vertalen in ziektegedrag of de wens te willen stoppen met de uitoefening van het vak.

Behalve dat wordt gevraagd naar de algemene gezondheidstoestand, wordt aandacht geschonken aan ervaren klachten met betrekking tot de gezondheid, het medicijngebruik, de aantallen dagen dat men niet gewerkt heeft en de dagen dat men wel heeft gewerkt ondanks dat men zich niet lekker voelde. Twee vragen naar rook- en drinkgewoonten geven inzicht in ongezond copinggedrag, met mogelijke gevolgen voor eigen en andermans gezondheid.

Voor wat betreft het ophouden met werk als huisarts zijn vragen opgenomen die betrekking hebben op de houding ten opzichte van een VUT-regeling, de leeftijd waarop de respondent wil stoppen met werken, de mate waarin wordt uitgekeken naar vacatures en de keren dat wordt gesolliciteerd. Tevens is in

dit kader gevraagd naar het uitbesteden van 'vervelende zaken' als de weekenddiensten. Tenslotte komen aan de orde de opvattingen van de respondent met betrekking tot het carrièrepatroon, dat (niet) verbonden is met het beroep van huisarts.

### **3.3 Steekproefgrootte en steekproeftrekking**

Het onderzoek is bedoeld om uitspraken te kunnen doen over de mate waarin burnout voorkomt bij huisartsen in Nederland en tevens om te onderzoeken welke aspecten van de werkomgeving van huisartsen in verband kunnen worden gebracht met burnout. Teneinde de mogelijke conclusies statistisch te kunnen ondersteunen en met een redelijke betrouwbaarheid uitspraken te kunnen doen, is gekozen voor een steekproef van circa 800 huisartsen. Bij een verwacht responspercentage van 60% blijven in dat geval circa 500 vragenlijsten over voor analyse. Dit aantal werd voldoende geacht om ook op het niveau van subgroepen nog voldoende betrouwbare uitspraken te kunnen doen.

Sinds 1974 wordt op het NIVEL een registratiesysteem bijgehouden van alle in Nederland praktiserende huisartsen. Van deze artsen wordt een groot aantal gegevens bijgehouden zoals naam en adres van de huisarts, praktijkvorm en het al of niet apotheekhoudend zijn. Op het moment van de steekproeftrekking (circa 1-7-1991) waren circa 6470 zelfstandig gevestigde huisartsen in Nederland werkzaam.

Dit NIVEL-bestand vormde het kader voor een gestratificeerde, aselechte steekproef. Stratificatie vond plaats op basis van de variabele praktijkvorm. Een niet-gestratificeerde steekproef zou te weinig huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra bevatten om over deze (met name beleidsmatig) interessante categorie huisartsen uitspraken te kunnen doen. Uit alle, op dat moment geregistreerde, 164 groepspraktijken en 177 gezondheidscentra werd willekeurig één arts getrokken. Gegeven de totale steekproefgrootte van 800, werden de resterende circa 460 plaatsen in de steekproef verdeeld over de duopraktijken en solopraktijken, waarbij er voor werd gezorgd dat bij de duopraktijken slechts één arts per praktijk de vragenlijst kreeg toegestuurd. Ook de keuze van deze arts werd door het toeval bepaald.

De enquête werd eind augustus 1991 verstuurd, vergezeld van een aanbevelingsbrief van de LHV. Na twee weken is aan alle artsen die nog niet hadden gereageerd een eerste herinnering gestuurd. Artsen, die na vier weken nog niets hadden teruggestuurd, kregen een tweede en laatste herinnering, ditmaal vergezeld van een nieuwe vragenlijst.

### 3.4 Respons en non-responsanalyse

Van de 801 vragenlijsten die verstuurd zijn, zijn er uiteindelijk (naast een aantal lege vragenlijsten) 563 ingevuld terugontvangen. Vier vragenlijsten bleken naar huisartsen gestuurd te zijn die niet meer op dat adres prakticeerden. Dit betekent een respons-percentage van 70,6%, een goede respons. Uit een inventarisatie van medewerking aan postenquêtes door huisartsen (Van der Wouden, Hingstman en Elzinga, 1988) blijkt dat er een dalende lijn is te constateren in responspercentage vanaf de jaren zeventig. In het begin van de jaren tachtig schommelt het responspercentage rond de 70%, eind jaren tachtig ligt de respons iets boven de 60%. De auteurs geven aan dat bij deze daling waarschijnlijk de toename van het aantal enquêtes onder huisartsen een rol speelt. Dat in dit onderzoek desondanks 70% van de aangeschreven huisartsen heeft deelgenomen aan het onderzoek, is waarschijnlijk een teken voor de betrokkenheid bij het onderwerp van het onderzoek. Deze betrokkenheid blijkt ook uit het hoge percentage huisartsen dat bereid is tot een nader gesprek. Bijna driekwart van de responderende huisartsen (om precies te zijn 73,8%) is bereid tot een dergelijk gesprek; 12,9% heeft bezwaar tegen het handhaven van de koppeling tussen het nummer op de vragenlijst en de naam. Deze koppeling is bedoeld om toekomstig onderzoek op individueel niveau mogelijk te maken. Het bewaren van de koppeling tussen naam en enquêtegegevens via het enquêtenummer ten behoeve van vervolgonderzoek is aangemeld bij de instantie die toezicht houdt op een juist gebruik van onderzoeksgegevens, de Registratiekamer.

Tabel 3.1 Responsgroep, onderzoekspopulatie en steekproef naar praktijkvorm, geslacht respondent en urbanisatiegraad, in aantallen en percentages

	Responsgroep		Steekproef		Populatie	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
<b>Praktijkvorm</b>						
Solopraktijk	147	26,3	230	28,7	3463	53,5
Duopraktijk	157	28,1	230	28,7	1863	28,8
Groepspraktijk	127	22,7	177	22,1	588	9,1
Gezondheidscentrum	128	22,9	164	20,5	164	8,6
<b>Sexe</b>						
Man	477	85,0	660	82,4	5614	86,8
Vrouw	84	15,0	141	17,6	857	13,2
<b>Urbanisatiegraad</b>						
Platteland	160	28,6	227	28,3	1947	30,1
Verst. platteland	194	34,7	289	36,1	2245	34,7
Middelgrote steden	126	22,5	190	23,7	1474	22,8
Grote stad	79	14,1	95	11,9	805	12,4



Tussen de steekproef en de responsgroep blijken geen significante verschillen te bestaan in de verdeling van de respondenten naar praktijkvorm, sexe en urbanisatiegraad. De uiteindelijke responsgroep wijkt op genoemde variabelen uiteraard wel af van de populatie, doch dit is een gevolg van de stratificatie naar praktijkvorm.

Voor alle terugontvangen vragenlijsten is bijgehouden wanneer de lijst terug werd ontvangen. Hiermee kan worden nagegaan of de personen, die één of twee keer een rappel hebben ontvangen, qua burnout verschillen van de respondenten die snel reageren. De achterliggende gedachte daarbij is dat personen bij wie veel moeite moet worden gedaan om de vragenlijst ingevuld retour te krijgen meer zullen lijken op de non-respondenten dan degenen die snel reageren. De vragenlijsten zijn in een periode van zes weken binnengekomen. Tussen deze weken blijken geen significante verschillen te bestaan in het niveau van burnout, terwijl er ook geen lineaire toe- of afname te constateren was in het niveau van burnout.

Tenslotte is een poging gedaan bij een steekproef uit de non-respondenten telefonisch te achterhalen wat de redenen zijn geweest om niet mee te doen met het onderzoek. Voor zover op basis van het beperkte aantal reacties en de eenvoudige vraagstelling een conclusie mogelijk is - een flink aantal van deze groep huisartsen was niet bereikbaar of niet bereid medewerking te verlenen aan het korte gesprek - bleken deze redenen niet samen te hangen met de mate van opgebrand zijn. Wel bleek dat huisartsen met een hogere burnout-score minder vaak bereid zijn tot een vervolggesprek en meer bezwaar hebben tegen handhaving van de koppeling. Als we ervan uitgaan dat degenen die helemaal geen vragenlijst teruggestuurd hebben, meer lijken op deze laatste groep, dan kunnen we aannemen dat degenen die de vragenlijst niet geretourneerd hebben mogelijk een wat hogere burnout-score hebben dan degenen die aan het onderzoek meegewerkt hebben.

Samenvattend concluderen we op basis van de hoge respons, de goede afspiegeling die de responsgroep vormt van de steekproef en het vrij constante niveau van burnout over de tijd van insturen van de ingevulde vragenlijsten, dat de responsgroep een redelijk tot goede afspiegeling is van de steekproef. En, na weging, ook een goede afspiegeling van de populatie van Nederlandse huisartsen. De aanwezigheid van de burnoutproblematiek onder de Nederlandse huisartsen, zoals die vastgesteld is op basis van de antwoorden op de vragenlijst, zal eerder een onderschatting dan een overschatting van de werkelijke problematiek zijn.

Om de onderzoeksbevindingen representatief te laten zijn voor de Nederlandse huisarts, dient weging plaats te vinden. Immers, als gevolg van de wijze waarop de steekproef is getrokken, zijn gezondheidscentra en groepspraktijken oververtegenwoordigd en met name de solo-praktijken ondervertegenwoordigd. Nadat was gewogen voor praktijkvorm, bleek dat de verdeling naar geslacht van de huisarts afweek van de verdeling in de

populatie. Daarom is besloten bij het berekenen van de wegingsfactoren ook rekening te houden met de variabele sexe. De gehanteerde wegingsfactoren staan vermeld in tabel 3.2. De verdeling naar urbanisatiegraad blijkt, na weging, in de responsgroep niet significant af te wijken van de populatie.

Tabel 3.2 Wegingsfactoren voor het terugwegen van responsgegevens naar populatiegegevens, op basis van praktijkvorm en sexe

	mannen	vrouwen
Solo-praktijk	1,983	3,615
Duo-praktijk	0,993	1,165
Groepspraktijk	0,391	0,434
Gezondheidscentrum	0,352	0,482

Bij de tabellen die in de hoofdstukken vier en vijf zullen worden gepresenteerd, zal vermeld worden of deze tabellen betrekking hebben op de ongewogen resultaten of op de gewogen resultaten. Als vuistregel geldt dat waar in de hoofdstukken vier en vijf gesproken wordt over bijzondere groepen, bijvoorbeeld groepen van meer of minder opgebrachte huisartsen, de resultaten betrekking hebben op ongewogen cijfers. Waar gesproken wordt over de hele groep respondenten gaat het om gewogen cijfers en zijn de uitspraken representatief voor de Nederlandse huisarts. De multivariate analyses in hoofdstuk zes zijn uitgevoerd op de ongewogen cijfers.

### 3.5 Codering en schaalconstructie

In de vragenlijst komt een aantal open vragen voor waarin aan de respondenten gevraagd is ervaringen en gebeurtenissen op papier te zetten. Daarnaast is een aantal (bestaande) schalen gebruikt, waarbij moet worden nagegaan of eerdere bevindingen worden gereproduceerd en of bijvoorbeeld wel gewerkt mag worden met somscores voor schalen of subschalen.

Om de antwoorden op de open vragen te kunnen verwerken, zijn veel voorkomende reacties in categorieën samen gebracht. Hierbij is de volgende procedure gevolgd. Allereerst hebben twee onderzoekers, betrokken bij het burnout-onderzoek, onafhankelijk van elkaar, elk een kleine 50 enquêtes bekeken, de open vragen in categorieën verdeeld en deze categorieën benoemd. De twee indelingen zijn in één geschoven. Vervolgens zijn 25 andere enquêtes gebruikt om de indeling uit te testen, waarbij opnieuw onafhankelijk van elkaar werd gewerkt. Na vergelijking van de antwoorden zijn de categorieën bijgesteld en interpretatieverschillen besproken. De definitieve verdeling in antwoordcategorieën is terug te vinden in de resultatenhoofdstukken.

Bij de verschillende schalen die in de vragenlijsten zijn voorgelegd aan de respondenten, is via factoranalyse en de berekening van betrouwbaarheidscoëfficiënten nagegaan of de oorspronkelijke resultaten met betrekking tot deze schalen konden worden gereproduceerd. Dit bleek in de regel het geval te zijn. De uitzonderingen waren de copingsschalen en de items over arbeidstevredenheid. Bij items over copingstijl bleken drie items niet netjes in één van de schalen te vallen, deze zijn bij de verdere analyses niet mee genomen. De schaal van Melville over de tevredenheid met de werksituatie bleek door toevoeging van een aantal items bij factoranalyse niet terug te komen. Op basis van deze analyse werden twee schalen geconstrueerd die goed interpreteerbaar waren, te weten arbeids(on)tevredenheid en bezig zijn met werkzaamheden waarvoor je niet naar de dokter hoeft. De bijzonderheden van de gehanteerde schalen, met verwijzingen naar de schaalitems zoals in de vragenlijst gehanteerd en met de gevonden waarden voor de betrouwbaarheidscoëfficiënten, zijn in tabelvorm als bijlage opgenomen in dit rapport.



## **4. BURNOUT BIJ HUISARTSEN**

In dit (korte) hoofdstuk wordt onderzoeksvraag één beantwoord. In paragraaf 4.1 wordt ingegaan op het niveau van burnout onder huisartsen in Nederland en zal de vergelijking worden gemaakt met onderzoeksgegevens die betrekking hebben op de beroepsgroepen van verplegend personeel en intensive care artsen in een ziekenhuis. In paragraaf 4.2 zal worden aangetoond dat er verschillen zijn in de mate van burnout bij huisartsen op basis waarvan twee groepen huisartsen kunnen worden samengesteld. Eén groep bestaat uit huisartsen die meer dan gemiddeld is opgebrand, de andere groep betreft huisartsen die minder dan gemiddeld zijn opgebrand.

### **4.1 De mate waarin huisartsen opgebrand zijn**

Met behulp van de Maslach Burnout Inventory (MBI) kan de vraag worden beantwoord hoe hoog (of laag) het relatieve niveau van burnout is onder huisartsen in Nederland. Via de MBI worden drie componenten van burnout onderscheiden. Dit zijn emotionele uitputting, depersonalisatie en persoonlijke bekwaamheid. Voor de twee eerstgenoemde componenten geldt dat, naarmate er sprake is van een hogere score, gesproken mag worden van het meer opgebrand zijn van de betreffende persoon. Bij persoonlijke bekwaamheid geldt dat een lagere score correspondeert met zichzelf minder bekwaam achten. Het gaat hierbij om relatieve scores; de hoogte van de score op zich mag dus niet worden geïnterpreteerd als wel of niet opgebrand zijn.

In tabel 4.1 geeft de gevonden burnout-scores voor huisartsen, verplegend personeel en intensive care artsen. De gemiddelden zijn berekend op basis van individuele scores van de respondenten op de betreffende dimensies van de MBI-schaal. Voor de huisartsen geldt dat bij de berekening van deze gemiddelden rekening is gehouden met de wegingsfactoren. De cijfers voor de huisartsen kunnen daarmee als representatief worden gezien voor de Nederlandse huisartsen.

In tabel 4.1 zijn intensive care artsen gebruikt als vergelijkingsgroep. Het betreft artsen, verbonden aan intensive care units of artsen met patiënten op de intensive care afdeling in ziekenhuizen in Nederland. In totaal gaat het om een representatieve steekproef van 35 units, waarvan 190 artsen hebben meegewerkt aan de studie (Miranda en Spangenberg, 1992). De steekproef van verpleegkundigen heeft betrekking op personen werkzaam in algemene ziekenhuizen (15%), psychiatrische verpleegkundigen (25%), wijkverpleegkundigen (31%), verpleegkundigen werkend in verpleegtehuizen (17%), verpleegkundigen verbonden aan GGZ-instellingen (9%) en verpleegkundigen verbonden aan andere gezondheidszorginstellingen (2%). Gegevens van deze

groep werden verzameld in verschillende onderzoeken in de loop van 1990, de respons varieerde van 68% tot 95%. Een artikel, waarin gegevens met betrekking tot de MBI-scores voor deze beroepsgroep verwerkt zijn, zal binnenkort verschijnen (Schaufeli en Van Dierendonck, in press).

Tabel 4.1 Burnout-scores voor huisartsen (gewogen), artsen werkzaam op intensive care afdelingen van ziekenhuizen en verpleegkundigen, rekenkundig gemiddelden en standaarddeviaties

	huisartsen		intensive care artsen		verplegend personeel	
	gem.	st.dev.	gem.	st.dev.	gem.	st.dev.
emotionele uitputting	20,09	7,54	15,10	7,52	16,68	8,45
depersonalisatie	9,42	3,81	7,61	3,86	5,94	3,89
persoonlijke bekwaamheid	30,35	3,75	31,82	4,00	32,41	4,91

Huisartsen blijken meer opgebrand te zijn dan intensive care artsen en verpleegkundigen. Dat geldt in het bijzonder voor emotionele uitputting en depersonalisatie. Met betrekking tot de factor 'persoonlijke bekwaamheid' zijn de verschillen met de beide andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg wat minder groot, doch ook hier geldt dat bij de huisartsen het gevoel van persoonlijke bekwaamheid wat minder sterk is dan bij intensive care artsen en verpleegkundigen. Andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg komen uit op een burnout-niveau dat vergelijkbaar is met dat van verpleegkundigen (Schaufeli en Peeters, 1990).

Voor de interpretatie van de burnout-scores is het goed te bedenken dat juist diegene die het meest betrokken zijn bij hun vak en vaak het meest intensieve contact hebben met andere mensen, het grootste risico lopen op te branden. Dit komt goed naar voren uit onderstaand interview-fragment:

*Ik denk dat ik een type ben dat zich bij iedere patiënt betrokken voelt, ja misschien soms wel iets te veel. Ik probeer dat zo nu en dan weleens te kappen of in goede banen te leiden, maar er zijn momenten dat dat door de drukte ook moeilijker wordt.... Om een bepaald aantal mensen kan ik mijn zorgen hebben zonder dat ik er moeite mee heb. Worden dat er teveel dan hou ik het niet meer bij, dan kan ik het zelf niet meer aan.... Dan gaat er met mijzelf wat mis. Maar dat ligt bij mezelf, denk ik.*

Een hoge score is een aanwijzing van een sterke betrokkenheid bij patiënten. Het is ook een aanwijzing dat de contacten met patiënten vaak zwaar en intensief zijn.

## 4.2 Verschillen tussen huisartsen met hoge en lage niveaus van burnout

Het in de vragenlijst gebruikte meetinstrument voor burnout bestaat uit drie dimensies, waarbij emotionele uitputting door de meeste auteurs wordt gezien als het centrale element (zie bijvoorbeeld Maslach en Jackson, 1981; Shirom, 1989). Over het belang en de rol van depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid is minder overeenstemming. Confirmatieve factoranalyse toont aan, dat de Maslach Burnout Inventory het beste als drie schalen kan worden gebruikt en niet als één schaal (zie Schaufeli en Van Dierendonck, in press). Dit neemt niet weg dat de schalen onderling blijken samen te hangen (zie tabel 4.2). Elk van de drie dimensies heeft een correlatie van .46 met één van de anderen.

Tabel 4.2 Matrix met correlatie-coëfficiënten voor de drie subschalen van burnout (gewogen, N=540)

	depersonalisatie	persoonlijke bekwaamheid
emotionele uitputting	.46	-.46
depersonalisatie		-.46

De in tabel 4.1 gepresenteerde spreidingsmaten laten zien dat de verschillen tussen huisartsen in de burnout-scores op de drie subschalen aanzienlijk zijn. Om meer inzicht te krijgen in verschillen tussen huisartsen met hoge en lage burnout-scores, is op elk van de drie burnout dimensies een tweedeling gemaakt in huisartsen met een hoge score en huisartsen met een lage score. Scheidslijn is de mediaan. Dat is het punt waarbij 50% van de respondent hoger scoort en de andere 50% lager. Dit levert  $2^3$ , ofwel acht groepen op. Als we in het vervolg van dit en het volgende hoofdstuk spreken over huisartsen met een hoge burnout-score wordt de groep van 119 huisartsen bedoeld die bij emotionele uitputting en depersonalisatie 'hoog' scoren en bij persoonlijke bekwaamheid 'laag'. Onder huisartsen met een lage burnout-score verstaan we de 121 huisartsen die op de dimensies emotionele uitputting en depersonalisatie tot de groep 'laag' behoren en bij persoonlijke bekwaamheid tot de groep 'hoog'. Nog steeds geldt dat de indeling relatief is en niets zegt over het absolute niveau van opgebrand zijn. Wel geldt dat de 'hoog-hoog-laag' groep, in zijn algemeenheid meer opgebrand zal zijn dan de 'laag-laag-hoog' groep. De gemiddelde waarden op de drie dimensies van burnout voor de twee groepen zijn weergegeven in tabel 4.3.

Tabel 4.3 Burnout-scores voor twee groepen huisartsen die minder dan gemiddeld en meer dan gemiddeld zijn opgebrand (ongewogen)

	minder opgebrand (N=121)		meer opgebrand (N=119)		
	rek.gem.	st.dev.	rek.gem.	st.dev.	
emotionele uitputting	12,97	4,94	28,11	4,32	sign.
depersonalisatie	5,93	2,31	13,31	2,26	sign.
persoonlijke bekwaamheid	34,03	2,45	26,64	2,83	sign.

Tabel 4.3 laat zien dat we inderdaad mogen spreken van verschillen in de gemiddelde scores op de drie burnout-dimensies tussen de twee groepen die we hebben samengesteld. De gemiddelde scores op elk van de drie subschalen voor de minder opgebrande groep huisartsen verschillen significant van de waarden voor de meer opgebrande groep huisartsen.

Tabel 4.4 Beschrijving groepen met hoge en lage burnout-scores, in percentages (ongewogen)

	minder opgebrand	meer opgebrand	
<b>sexe</b> (N=119/119)			n.s.
man	86,6	84,9	
vrouw	13,4	15,1	
<b>leeftijd</b> (N=116/118)			n.s.
tot 40 jaar	41,2	40,3	
40 - 49 jaar	37,8	46,2	
50 - 59 jaar	11,8	8,4	
59 jaar en ouder	9,2	5,0	
<b>werkervaring</b> (N=118/115)			sign.
0 - 4 jaar	17,8	18,3	
5 - 9 jaar	22,9	27,8	
10 - 19 jaar	33,1	43,5	
20 jaar en langer	26,3	10,4	

Er blijken geen significante verschillen te zijn tussen beide groepen als we kijken naar geslacht en leeftijd van de huisarts. Voor leeftijd geldt overigens dat de percentageverschillen net niet het significantieniveau van .05 bereiken. Hoewel leeftijd en aantal jaren werkervaring sterk zijn gecorreleerd, verschillen de burnout-scores voor beide groepen wel met betrekking tot werkervaring. Bij werkervaring begint zich een verschil af te tekenen na vijf jaar ervaring. In de groep van 119 huisartsen met hoge burnout-scores zitten verhoudingsgewijs veel huisartsen met tien tot negentien jaar praktijkervaring. Onder de groep huisartsen met lage burnout-scores is deze groep veel minder prominent aanwezig. Dat gesproken wordt over het ontbreken van het



verband tussen burnout en leeftijd en het wel aanwezig zijn van het verband tussen burnout en aantal jaren werkervaring, is deels een gevolg van de afspraak die is gemaakt over de grens waarbij een verschil als betekenisvol kan worden opgevat; de afspraak over het significantieniveau. Daarnaast geldt, dat mogelijk het aantal jaren werkervaring toch een wat zuiverder beeld geeft van de spanningen en frustraties die tijdens de beroepsuitoefening worden opgedaan dan de leeftijd.

#### **4.3 Conclusies met betrekking tot het niveau van burnout**

Aan de hand van de in dit hoofdstuk gepresenteerde onderzoeksresultaten kan onderzoeksvraag één worden beantwoord. Huisartsen in Nederland zijn meer opgebrand dan verpleegkundigen en artsen werkzaam op intensive care afdelingen van ziekenhuizen. De verschillen zijn het grootst bij emotionele uitputting en depersonalisatie. Bij de dimensie persoonlijke bekwaamheid zijn de verschillen tussen huisartsen enerzijds en intensive care artsen en verpleegkundigen anderzijds wat minder groot zijn, maar ook hier geldt dat huisartsen wat meer opgebrand zijn.

De mate waarin huisartsen zijn opgebrand, hangt niet significant samen met de leeftijd of het geslacht van de huisarts. Het aantal jaren werkervaring lijkt wel een rol te spelen. Bij de huisartsen met een relatief lage burnout-score zijn personen met 5 tot 9 en met 10 tot 19 jaar werkervaring oververtegenwoordigd.



## 5. WERKBELEVING, MOTIVATIE EN DEMOTIVATIE VAN HUISARTSEN

Elk beroep, ook dat van huisarts, heeft zijn plezierige en minder plezierige kanten, zijn motiverende en demotiverende aspecten. Slaat de balans door naar de motiverende, plezierige kant dan wordt het beroep met tevredenheid uitgeoefend en zal het risico opgebrand te raken gering zijn. Gaan de onplezierige, demotiverende kanten van het huisartsenvak overheersen dan neemt de kans op burnout toe. Daarbij is het opmerkelijk dat juist degenen die eerst sterk gemotiveerd zijn en zich volledig in willen zetten voor wat door hen wordt gezien als 'goede zorg', de grootste kans lopen op de duur teleurgesteld te worden in het vak. De grootste kans lopen opgebrand te raken. Een van de respondenten verwoordt dit als volgt:

*"...de sociale en de psychische kanten, dat geheel sprak me aan en ik denk dat dat ook de reden is waarom ik huisarts ben geworden. Het is naar mijn idee één van de weinige vakken in ons gebied waar al die facetten inderdaad zo uitgebreid aan de orde komen.... Ik denk tamelijk empathisch, meelevend, invoelend, zeg maar en ik probeer ook, probeerde ook altijd terwijl het druk was, toch mensen het idee te geven dat ik de tijd voor ze nam. Maar die tijd nemen mensen dan ook, en dat gaat zich dus op de duur tegen je keren.... het is een voortdurende tweestrijd, ik zie hoe belangrijk het is maar ondertussen moet ik daar toch enigszins beperkingen in aanbrengen....als je op zo'n manier wil dokteren zoals ik blijkt dat dat je eigen valkuil is."*

Een belangrijke doelstelling van het onderzoek is na te gaan welke aspecten verbonden aan het beroep van huisarts motiverend of juist demotiverend werken. Om te kijken of er verschillen zijn met betrekking tot de aspecten die door huisartsen worden genoemd, zal in dit hoofdstuk regelmatig worden teruggesproken op de twee groepen die in het vorige hoofdstuk zijn beschreven; de groep met hoge burnout-scores en de groep met lage scores. Hierbij zal met name worden gekeken naar het verband tussen burnout en aspecten verbonden aan het beroep van huisarts die beleidsmatig van belang worden geacht.

In paragraaf 5.1 wordt een overzicht gegeven van de aspecten die door huisartsen als vervelend of plezierig worden omschreven. Vervolgens zal in de paragrafen 5.2 tot en met 5.5 een aantal aspecten wat verder worden uitgewerkt. De paragrafen 5.6, 5.7 en 5.8 schenken aandacht aan de gezondheid en het gezondheidsgedrag van huisartsen, de interesses voor nascholing en nevenfuncties en de toekomst die men voor zichzelf als huisarts ziet weggelegd. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een korte conclusie. Waar is

getoetst op verschillen tussen groepen, is een significantieniveau van  $p < .05$  aangehouden.

### 5.1 Stimulerende en vervelende aspecten van het huisartsenberoep

Om inzicht te krijgen in de aspecten die door praktizerende huisartsen als stimulerend en motiverend worden ervaren of waarvoor geldt dat juist het tegendeel het geval is, zijn twee open vragen gesteld. Men kon zelf in eigen woorden aangeven aan welke aspecten men hierbij dacht.

Eerst de positieve kanten van het beroep. Tabel 5.1 geeft, nadat alle antwoorden in categorieën zijn samengenomen, een overzicht van de positieve kanten van het beroep van huisarts.

Tabel 5.1 Stimulerende aspecten verbonden aan het beroep van huisarts, genoemd door de respondenten (gewogen, N=557)

	percentage
1 Persoonlijke contact met mensen	46,0
2 Afwisselend werk, uiteenlopende levenssituaties	44,3
3 Vrijheid, eigen baas, ondernemerschap	18,3
4 Beroepsspecifieke, vaktechnische handelingen	8,8
5 Taken op het gebied van psycho-sociale begeleiding	7,9
6 Goede beloning	5,9
7 Waardering van patiënten	18,8
8 Contacten met collega's, huisartsengroep	13,8
9 Persoonlijke ontwikkeling	5,4
10 Nieuwe ontwikkelingen binnen het vak	6,2
11 Positie binnen de maatschappij/gemeenschap	4,3
12 Goede diagnose stellen, helpen van mensen, iets betekenen voor anderen	30,7
13 Overigen	18,9
Geen stimulerende aspecten genoemd	8,8

Een groot aantal verschillende aspecten werd genoemd. Met kop en schouder uitstekend boven de andere categorieën, zijn de contacten met patiënten. Het persoonlijk contact, het helpen van mensen of het iets kunnen betekenen voor mensen zijn categorieën die, indien samengenomen, voor een ruime meerderheid van de huisartsen als stimulerend worden ervaren.

*"Ik denk dat er geen mooier vak is dan dit. Weet je, je komt zoveel van mensen te weten, het is onvoorstelbaar wat iemand hier allemaal op tafel legt. En ja, dat geeft je een hele aparte positie, waarbij je heel veel kunt betekenen voor mensen. Wat ze er dan mee doen, ja, dat wisselt natuurlijk. Dat vind ik ontzettend boeiend. En het leuke is dat het een mixture is tussen technische en aan de andere kant heel psychologische zaken."*

Zoals uit bovenvermeld citaat blijkt, wordt het werk van de huisarts wordt daarnaast ook als afwisselend ervaren. Dit aspect wordt door bijna 45% van de huisartsen genoemd, waarbij het kan gaan om het feit dat men te maken krijgt met vele verschillende levenssituaties van patiënten, maar ook om de afwisseling tussen technische zaken en 'een goed gesprek'.

Een ander veel genoemde aspect verbonden aan het beroep van huisarts is de waardering van zowel patiënten als in meer algemene zin.

*"Het is een dankbaar beroep. Het is een zeer gevarieerd beroep. Rijk geschakeerd. Ja, en het is heel plezierig te merken dat een huisarts, die wordt voortdurend gevierd en wordt voortdurend op handen gedragen. Dat kan vervelend klinken, maar dat is heel plezierig om je dat aan te laten leunen."*

Ruim 18% van de huisartsen noemt de vrijheid die men ervaart in de beroepsuitoefening als een stimulerend punt, het eigen baas zijn, zoals één van de huisartsen dit treffend omschrijft.

*"...De belangrijkste reden, zoals ik het ervaar, is de vrijheid die je hebt om zelf allerlei dingen te kunnen regelen. Als je zelf iets wil plannen of als je een spreekuur wilt veranderen of allerlei andere dingen, dan ben ik daar zelf verantwoordelijk voor. Ik ben daar mijn eigen baas in, dat vind ik plezierig. Ik kan alles, als ik een deur blauw wil schilderen, dan kan ik dat doen zonder eindeloos overleg en dat is voor mij heel belangrijk. Ik ben best wel bereid om soms een compromis te sluiten, maar het is ook heel erg fijn om juist precies zo te doen zoals je zelf graag wil."*

Daarnaast worden contacten met collega's door bijna 15% van de huisartsen genoemd als een stimulerende factor, hoewel dezelfde contacten met collega's soms ook een bron van ergernis en desillusie kunnen zijn. Bij de huisarts werkzaam in een duo-praktijk, van wie het volgende citaat afkomstig is, overheersen de positieve gevoelens.

*"Kijk je hebt niet elke dag iemand met pijn op de borst. Dan weet je het theoretisch wel, maar als iemand dan niet volgens het boekje symptomen heeft, dan moet je toch voor jezelf het idee hebben van ik doe dat en dat. Dan helpt het dat je in een duo-praktijk zit, dat je ruggespraak kunt houden. Dat vind ik lekker, zeker. Ik zou niet graag alleen willen werken. Ook niet omdat je dus nooit weg kan of altijd weer een vervanger moet regelen. Dat is nu ook veel makkelijker."*

Vergelijking van de groepen met hoge en met lage burnout-scores leert dat de verschillen in de positieve elementen die worden genoemd klein zijn. Dat geldt zowel voor het aantal positieve zaken dat wordt aangesneden, als voor

de aard van de punten die worden genoemd. Het enige aspect dat wat minder wordt genoemd door de groep huisartsen met een hoge burnout-score, is de mate waarin het werk als 'afwisselend met aandacht voor uiteenlopende levenssituaties' wordt ervaren.

Tegenover de motiverende elementen verbonden aan het beroep van huisarts staan de aspecten die als minder plezierig of demotiverend worden ervaren. Evenals bij de plezierige kanten van het beroep van huisarts zien we bij de onplezierige kanten een groot aantal verschillende punten die worden genoemd, variërend van hoge werkbelasting tot het ontbreken van voldoende steun vanuit de beroepsvereniging. In tabel 5.2 staat de lijst met onderwerpen die huisartsen dwars zitten.

Tabel 5.2 Demotiverende aspecten verbonden aan het beroep van huisarts en genoemd door de groep respondenten (gewogen, N=559)

	percentage
1 Hoge werkbelasting, weinig vrije tijd	42,3
2 Diensten	29,0
3 Oneigenlijke hulpvragen, gemak waarmee mensen naar arts lopen	31,9
4 Regelgeving, bureaucratie, papierwinkel	20,4
5 Invloed van de media/macht commercie	8,5
6 Grote verantwoordelijkheid, angst voor fouten en gevolgen	5,2
7 Slechte beloning	6,4
8 Onvoldoende waardering van patiënten	9,8
9 Te weinig steun van\houding beroepsvereniging	4,2
10 Veeleisende patiënten, conflictsituaties	20,6
11 Nieuwe ontwikkelingen, technische veranderingen, nascholing	8,6
12 Houding collegae	7,0
13 Maatschappelijke druk omdat je de rol van huisarts hebt, bv. altijd als huisarts benadert worden, makkelijk onderwerp roddel zijn	6,1
14 Overigen	34,1
Geen demotiverende aspecten genoemd	8,8

Als meest neergeschreven klacht komt de hoge werkbelasting, het gebrek aan vrije tijd naar voren. Ruim 40% van de respondenten noemt de werkbelasting als zijnde een negatief punt verbonden aan het beroep van huisarts.

*"Ik vind dat ik hard moet werken. Maar ik ben blij dat ik werk, want ik zou niet weten wat ik moest doen als ik duimen zou moeten gaan draaien. Ik kan me dat niet voorstellen, elke dag op je stoel en een blokje om. Ik moet best wel veel uren maken, maar het is wel te doen. Als ik nou zo'n laatste week bekijk, dan werk ik zo'n 50 uur per week. Maar je kunt toch ook niet zeggen, wat is het een zwaar beroep. Ja, het is wel zwaar, maar toch niet zo dat je werkt met tegenzin."*

Werktijden of het aantal uren dat men wekelijks maakt wordt door veel huisartsen direct gekoppeld aan de diensten, en juist deze combinatie van relatief lange werkdagen en diensten zit veel huisartsen dwars.

*"Ik vind de uren op zich al veel....Mijn ideale praktijk zou een niet al te grote praktijk zijn waar ik het gevoel heb dat ik gewoon rustig mijn werk kan afmaken en niet 's avonds het gevoel heb van het is racen om te zorgen dat ik om zes uur of om half zeven klaar ben. Een praktijk waarbij de diensten heel duidelijk beperkt zouden zijn. Of een dienstenregeling waarbij een compensatie ingebouwd is. Nu komt het voor, als het echt druk is, dat je ook in het weekend continu werkt. Ik denk niet dat dat de patiënt ten goede komt, maar mij komt dat zeker niet ten goede."*

Daarnaast blijkt uit de interviews, dat ook door veranderingen binnen de gezondheidszorg zelf de werkdruk is toegenomen of dat dit in elk geval zo wordt ervaren. Genoemd wordt de begeleiding van patiënten in de terminale fase van hun leven, dat als zwaar maar dankbaar werk wordt gezien. Genoemd wordt ook de thuiszorg aan patiënten, patiënten die tegenwoordig vaak eerder uit het ziekenhuis worden ontslagen, of die langer thuisblijven omdat geen plaats in een verpleeghuis beschikbaar is.

Twee punten die samenhangen met de diensten en die door veel huisartsen als erg vervelend worden ervaren, zijn het aandeel van de 'oneigenlijke' hulpvragen waarmee mensen naar de huisarts stappen en 'eisende' patiënten. Bij oneigenlijke hulpvragen speelt vooral het gemak waarmee mensen de huisarts raadplegen met klachten waarvoor (naar de mening van de huisarts) geen professionele zorg noodzakelijk is. Bij 'eisende' patiënten gaat het bijvoorbeeld om de wens de worden verwezen, om specifieke medicatie of om een huisbezoek, met daaraan gekoppeld mogelijke conflictsituaties die ontstaan als de wensen naar de mening van de huisarts onterecht zijn. Oneigenlijke hulpvragen wordt door 32% van de huisartsen genoemd als een demotiverende factor.

*"Centrale doktersdiensten, die worden helemaal gebruikt als alternatief spreekuur voor door de week. Het wordt steeds drukker, ze hebben geesten opgeroepen die ze niet meer kunnen bedwingen..... Ja, en je kunt niet bij iedere patiënt ruzie gaan maken omdat hij om half elf in het weekend graag de oren uitgespoten wil hebben, omdat hij door de week geen tijd heeft. Ja, en die zondagsdiensten worden ook gebruikt voor een 'second opinion', zo van ik loop al drie weken bij mijn eigen huisarts, wat vindt u ervan. Dat is oneigenlijk....Het is toch belachelijk dat je 's zondagsmorgens om tien uur begint en je ziet dan vijftien mensen met een verkoudheid, dat is toch werkelijk te gek."*

Ruim 20% van de huisartsen, die aan het onderzoek hebben meegewerkt, noemt 'eisende' patiënten als een bron van ergernis. Een voorbeeld van 'eisend' gedrag van patiënten is terug te vinden in het volgend citaat.

*"In zwaarte overwegen de onplezierige kanten niet in aantallen. Als je een onplezierig gesprek hebt gehad of een confrontatie, dat weegt zwaar en dan kan je de rest van het spreekuur prima draaien, maar het zijn toch dingen die mee blijven spelen, zeker als er een vervolg aan moet komen. Wat ik lastig vind? De doordrammers, patiënten die heel moeilijk kunnen relativeren, mensen die op de meest onmogelijke tijden afspraken willen maken omdat ze zo belangrijk zijn overdag en niet gemist kunnen worden, het gebruikt worden, het 'de dokter moet komen'."*

Eveneens 20% van de huisartsen plaatst negatieve kanttekeningen bij de regelgeving rond het beroep van huisarts en de 'papierwinkel' die daarmee vaak samengaat.

*"Belastend vind ik de snelle veranderingen in de ontwikkelingen in het vak zelf, dat je steeds weer met andere regeltjes te maken krijgt en dat je je snel weer moet aanpassen aan wee ideeën of modellen die ontwikkeld worden. Ik voel steeds meer mijn stekels overeind gaan als ik weer zo'n papier krijg".*

Tenslotte in dit verband nog aandacht voor de rol van de media die door ruim 10% van de huisartsen wordt aangehaald als een demotiverende factor. Bij de rol van de media, en dan vooral bij klachten die (naar de mening van de huisarts) eigenlijk niet bij de huisarts thuishoren, zetten een aantal huisartsen kritische kanttekeningen.

*"Soms zijn er van die dingen waarbij je je afvraagt, wat gaat er toch allemaal om in die hoofden. Dan zijn ze boos omdat je neusdruppels hebt voorgeschreven, en dat zou slecht zijn. Dat heeft in de Margriet gestaan. Maar dat houd je toch niet tegen."*

Bij de elementen van het huisartsvak die in het algemeen als demotiverend worden ervaren zijn, in tegenstelling tot de motiverende aspecten, er wel verschillen tussen huisartsen met hoge en met lage burnout-scores. Punten van wrevel die door de groep van meer opgebrande huisartsen vaker of veel vaker worden genoemd zijn de hoge werkbelasting (50% versus 36%), de oneigenlijke hulpvragen (41% versus 19%), de grote verantwoordelijkheid en de angst voor fouten en gevolgen daarvan (8% versus 2%), de nieuwe ontwikkelingen en veranderingen op het vakgebied (27% versus 15%) en conflictsituaties met patiënten (9% versus 3%). Het lijkt erop dat niet het ontbreken van positieve aspecten verbonden aan het beroep van huisarts



samengaat met een gevoel van opgebrand zijn, maar dat het vooral de negatieve kanten van het huisartsenvak zijn waar men over struikelt. De vraag of dergelijke negatieve aspecten ook daadwerkelijk in objectieve zin vaker voorkomen onder de meer opgebrande groep, zal in de volgende paragrafen aan de orde komen.

## 5.2 Werkbelasting en gevoelens van demotivatie

Hoge werkbelasting en weinig vrije tijd worden door ruim 40% van alle huisartsen genoemd als een negatieve punten verbonden het beroep. Nu is werkbelasting een moeilijk te operationaliseren begrip, waaraan zowel objectieve als subjectieve elementen zijn te onderscheiden. Waar de ene huisarts zichzelf prima vindt functioneren bij werkdagen van tien uur of meer, zal een andere huisarts na een werkdag van acht uur het gevoel hebben volledig op te zijn. Eerst wordt ingegaan op een aantal objectieve operationalisaties van werkbelasting en de relatie met burnout, door te kijken naar de verschillen tussen de twee groepen met hoge en lage burnout-scores. Het betreft hier de praktijkgrootte, de gemiddelde tijd die op het spreekuur voor een patiënt wordt uitgetrokken, het aantal patiënten dat per dag wordt gezien, de totale gemiddelde werktijd per dag en de assistentie die in de praktijk wordt genoten. Vervolgens kijken we naar een aantal subjectieve operationalisaties van werkbelasting, zoals de ervaren tijdsdruk, de verwachtingen met betrekking tot het huisartsenvak, de mate van tevredenheid waarmee het beroep wordt uitgeoefend en de discrepantie tussen hetgeen in patiëntencontacten wordt geïnvesteerd en de opbrengst van deze contacten. De tabellen 5.3 en 5.4 geven een overzicht van de frequentieverdelingen van de aspecten die staan voor de feitelijke werkbelasting bij de volledige groep respondenten.

Tabel 5.3 Feitelijke werkbelasting van huisartsen (gewogen, N=563)

	totale groep gemiddelde	st. dev.
aantal patiënten	2338,1	571,0
gemiddelde tijd/patiënt op spreekuur (minuten)	9,7	1,8
patiënten per dag	35,6	9,8
totale werktijd (zonder diensten)	46,9	13,6
spreekuur	24,8	9,7
visites	10,2	5,6
overig	9,1	5,9

Tabel 5.4 Beschikbare assistentie in de huisartspraktijk (gewogen, N=563)

assistentie	% ja	uren	st.dev.
partner	56,7	20,1	15,5
assistente	84,6	33,8	10,6
apothekers-assistente	10,7	32,3	12,8
assistent-arts	9,5	21,8	13,9
anders	7,2	12,7	13,5

De gemiddelde praktijkgrootte voor de groep huisartsen in onze steekproef bedraagt (gewogen naar de totale populatie) circa 2350 patiënten. De tijd die op het spreekuur per patiënt wordt uitgetrokken komt uit op bijna tien minuten. Per werkdag zijn er contacten met gemiddeld circa 35 patiënten.

De totale werktijd, waarbij de avond- nacht- en weekenddiensten niet in de berekening zijn betrokken bedraagt bijna 47 uur per week, waarbij 25 uur wordt besteed aan de spreekuren en ruim tien uur aan huisbezoeken. De resterende uren vallen in de categorie 'overige activiteiten'.

Nagenoeg alle huisartsen hebben enige vorm van assistentie in de praktijk. Bijna 85% kan beschikken over een praktijkassistente, tussen de 55 en 60% heeft een partner die (deels part-time) assisteert. Andere vormen van assistentie die door 5 tot 10% van de huisartsen worden genoemd zijn een apothekersassistente, een arts-assistent en medewerkers vallend in de categorie 'anders'. Praktijk- en apothekersassistentes werken gemiddeld vier dagen per week en komen uit op ruim 32 werkuren. Meewerkende partners doen dit circa 20 uur per week, en een vergelijkbaar aantal uren wordt gewerkt door de arts-assistenten.

Met betrekking tot de verschillen tussen groepen huisartsen die in meer of mindere mate zijn opgebrand, kan onze conclusie kort zijn. Eén van de weinige verschillen dat na statistische toetsing blijft bestaan is het gemiddeld aantal patiënten per praktijk. Voor huisartsen met lage burnout-scores bedraagt dit aantal 2365, terwijl het gemiddelde voor de groep huisartsen met een hoge score uitkomt op 2215. Uit variantie-analyses blijkt daarnaast een verband met het aantal keren dat weekenddiensten worden gedraaid. Huisartsen met een relatieve lage burnoutscore geven aan dat ze wat minder vaak dienst doen in het weekend (1,9 versus 2,4 keer in de acht weken). Het niveau van opgebrand zijn verschilt niet tussen huisartsen die full-time werken en zij die part-time werken.

Het in meer of mindere mate opgebrand zijn van huisartsen hangt niet of nagenoeg niet samen met de feitelijke werkbelasting. De vraag die vervolgens gesteld kan worden betreft de samenhang tussen burnout en subjectieve werkbelasting; de werkbelasting zoals die door de huisarts wordt ervaren.

Op elk van de genoemde aspecten van ervaren werkomstandigheden blijken huisartsen met hoge burnout-scores meer problemen te ondervinden dan hun laag scorende collegae. De gemiddelde waarden voor de schalen, die de verschillende aspecten van de subjectief ervaren werkomgeving vertegenwoordigen, zijn voor de voor de beide groepen opgenomen in tabel 5.5.

Tabel 5.5 Verschil in ervaring van het werk tussen groepen met lage en hoge burnout-scores (ongewogen)

	minder burnout (N=121)		meer burnout (N=119)		
	gem.	st.dev.	gem.	st.dev.	
ervaren werkbelasting	37,2	7,5	54,5	10,8	sign.
tijdsdruk	13,5	3,0	16,8	3,2	sign.
verwachting	11,5	1,8	14,3	1,9	sign.
arbeidsontevredenheid	6,8	2,2	11,2	2,9	sign.
discrepantie	13,4	2,0	15,9	2,1	sign.

Huisartsen met hoge burnout-scores blijken een grotere werkbelasting te ervaren, minder plezier in hun werk te hebben en meer ontevreden te zijn met de tijd die ze hebben voor praktijk, gezin en zichzelf. Hun verwachtingen over het werk zijn minder uitgekomen en ze ervaren meer het gevoel dat de discrepantie tussen investering en opbrengst uit evenwicht is. Dit alles in vergelijking met de groep huisartsen met een laag niveau van burnout.

### 5.3 De arts-patiënt relatie

De relatie met de patiënt kan voor de arts zowel een bron van motivatie als van demotivatie zijn, waarbij het met name de 'lastige patiënten' zijn die het verschil uitmaken tussen plezier en verdriet in het werk. Wat zijn nu de patiëntcontacten waarvan verwacht mag worden dat deze door de arts als vervelend worden ervaren? Hoe vaak komen dergelijke contacten voor? En worden sommige van deze contacten als meer belastend ervaren dan andere?

Om op deze vragen een antwoord te krijgen zijn achttien situaties gedefinieerd waarvan mag worden aangenomen dat zij in min of meerdere mate een extra belasting vormen voor de huisarts. Bij deze situaties is gevraagd of deze vaak voorkomen en hoe sterk het gevoel van belasting is als men met een dergelijke situatie wordt geconfronteerd. In tabel 5.6 staan de antwoordpercentages voor zowel de mate waarin deze situaties (zijn) voor(ge)komen, als de mate waarin de situatie als belastend wordt ervaren. De antwoordpercentages voor de mate van belasting hebben betrekking op die groep huisartsen die ook daadwerkelijk met de betreffende situaties in de praktijk te maken hebben gehad.

In de vraagstelling is geen tijdshorizon opgenomen. Wel is wat betreft de dreiging met fysiek geweld apart gevraagd of, en zo ja hoe vaak, dat in het afgelopen jaar is voorgekomen.

Tabel 5.6 Frequentie en voorkomen van lastige patiëntcontacten (gewogen, N=563)

	frequentie				belasting			
	1	2	3	4	1	2	3	4
1 huisbezoek bij eigen patiënt dat naar uw mening niet noodzakelijk was	1,6	42,2	50,8	5,4	20,8	49,1	25,1	5,0
2 patiënt die klaagde dat u hem of haar te lang hebt laten wachten	12,7	53,8	30,8	2,7	43,7	38,9	15,6	1,8
3 patiënt die erop aandrong doorverwezen te worden, wat u onnodig vond	0,4	17,4	67,7	14,6	19,1	46,4	28,8	5,7
4 patiënt die aandrong op een test, die u onnodig vond	1,5	28,5	56,5	13,5	33,4	58,7	13,8	2,1
5 patiënt die aandrong op een medicijn dat u niet geschikt vond	11,7	47,2	37,3	3,8	37,4	38,3	18,3	6,0
6 patiënt die een medische verklaring verlangde, die u niet nodig vond	6,0	39,8	41,8	12,4	23,5	32,6	31,8	12,1
7 patiënt die dreigt naar de medische tuchtraad te stappen om te klagen	60,9	35,3	3,7	0,1	11,5	14,1	27,1	47,3
8 patiënt die dreigde naar een andere huisarts te stappen	13,3	54,4	30,9	1,4	35,5	28,1	28,6	7,8
9 patiënt die vaak op uw spreekuur komt maar voorschriften nauwelijks opvolgt	2,2	22,2	60,8	14,8	20,8	43,1	28,8	7,3
10 patiënt die geen dankbaarheid toont, ondanks gewetensvolle behandeling	4,6	43,1	42,0	10,3	44,5	38,5	14,4	2,6
11 patiënt die u niet met respect en beleefdheid benadert, die u verdient	9,4	55,7	31,7	3,2	38,1	36,3	21,0	4,6
12 patiënt die u vroeg onjuiste informatie op een medisch certificaat te zetten	46,8	43,2	9,6	0,4	31,2	19,9	26,2	22,7
13 rouwende patiënt die u de dood van een familielid verwijt	37,4	52,8	9,0	0,8	5,5	19,2	40,3	35,0
14 neurotische klagende patiënt, hoewel u alles doet om hem/haar te helpen	0,8	17,4	58,1	23,7	4,6	32,5	41,3	21,6
15 patiënt tijdens waarneming met probleem dat ook tot spreekuur kan wachten	0,2	10,2	46,2	43,4	7,1	36,7	38,3	17,7
16 huisbezoek bij waarneming voor klacht die telefonisch kon worden afgehandeld	3,7	25,0	56,1	15,2	9,1	32,5	40,7	17,6
17 patiënt die uw gezin bedreigt	75,0	21,6	2,9	0,5	3,4	7,7	15,0	73,9
18 patiënt die u fysiek bedreigt	54,3	41,7	4,0	-	7,7	17,2	22,5	52,6

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

Noot: De mate waarin deze situaties als belastend ervaren worden is alleen berekend voor de huisartsen die zo'n situatie ooit hebben meegemaakt.

Kijken we eerst naar de mate waarin de verschillende 'lastige' patiëntcontacten voorkomen, dan zien we dat patiënten die doorverwezen willen worden ondanks dat de huisarts dat niet nodig vindt, patiënten die voortdurend klagen en patiënten die de arts tijdens de waarneming onnodig laten komen, het meest voorkomen. Meer dan 80% van de huisartsen geeft aan dat zij 'soms' of 'vaak' met dergelijke patiënten worden geconfronteerd. Andere voorbeelden van 'lastige' patiëntcontacten' die vaak voorkomen, zijn patiënten die aandringen op een huisbezoek dat eigenlijk niet nodig is, patiënten die aandringen op een test die eigenlijk niet nodig is, patiënten die een medische verklaring wensen zonder dat daarvoor de noodzaak aanwezig is, frequente spreekuurbezoekers die voorschriften van de huisarts nauwelijks opvolgen, ondankbare patiënten en patiënten die tijdens de waarneming worden gezien voor een klacht die (naar de mening van de huisarts) ook per telefoon afgehandeld had kunnen worden.

Niet elke situatie waarin sprake is van een 'lastige' patiënt, wordt door de huisarts als sterk belastend ervaren. Zo vindt minder dan 20% van de huisartsen de patiënt die aandringt op een (onnodige) test of een patiënt die geen dankbaarheid toont ondanks de gewetensvolle behandeling door de huisarts, sterk belastend gezien. De dreiging met fysiek geweld ervaart meer dan driekwart van de huisartsen als sterk belastend.

De meest belastende situatie van de achttien voorbeelden die zijn voorgelegd, betreft de bedreiging van het gezin van de huisarts. Weliswaar komt een dergelijke situatie zelden voor (25% van de huisartsen zegt dit ooit te hebben meegemaakt, 3% van alle huisartsen 'soms' of 'vaak'), maar als het voorkomt ervaren bijna 90% van de huisartsen het als sterk belastend.

*"...die afspraak strookt dan niet met de wens van de mensen. Een collega van mij is gisteravond nog bedreigd, dat ze wel even bij hem langs zouden komen slopen om medicijnen. De een zal daar gevoeliger voor zijn dan de ander. Ikzelf ben daar heel gevoelig voor. Als ze mij bedreigen ben ik gewoon bang. Het gebeurt ook thuis. En dat is niet alleen erg voor mij, maar ook voor mijn partner.... Als je één of twee keer zo iets meemaakt, dan blijft dat wel bij, want het gevoel dat houd je, dat er altijd de kans is dat er echt iets gebeurt."*

Andere situaties die relatief weinig voorkomen maar als zeer belastend worden ervaren zijn 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.

Bijna de helft van de huisartsen (om precies te zijn 45,7%) zegt ooit door een patiënt fysiek te zijn bedreigd; 4% geeft aan dat dit 'soms' gebeurt. Deze bedreiging wordt zowel door eigen patiënten als door patiënten tijdens de waarnemingen geuit, waarbij het er op lijkt dat het laatste relatief wat vaker voorkomt dan het eerste en ook in wat meer extreme vorm.

Dat de ene huisarts beter opgewassen lijkt tegen de dreiging met geweld dan de ander, blijkt uit onderstaand citaat.

*"Al die verhalen over agressie waarover gesproken en geschreven wordt. Ja, ik heb hier ook weleens iemand de tent uitgetild, maar eh.. dat is meer de ver-van-mijn-bed show. Ja, weleens onder bedreiging van een mes of pistool ergens naartoe gereden, dat ik de politie bel en zeg: jongens, dit en dat is gaande, ik ga er naar toe en ik vind het wel leuk als jullie om de hoek staan te kijken. Maar ja, dat heeft de politie-agent, dat heeft de bakker, de juwelier, dat heeft de pompbediende honderd keer erger."*

Ruim 40% van alle huisartsen heeft meegemaakt dat er is bedreigd met de tuchtraad of heeft de verwijten gevoeld van familieleden over de dood van een patiënt.

Behalve dat is gevraagd of het ooit is voorkomen dat de huisarts zelf met fysiek geweld is bedreigd, is dezelfde vraag ook gesteld over de tijdsduur van een jaar. Over één jaar genomen geeft 25,4% van de Nederlandse huisartsen aan minimaal tenminste één keer daadwerkelijk fysiek te zijn bedreigd. Eén huisarts geeft aan, dat hij over de periode van een jaar tijdens waarneemdiensten door één en dezelfde persoon meer dan twintig keer is bedreigd met geweld. Dit is echter een uitzondering. De schatting dat één op de vier huisartsen over een jaar genomen fysiek is bedreigd, is hoger dan het percentage van circa 10% dat naar voren komt uit de enquête van het Nieuwsblad Gezondheidszorg, wellicht als gevolg van een andere manier van vragen. Bij de enquête van het Nieuwsblad Gezondheidszorg is vooral gewerkt met 'open' vragen. In de vragenlijst bij het burnout-onderzoek is expliciet gevraagd of het daadwerkelijk is voorgekomen dat de de huisarts fysiek is bedreigd.

Situaties die relatief vaak voorkomen en waarvoor bovendien geldt dat deze door meer dan 50% van de huisartsen als 'vrij sterk' of 'zeer sterk' belastend worden beoordeeld, hebben vooral betrekking op situaties rondom de waarneming (het laten komen voor klachten die per telefoon kunnen worden afgehandeld en het raadplegen voor klachten die op het spreekuur thuisshoren) en de neurotische patiënt die onophoudelijk klaagt. Tussen de 70 en 90% van de huisartsen zegt 'soms' of 'regelmatig' met dergelijke situaties te maken te hebben. Rond de 60% van hen ervaart de belasting van dergelijke situaties als 'vrij sterk' of 'zeer sterk'.

Voor de meest belastende situaties en de situaties die èn zwaar belastend èn vaak voorkomen, is nagegaan of er wat het voorkomen van dergelijke situaties betreft verschillen zijn tussen de groep met hoge burnout-scores en de groep met lage burnout-scores.

Tabel 5.7 Voorkomen van sterk belastende situaties bij huisartsen met hoge en lage burnout-scores (ongewogen)

	minder opgebrand (N≈121)	meer opgebrand (N≈119)	
	% 'soms' en 'vaak'	% 'soms' en 'vaak'	signifi- cantie
Een patiënt die bedreigd heeft naar de medische tuchtraad te stappen om over u te klagen	1,7	10,1	sign.
Een rouwende patiënt die u de dood van een familielid verwijt	9,1	16,9	n.s.
Een neurotische patiënt die onophoudelijk klaagt, alhoewel u alles doet om hem of haar te helpen	86,0	85,6	n.s.
Een patiënt die u tijdens de waarneming raadpleegt over een probleem dat ook tot het spreekuur had kunnen wachten	87,4	98,3	sign.
Een patiënt die u tijdens de waarneming laat komen voor een klacht die ook over de telefoon kon worden afgehandeld	60,9	83,1	sign.
Een patiënt die uw gezin bedreigt	1,6	5,9	sign.
Een patiënt die u fysiek bedreigt	0,8	9,2	sign.

Tabel 5.7 laat zien, dat dit inderdaad het geval is. 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 tuchtraad 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 afgehandeld hadden kunnen worden.

Bedreiging van de huisarts met geweld of met de medische tuchtraad zijn voorbeelden van gebeurtenissen die weliswaar niet vaak voorkomen, maar als zij voorkomen waarschijnlijk een diepe indruk zullen achterlaten bij de huisarts. Een indruk die soms de druppel kan zijn die de emmer doet overlopen en op grond waarvan de huisarts besluit te stoppen met de uitoefening van het vak. Een extreem voorbeeld van een dergelijke situatie wordt aangehaald in een recente krantenpublicatie van 13 december 1991. Hierin wordt melding gemaakt van een Rotterdamse huisarts die zijn praktijk heeft gesloten na maandenlange intimidaties door een vader en diens zoon. Ze bedreigden de arts en zijn familie met de dood, vernielden de wachtkamer en gooiden de ruiten in.

Om te weten of dit soort invloedrijke gebeurtenissen vaak voorkomen is hierover een aparte vraag gesteld. Ruim 60% van de artsen zegt ooit een

negatieve gebeurtenis meegemaakt die sterk van invloed is geweest op de manier waarop de betreffende huisarts aankijkt tegen zijn of haar werk. Wat minder huisartsen (54%) maken melding van een positieve gebeurtenis. Bijna de helft van de huisartsen hebben zowel positieve als negatieve gebeurtenissen meegemaakt. Bij de groep met lage burnout-scores hebben ruim drie keer zoveel artsen enkel positieve gebeurtenissen meegemaakt dan in de groep met hoge burnout-scores en is ook het percentage met negatieve gebeurtenissen lager. In de groep met hoge burnout-scores heeft ruim de helft beide gebeurtenissen meegemaakt, tegenover bijna 30% in de groep met lage burnout-scores. Een negatieve gebeurtenis laat blijkbaar een sterker spoor achter dan een positieve gebeurtenis.

Tabel 5.8 Positieve of negatieve gebeurtenissen meegemaakt door huisartsen, die de houding van de huisarts ten opzichte van het werk sterk hebben beïnvloed?

	hele groep (N=530, gewogen)	minder opgebrand (N= 121, ongew.)	meer opgebrand (N= 119, ongew.)
ja, positieve gebeurtenis	9,2	16,1	4,3
ja, negatieve gebeurtenis	15,8	12,7	17,5
beide	44,6	29,8	53,2
nee	30,4	41,4	25,0

Twee gebeurtenissen worden vaak genoemd in positieve zin. Dit zijn gebeurtenissen waarin patiënten blijken te geven van waardering en stervensbegeleiding. Beide gebeurtenissen worden door ongeveer 28% van de artsen genoemd. Andere gebeurtenissen die meerdere keren genoemd worden zijn het stellen van de juiste diagnose (15%), een goede relatie krijgen in moeilijke situaties (10%), zichzelf positief ontwikkelen (8,3%), positieve reacties bij euthanasie (4,4%) en bevallingen (5,4%). Een combinatie van de hierboven omschreven gebeurtenissen vinden we terug in onderstaand citaat uit een van de interviews.

*"....een slecht bericht, iemand heeft kanker en er is weinig meer aan te doen. Dat vind ik niet makkelijk, maar dat vind ik ook de interessante en leuke dingen van het huisartsenvak. Iemand daarin begeleiden en het toch voor hem of haar zo prettig mogelijk laten verlopen.....Het klinkt misschien gek, maar dan is iemand overleden en dan heb ik daar toch een heel positief gevoel over..... Je hebt dan met dat gezin een hele ontwikkeling doorgemaakt, en je kunt dan ook zeggen: het is zoals het is gegaan. Dit is denk ik het mooiste wat ik heb kunnen doen..... Het is behoorlijk intensief en de mensen waarderen dat ook. Je krijgt er heel veel positiefs voor terug."*



Negatieve gebeurtenissen die relatief vaak worden genoemd zijn het missen van een diagnose of een verkeerde behandeling die noodlottig blijkt te zijn voor de patiënt (genoemd door 18% van de 312 personen die één of meerdere negatieve gebeurtenis(sen) hebben vermeld), verbale en fysieke agressie (door 15% genoemd), gevallen van zelfdoding (door 13% genoemd), fouten en/of tuchtcollegezaken (door 10% genoemd) en de negatieve houding van patiënten (door 12% genoemd). De omschrijvingen variëren van "een doseringsfout die leidt tot bijwerkingen. Geen schade bij de patiënt, maar wel angst- en schuldgevoelens bij mij" tot beschrijvingen van situaties waarbij sprake is van fysieke bedreiging of daadwerkelijk fysiek geweld.

#### 5.4 De waarneemregeling

Naast de werkdruk en lastige patiënten, vormen de weekenddiensten en waarneemregelingen voor veel huisartsen een belasting die als negatief wordt ervaren. Dertig procent van de huisartsen in Nederland noemt de diensten als een punt dat hen dwars zit bij de uitoefening van het vak.

De gemiddelde waarneemgroep van de groep huisartsen die door ons is ondervraagd, bestaat (na weging) uit zeven artsen (zie tabel 5.9). Het aantal keer dat men dienst doet over een periode van acht weken is het grootst bij de nachtdiensten, bijna dertien keer. Zes keer doet men dienst in de avonden en slechts twee keer in het weekend. Hierbij moet worden aangetekend dat niet bekend is hoe lang een dienst duurt en wijzen de hoge waarden van de standaard afwijking erop dat de verschillen tussen de artsen, zowel wat de grootte van de waarneemgroep betreft als wat betreft het aantal diensten, groot zijn.

Tabel 5.9 Aantallen artsen in de waarneemregeling en de aantallen keren dat dienst wordt gedaan in acht weken (gewogen)

	aantal artsen		aantal keer dienst	
	gem.	st.dev.	gem.	st.dev.
avonddienst (N=530)	7,21	9,99	7,78	6,07
nachtdienst (N=460)	6,44	11,24	12,96	12,86
weekenddienst (N=550)	7,41	5,22	2,17	1,53

Het aantal keer dat tijdens de diensten een beroep op de arts wordt gedaan varieert. Doet men dienst voor de eigen praktijk, dan wordt de arts het minst geraadpleegd. Bijna vijf keer gedurende de avond/nacht, zeven keer in het weekend. Bij de waarneming voor meerdere artsen is er een verschil tussen de diensten tijdens de avond en nacht en de weekenddiensten.

's Avonds en 's nachts wordt tussen de zeven en acht keer een beroep gedaan op de huisarts, terwijl voor de weekenddienst een gemiddeld aantal contacten van bijna 40 geldt.

Hulpvragen die worden geuit tijdens een waarneemdienst en waarvan de huisarts vindt dat deze eigenlijk best zouden kunnen wachten tot het gewone spreekuur of het speciale weekendspreekuur, worden door veel huisartsen als extra belastend ervaren; 'oneigenlijke hulpvragen'. Bij een flink deel van de contacten tijdens de avonden, nachten en weekenden heeft, gaat het naar het idee van de huisarts, om zulke oneigenlijke hulpvragen. Tabel 5.10 laat zien om welke percentages het gaat, waarbij een opdeling is gemaakt naar de situatie waarin wordt waargenomen voor andere artsen en de situatie waarbij dienst wordt gedaan voor de eigen praktijkpopulatie.

Tabel 5.10 Aantal keren dat een wordt gedaan op de huisarts en het percentage oneigenlijke hulpvragen bij waarneming en diensten voor eigen praktijk (gewogen)

	keer geraadpleegd		percentage oneigenlijke hulpvragen	
	gem.	st.dev.	gem.	st.dev.
<b>waarneming</b>				
avond/nachtdienst (N≈530)	7,48	7,05	34,51	23,64
weekenddienst (N≈530)	38,97	18,90	38,26	23,34
<b>eigen praktijk</b>				
avond/nachtdienst (N≈415)	4,71	4,65	25,68	22,63
weekenddienst (N≈410)	7,08	4,92	29,42	22,29

Het percentage oneigenlijke hulpvragen is het grootst bij de diensten waarbij wordt waargenomen voor meerdere praktijken en komt uit op gemiddeld tussen de 34 en 39% van alle problemen die tijdens deze periode worden gezien. Betreft het dienst voor de eigen praktijkpopulatie, dan wordt tussen de 25 en 30% van de hulpvragen beoordeeld als 'oneigenlijk' gebruik van de dienst. Of er inderdaad sprake is van een verschil, of dat dit verschil er enkel is in de perceptie van de huisarts waarbij het makkelijker is klachten van 'vreemde' patiënten te bestempelen als oneigenlijk, kan op basis van deze gegevens niet worden nagegaan.

Om na te gaan wat huisartsen verstaan onder een oneigenlijke hulpvraag is gevraagd drie voorbeelden van een oneigenlijke hulpvraag te noemen. De voorbeelden die worden genoemd staan vermeld tabel 5.11.

Tabel 5.11 Voorbeelden van oneigenlijke hulpvragen (gewogen, N=563)

	percentage 'oneigenlijk'
1 Een niet ernstige klacht, waarvoor je niet naar de huisarts hoeft zoals kleine snijwondjes, eerste dag koorts	47,7
2 De hulpvraag had uitgesteld kunnen worden, is niet dringend. Men had tot de reguliere spreekuurtijd kunnen wachten	29,5
3 De patiënt maakt gebruik van weekend- of avonddienst, omdat het overdag niet uit komt bijv om het werk niet te verzuimen	23,5
4 Vergeten door de week medicijnen aan te vullen, herhaalrecepten	27,8
5 Second opinion	24,0
6 Men vraagt hulp tijdens avond, weekend of nacht, terwijl de klachten reeds langer bestonden	44,2
7 De vraag heeft geen medische relevantie, ook vragen over openingstijden apotheek, wanneer is spreekuur, niet relevant voor de huisarts	16,6
8 Ooruitspuiten	28,2
9 Klagen van kinderen over behandeling ouders	5,1
10 Overigen	12,5
Noemt geen voorbeelden van oneigenlijke hulpvragen	6,7

Specifieke klachten worden nauwelijks genoemd. De uitzondering is het vragen om de oren uit te laten spuiten gedurende de dienst, genoemd door 28% van de deelnemers aan ons onderzoek.

Tabel 5.12 Verschillen in het aantal keer dat huisartsen geraadpleegd worden tijdens diensten en het percentage als oneigenlijk gepercipieerde hulpvragen, bij groepen huisartsen met hoge en lage burnout-scores (ongewogen)

	minder opgebrand (N=121)		meer opgebrand (N=119)		signifi- cantie
	gem.	st.dev.	gem.	st.dev.	
<b>waarneming</b>					
nacht/avonddienst					
freq. geraadpleegd	7,8	9,0	8,0	4,4	n.s.
perc. oneigenlijke hulpvragen	31,1	21,8	41,8	23,6	sign.
weekenddienst					
freq. geraadpleegd	38,1	16,5	38,9	17,8	n.s.
perc. oneigenlijke hulpvragen	35,1	20,7	45,4	23,5	sign.
<b>eigen praktijk</b>					
nacht/avonddienst					
freq. geraadpleegd	4,0	3,4	5,2	3,9	sign.
perc. oneigenlijke hulpvragen	24,3	21,2	33,5	23,4	sign.
weekenddienst					
freq. geraadpleegd	8,5	7,1	8,0	7,3	n.s.
perc. oneigenlijke hulpvragen	27,9	21,0	36,0	23,2	sign.

Voor het overige blijkt het oneigenlijke vooral te zitten in ofwel het tijdstip waarop de hulpvraag wordt gesteld (om verschillende redenen kan de patiënt geen gebruik maken van het spreekuur door de week), of in het feit dat de vraag niet ernstig genoeg is om de huisarts te raadplegen. Met betrekking tot oneigenlijke hulpvragen wordt door de meeste huisartsen de rol van de media als negatief ervaren. Bijna 80 procent vindt dat de media de oneigenlijke hulpvraag stimuleren.

Diensten en de mate waarin tijdens deze diensten een oneigenlijk beroep wordt gedaan op de huisarts hangen voor een deel samen met burnout, zo blijkt uit tabel 5.12. Artsen die minder opgebrand zijn geven aan minder vaak geraadpleegd te worden in de avond/nacht als ze dienst doen voor de eigen praktijk. Het percentage oneigenlijke hulpvragen ligt over de hele linie hoger bij artsen die meer opgebrand zijn.

Ruim een kwart van alle artsen geeft aan dat zij onder de vervelende weekenddiensten uitkomen door deze diensten uit te besteden, gemiddeld worden door deze groep ruim zeven diensten per jaar uitbesteed. Huisartsen met een hoge burnoutscore blijken diensten vaker uit te besteden dan de groep huisartsen met een lage burnoutscore.

## 5.5 De relatie tussen praktijkvorm en burnout

Bij de opzet van het onderzoek is gekozen voor de oververtegenwoordiging van huisartsen werkend in gezondheidscentra en groepspraktijken. Dit is gedaan, omdat het voor zowel de overheid als de beroepsorganisaties beleidsmatig interessant is te weten of samenwerking van invloed is op de werkbeleving van de huisarts. Tabel 5.13 laat zien dat de groepen met huisartsen die meer dan gemiddeld en minder dan gemiddeld zijn opgebrand weliswaar verschillen naar praktijkvorm, maar dat die verschillen niet het gehanteerde significantieniveau van  $p < .05$  bereiken.

Tabel 5.13 Praktijkvorm van huisartsen met relatief hoge en relatief lage burnout-scores (ongewogen)

	minder opgebrand (N = 121)	meer opgebrand (N = 119)
% huisartsen werkzaam in solo-praktijk	28,9	20,5
% huisartsen werkzaam in duo-praktijk	24,0	27,4
% huisartsen werkzaam in groepspraktijk	19,0	27,4
% huisartsen werkzaam in gez.centrum	28,1	24,8

Ook als we kijken naar de drie dimensie van opgebrand zijn - emotionele uitputting, depersonalisatie en persoonlijke (on)bekwaamheid - blijkt, dat er geen significante verschillen zijn tussen huisartsen werkend in solopraktijken, duopraktijken, groepspraktijken en gezondheidscentra.

## **5.6 Verschillen in praktijkpopulatie tussen stad en platteland**

In de voorgaande paragrafen zijn de aspecten beschreven die huisartsen als onplezierig en demotiverend ervaren. Met name is hierbij aandacht geschonken aan aspecten als werkbelasting, lastige patiënten en oneigenlijke hulpvragen en diensten. Voor een aantal van deze aspecten geldt dat urbanisatiegraad - of wellicht beter het verschil tussen (grote) stad en platteland - als een achterliggende variabele geldt.

De praktijkpopulatie van het huisartspraktijken op het platteland is anders als die in de grote stad. Zo wordt in een studie van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (Garretsen en Raat, 1989) een aantal punten genoemd waarop de gezondheid van de bevolking in de grote steden verschilt van die in de rest van het land. In de grote stad komen meer gevallen voor van geslachtsziekten en aids, het aantal opnames in psychiatrische ziekenhuizen is groter, het gebruik van harddrugs ligt hoger. In grote steden wonen relatief veel ouderen en mensen uit etnische minderheden, personen die vaak tot de laagste sociaal-economische klassen behoren en die ook voor wat betreft de gezondheid kwetsbaar zijn. Tot slot is in de grote stad meer sprake van verkeersoverlast, verontreiniging en woont men dichter op elkaar. Dat de morbiditeit in de grote stad duidelijk verschilt van die op het platteland, wordt bevestigd door de resultaten van de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (Van der Velden et al, 1991). Bovendien geldt dat in de grote stad mensen sneller verhuizen en ook zonder te verhuizen makkelijker van huisarts wisselen (Querido, 1988). Op basis van genoemde onderzoeken kan vermoed worden dat het voeren van een praktijk in een stad zwaarder is dan in een dorp. Ook waar dit betrekking heeft op bijvoorbeeld het aantal en de aard van de demotiverende aspecten verbonden aan het huisartsenberoep.

De vraag die in relatie tot het voorkomen van burnout gesteld kan worden, heeft betrekking op de mate waarin vervelende kanten verbonden aan het beroep van huisarts, zoals praktijkbelasting, de arts-patiënt relatie en de waarneemdiensten die de huisarts vervult, variëren met de urbanisatiegraad. Eerst willen we echter een overzicht presenteren van de verdeling naar urbanisatiegraad voor de groepen in meer en mindere mate opgebrande huisartsen. Tabel 5.14 geeft deze verdelingen.

Tabel 5.14 Urbanisatiegraad van huisartsen met relatief hoge en lage burnout-scores (ongewogen)

	minder opgebrand (N= 121)	meer opgebrand (N= 119)
platteland	26,4	24,8
vestedelijk platteland	47,1	33,3
steden (> 50.000 inw.)	14,0	20,5
grote steden (A'dam, R'dam, Den Haag)	12,4	21,4

Huisartsen die een hoge burnoutscore hebben, blijken relatief vaak gevestigd te zijn in de steden en grote steden. Huisartsen met lage burnout-scores hebben verhoudingsgewijs vaak een praktijk op het (verstedelijk) platteland.

Tabel 5.15 Verschillen in werkomgeving en invloedrijke gebeurtenissen tussen huisartsen, uitgesplitst naar urbanisatiegraad (gewogen)

	platteland	verstedelijk platteland	stad (>50.000)	grote stad (A'dam, R'dam, Den Haag)	signifi- cantie
<b>feitelijke werkomgeving (N≈560)</b>					
praktijk grootte (gem.)	2380	2226	2268	1954	sign.
aantal patiënten per dag	35	35	33	34	n.s.
tijd per patiënt	9,9	9,7	10,0	10,1	n.s.
werkuren	46,5	44,7	45,1	42,0	n.s.
<b>invloedrijke gebeurtenissen (N≈530)</b>					
% positief	13,5	10,4	4,1	5,1	sign.
% negatief	14,7	14,2	20,4	12,0	
% beide	42,6	36,4	49,8	64,4	
% geen	29,2	39,0	25,7	18,5	
<b>vervelende patiëntcontacten (N≈540)</b>					
gem. somscore	42,0	42,6	43,1	46,0	sign.
% fysiek bedreigd	18,5	21,8	28,9	38,7	sign.
% oneigenlijke hulpvragen	29,4	33,7	35,3	37,4	sign.
<b>diensten (N≈410-530)</b>					
aantal avonddiensten	8,7	7,3	6,6	5,8	sign.
aantal nachtdiensten	13,4	12,0	10,5	7,6	sign.
aantal weekenddiensten	2,2	2,0	2,1	2,1	n.s.
aantal keren geraadpleegd					
avond/nacht, waarneming	6,0	7,4	7,5	11,9	sign.
weekend, waarneming	37,8	41,6	41,4	30,5	sign.
avond/nacht, eigen praktijk	4,7	4,7	4,8	5,1	n.s.
weekend, eigen praktijk	8,8	8,2	6,5	5,4	sign.

Voor een aantal van de belangrijkste variabelen waarbij een verband vermoed kan worden met burnout, is gekeken naar de verschillen in urbanisatiegraad. Dit overzicht wordt gepresenteerd in tabel 5.15 (zie vorige bladzijde).

Tabel 5.15 laat zien dat het aantal vervelende patiëntcontacten met name in de drie grote steden significant hoger ligt dan in de rest van Nederland. Het aantal artsen dat het afgelopen jaar fysiek bedreigd is neemt toe met de urbanisatiegraad. Op het platteland geeft 18,5% van de huisartsen aan fysiek bedreigd te zijn. In de grote steden komt het vergelijkbare percentage uit op 38,7%, terwijl voor het verstedelijkt platteland en steden met meer dan 50.000 inwoners percentages gelden van respectievelijk 21,8% en 28,9%.

Uit het aantal artsen dat aangeeft een invloedrijke gebeurtenis te hebben meegemaakt, blijkt dat een praktijk voeren in de grote stad een enerverende bezigheid is. Ruim 80% van de artsen in de drie grote steden heeft zo'n invloedrijke gebeurtenis meegemaakt, waarbij het voor 65% van de artsen in de grote steden gaat om zowel positieve als negatieve gebeurtenissen. In de (middelgrote) steden is dit percentage 50% en op het (verstedelijkt) platteland heeft rond de 40% zowel positieve als negatieve gebeurtenissen meegemaakt. Alleen een negatieve gebeurtenis komt het meeste voor in de overige steden. Enkel positieve gebeurtenissen komen wat vaker voor bij huisartsen op het (verstedelijkte) platteland dan in de (grote) steden.

Tabel 5.16 Voorkomen van sterk belastende situaties bij huisartsen naar urbanisatiegraad (gewogen, N=540-560)

	% 'soms' of 'vaak'			
	platte-land	verstede-lijk platteland	steden	grote steden
Een patiënt die gedreigd heeft naar de medische tuchtraad te stappen om over u te klagen	4,4	3,6	4,0	10,0
Een rouwende patiënt die u de dood van een familielid verwijt	9,6	10,8	8,7	12,5
Een neurotische patiënt die onophoudelijk klaagt, alhoewel u alles doet om hem of haar te helpen	81,1	80,3	82,5	90,1
Een patiënt die u tijdens de waarneming raadpleegt over een probleem dat ook tot het spreekuur had kunnen wachten	89,2	87,5	96,8	94,4
Een patiënt die u tijdens de waarneming laat komen voor een klacht die ook over de telefoon kon worden afgehandeld	65,4	74,3	77,0	81,3
Een patiënt die uw gezin bedreigt	3,8	2,1	4,0	3,8
Een patiënt die u fysiek bedreigt	3,2	3,1	5,6	5,0

Eén categorie van invloedrijke gebeurtenissen is vervolgens apart bekeken. Dit betreft een aantal patiëntcontacten die door het merendeel van de huisartsen als lastig worden ervaren. Tabel 5.16 geeft een overzicht van de mate waarin dergelijke contacten voorkomen op het platteland, op het verstedelijkt platteland en in de (grote) steden.

Over het algemeen geldt dat lastige patiëntcontacten wat vaker voorkomen in steden met meer dan 50.000 inwoners en de drie grote steden dan op het platteland, hoewel deze verschillen slechts bij twee van de zeven in tabel 5.16 omschreven situaties significant zijn. Het gaat hier om de relatief vaak voorkomende gevallen waarin een patiënt de huisarts wil raadplegen met een klacht die ook tot het spreekuur had kunnen wachten en de patiënt die de huisarts laat komen voor een klacht die ook over de telefoon afgehandeld had kunnen worden.

Andere aspecten waarin er verschillen zijn naar urbanisatiegraad betreffen een aantal, naar de mening van de huisarts, onnodige verrichtingen. Het gaat hierbij om de wens te worden doorverwezen, het uitvoeren van tests, het voorschrijven van medicijnen en het verstrekken van een medische verklaring. Het grootste verschil zien we bij prescriptie. Van de huisartsen werkzaam op het platteland zegt 32% 'soms' of 'vaak' mee te maken dat wordt aangedrongen op een medicijn dat naar de mening van de huisarts niet geschikt is. Bij huisartsen in de drie grote steden geldt, dat 65% van de huisartsen een dergelijke situatie bij het voorschrijven van medicijnen herkent als een 'soms' of 'vaak' optredend verschijnsel.

## 5.7 De ervaren gezondheid en gezondheidsgedrag

Tot nu is gekeken naar de relatie tussen motiverenden en demotiverende aspecten verbonden aan het werk van de huisarts en de mate waarin huisartsen hierin verschillen al naar gelang hun niveau van burnout. In deze paragraaf relateren we de gezondheid en het gezondheidsgedrag aan de mate waarin er sprake is van meer of minder opgebrand zijn.

Een aantal aspecten die te maken hebben met de gezondheid van de huisarts, staat weergegeven in tabel 5.17 (zie volgende bladzijde).

Huisartsen voelen zich niet gezonder of minder gezond dan de doorsnee Nederlander of Nederlandse in dezelfde leeftijdsgroep (Foets en Sixma, 1991). Tussen de 5 en 10% van de huisartsen heeft vaak last van klachten als gebrek aan eetlust, slapeloosheid, oververmoeidheid, maagpijn, trillende handen, hartkloppingen, duizeligheid en/of hoofdpijn; klachten die verbonden zijn met burnout. Het medicijngebruik bij huisartsen ligt laag (zie ook Lens, 1984).



Tabel 5.17 Gezondheid, gezondheidsgedrag bij huisartsen in Nederland (gewogen)

	% huisartsen
<b>eigen gezondheid (N=560)</b>	
beoordeeld eigen gezondheid minder dan 'goed'	9,2
<b>klachten (N=560)</b>	
last van gebrek aan eetlust, slapeloosheid en/of oververmoeidheid (soms, vaak, altijd)	39,9
last van maagpijn, trillende handen, hartkloppingen, duizeligheid en/of hoofdpijn? (soms, vaak, altijd)	30,7
gebruikt slaapmiddelen (soms, vaak, altijd)	6,7
gebruikt kalmerende middelen (soms, vaak, altijd)	2,8
gebruikt andere medicijnen (soms, vaak, altijd)	16,0
<b>ziekte (op jaarbasis) (N=545)</b>	
% met ziekteverzuim van > 1 dag	21,2
% doorgewerkt ondanks ziekte	66,9
<b>riskante gewoonten (N=560)</b>	
% tabaksgebruikers	30,0
% alcohol gebruik (>2 glazen per dag)	24,3

Ook het aantal dagen dat, naar eigen zeggen, per jaar ziek in bed wordt doorgebracht en het aantal dagen dat er ondanks ziekte wel wordt gewerkt is laag.

*"...je kunt bijvoorbeeld niet zo maar zeggen, ik heb vandaag zo'n pijn in mijn nek of ik voel me niet lekker, ik ga vandaag niet werken of zo.....Ik doe het ook nooit, want ik weet dat mijn collega dan een dubbel spreekuur heeft. Dus dat doe je niet, je sukkel maar door, af en toe."*

Tenslotte aandacht voor twee variabelen waarvan bekend is dat zij dikwijls worden aangewend om stress te onderdrukken, te weten het roken van tabak en het alcoholgebruik. Relatief weinig huisartsen geven op te roken, terwijl het gemiddeld alcoholgebruik iets lager ligt dan het landelijke gemiddelde in een vergelijkbare leeftijdsgroep.

In relatie met burnout blijkt dat de ervaren gezondheid beter is onder de groep huisartsen met lage burnout-scores dan bij de groep huisartsen met hoge burnout-scores. Ook hebben huisartsen die minder dan gemiddeld zijn opgebrand minder last van klachten en gebruiken zij minder slaapmiddelen en andere medicijnen dan de mee opgebrande groep huisartsen. Geen significante verschillen zijn er wat betreft het gebruik van kalmerende middelen of andere medicijnen dan slaapmiddelen, terwijl ook het ziekte-

gedrag en rook- en drinkgewoonten van huisartsen die meer dan gemiddeld zijn opgebrand niet significant verschillen van de groep die relatief weinig is opgebrand.

## 5.8 Nascholing, nevenfuncties en andere interesses

Burnout kan, mits daarvoor ruimte aanwezig is of gemaakt kan worden, wellicht voor een deel worden voorkomen door het stimuleren van activiteiten, die de huisarts beter in staat stellen te voldoen aan de eisen die aan het beroep worden gesteld. Eén van de mogelijkheden hiertoe bieden nascholingscursussen. Een andere mogelijkheid is wellicht de dagelijkse praktijkervaringen wat te vergeten en de aandacht wat meer te richten op nevenactiviteiten of andere interesses. Overigens hebben beide oplossingen het gevaar in zich dat de werkdruk alleen maar toeneemt.

Tabel 5.18 Mate waarin huisartsen aangeven nascholing te volgen of te hebben gevolgd (gewogen, N=563)

	% nascholing gevolgd	gemiddeld aantal dagdelen	st.dev.
medisch/technisch	82,7	7,3	7,9
psycho-sociaal	54,5	3,1	3,4
omgang met patiënten	24,9	3,0	3,8
administratief/organisatorisch	23,8	2,3	2,8
anders	11,5	8,5	7,1

Het grootste deel van de huisartsen (circa 88%) volgt een of andere vorm van nascholing of heeft een dergelijke cursus gevolgd in het jaar voorafgaand aan het onderzoek. De meeste belangstelling is er voor nascholing gericht op het medisch-technische handelen, gevolgd door nascholing op het terrein van de psycho-sociale problematiek. Nascholing over omgang met patiënten of over de administratie/organisatie is een stuk minder populair. Een kwart van de huisartsen geeft aan dergelijke nascholing te volgen of recent te hebben gevolgd.

Met betrekking tot het volgen van nascholing zijn de verschillen tussen groepen met lage of hoge burnout-scores klein en niet significant.

Ruim driekwart (om precies te zijn 78,2%) van alle huisartsen heeft een of meerdere nevenfuncties. Het gaat hier bijvoorbeeld om bestuursfuncties bij een beroepsverenigingen voor huisartsen (circa 20%) of de functie van huisartsopleider (19%) Circa éénderde van de huisartsen doet aanstellingskeuringen. Daarnaast is er nog een grote groep van diverse nevenfuncties

die door 47,2% van de artsen worden uitgeoefend; dit zijn veelal advies- en bestuursfuncties in plaatselijke gezondheidsinstellingen.

Er zijn geen (significante) verschillen met betrekking tot de nevenfuncties tussen de groep huisartsen met lage en met hoge burnout-scores.

Tenslotte is in dit kader gevraagd naar de interessegebieden van de huisartsen en de mate waarin men denkt deze interesses te kunnen realiseren.

Het grootste deel van de Nederlandse huisartsen (83,6%) heeft bijzondere interesses, waarbij 78% zegt deze interesses ook daadwerkelijk in de eigen praktijk te kunnen realiseren. Van de huisartsen die geen kans zien om deze interesses te realiseren, vindt ruim de helft dit jammer.

Zoals tabel 5.19 laat zien, zijn de interessegebieden van huisartsen divers, waarbij met name de psychische begeleiding van patiënten en kleine chirurgie bij huisartsen populair zijn.

Tabel 5.19 Vakgebieden waarin huisartsen speciaal zijn geïnteresseerd, voor huisartsen die interesses noemen (gewogen, N=460)

	totaal
1 psychosomatiek	9,0
2 verloskunde, gynaecologie	14,2
3 psychische begeleiding, psychosociale problematiek, stervensbegeleiding	25,5
4 kleine chirurgie	28,9
5 organisatie huisartsenwerk/zorg	6,4
6 bewegingsapparaat, orthopedie, sportgeneeskunde	11,2
7 begeleiding patiënt in verschillende levensfasen, m.n. ouderen	11,8
8 vrouwenproblematiek	2,3
9 kindergeneeskunde	7,9
10 psychiatrie	10,4
11 onderwijs	3,3
12 diabetes	3,1
13 alternatieve geneeswijze, homeopathie	5,0
14 cardiologie	7,1
15 cara/longziekten	6,4
16 dermatologie	4,1
17 interne geneeskunde	4,4
18 preventie/voorlichting	1,1
19 overig	19,4

Voor burnout lijkt het al dan niet kunnen uitvoeren van een interesse van belang. Wat meer huisartsen met lage burnout-scores blijken hun interesses te kunnen uitvoeren, 83% ten opzichte van 70% bij huisartsen met hoge scores. Dit verschil blijkt net niet significant te zijn op het gangbare vijf procentniveau.

## 5.9 Het beëindigen van het werk als huisarts

Niet iedere huisarts blijft het vak tot aan zijn of haar dood uitoefenen. Een deel van de huisartsen besluit op een leeftijd van tussen de 55 en 65 jaar te stoppen met werken of beschouwt de leeftijdsgrens van 65 jaar als een goed tijdstip om met pensioen te gaan. Voor anderen zal gelden dat het beroep na kortere of langere tijd uiteindelijk toch niet datgene biedt wat men zich had voorgesteld, zodat men besluit uit te kijken naar een andere baan. Hierbij kan bijvoorbeeld het ontbreken van een carrièrepad een rol spelen. De antwoorden op vragen betreffende de mogelijkheid van een VUT-regeling, de aandacht voor vacatures en de mogelijkheden om carrièrestappen in te bouwen in het beroep van huisarts, zijn opgenomen in tabel 5.20.

Tabel 5.20 Meningen van de huisarts over uittreding uit het beroep en het aanbrengen van een carrière-patroon binnen het huisartsenwerk

	hele groep (gewogen, N=560)	minder opgebrand (ongew., N= 121)	meer opgebrand (ongew., N= 119)	signifi- cantie
<b>voorzitter VUT-regeling</b>				
ja	93,6	86,7	98,3	
nee	6,4	13,3	1,7	sign.
indien voorzitter:				
<b>zelf regeling vervroegd uittreden</b>				
ja	52,9	56,0	57,8	
nee	49,1	44,0	42,2	n.s.
<b>aandacht vacatures</b>				
ja	20,7	7,9	39,3	
nee	79,3	92,1	60,7	sign.
<b>laatste jaar gesolliciteerd</b>				
ja	7,5	6,1	10,3	
nee	92,5	93,9	89,7	n.s.
<b>voorzitter carrièrestappen</b>				
ja	45,9	37,9	59,2	
nee	54,1	62,1	40,8	sign.
indien voorzitter:				
<b>horen hier verschillen in beloning bij?</b>				
ja	65,9	52,3	70,7	
nee	34,1	47,7	29,3	n.s.

Bijna alle huisartsen zijn voorzitter van een VUT-regeling, waarbij de gemiddeld leeftijd waarop men met de VUT zou willen iets onder de 60 jaar ligt. De leeftijd waarop men met VUT zou willen gaan is ongeveer gelijk aan de regeling die op dit moment nog geldt voor andere beroepen in de

industrie en de ambtelijke wereld. Op dit moment heeft ruim 50% al een regeling getroffen of is bezig met een dergelijke regeling die het mogelijk maakt om daadwerkelijk vervroegd uit te treden. In de groep met wat meer opgebrande huisartsen zitten meer personen die een voorstander zijn van een VUT-regeling dan in de groep met lage burnout. Beide groepen verschillen niet in de mate waarin men reeds bezig is met een dergelijke financiële regeling.

Circa 20% van de huisartsen in Nederland heeft aandacht voor vacatures, waarbij 7,5% ook daadwerkelijk in het afgelopen jaar heeft gesolliciteerd. Onder de meer opgebrande huisartsen wordt (significant) vaker naar vacatures gekeken dan onder de wat minder opgebrande huisartsen. Echter, onder de meer opgebrande huisartsen komen niet meer artsen voor die ook daadwerkelijk solliciteren. Het lijkt erop dat opgebrand zijn wel samen gaat met de wens uit het beroep te stappen, maar dat deze wens niet direct in daden wordt omgezet.

De aandacht voor vacatures en de wens vervroegd uit te treden blijkt samen te hangen met de werkervaring en leeftijd van de huisarts. De meeste interesse hebben huisartsen die tussen de vijf en twintig jaar werkzaam zijn in het beroep. Zowel de wens op te houden met het werk als huisarts als het gevoel opgebrand te zijn lijkt te gaan spelen na een flink aantal jaren werkervaring. Komt een huisarts goed door deze periode heen, dan is in de tijd die rest tot het pensioen de kans opgebrand te raken relatief klein.

Naast het stoppen met de praktijk als huisarts zijn er ook tussenoplossingen mogelijk; er zou een carrière-pad kunnen worden gecreëerd.

*".....het vak van huisarts is een beetje een raar vak, omdat er geen maatschappelijke carrièremogelijkheid aanwezig is. Je begint en je houdt er mee op, en wat er tussenin gebeurt, is iets in jezelf. Er gebeurt niets aan je carrière, iets wat aan de buitenkant zichtbaar is.....Dat vind ik wel eens moeilijk. Een andere zaak is de onmogelijkheid om uit het vak te stappen. Ik bedoel, stel dat ik er genoeg van heb, om welke reden dan ook, dan kan ik er niet uit. Alle zijpaden die vroeger bewandeld konden worden, zoals verzekeringsgeneeskundige, bedrijfsgeneeskundige en ik weet niet allemaal wat, worden ingevuld door mensen die daarvoor gespecialiseerd zijn en die jong aan zo'n vak beginnen."*

Bijna de helft van de huisartsen in Nederland blijkt voorstander te zijn van het scheppen van carrièremogelijkheden, waarbij het aantal voorstanders groter is onder de meer opgebrande huisartsen. Van de voorstanders zou circa 65 procent voelen voor een meer gedifferentieerd beloningensysteem.

Andere mogelijkheden die door huisartsen worden genoemd om het beroep meer differentiatie en carrièreperspectief te geven zijn een specialisatie binnen het huisartsenvak (genoemd door 62%), een liaisonfunctie tussen de 1e en 2e lijn (genoemd door 55%) en de functie van coördinator binnen een huisartsengroep (genoemd door 45%). In totaal 28% van de gegeven antwoorden valt in de categorie 'anders'.

## 5.10 Conclusies

Huisartsen verschillen in de mate van opgebrand zijn. Wordt onderscheid gemaakt tussen meer en minder opgebrande huisartsen, dan lijken met name aspecten verbonden met de werkomgeving een belangrijke rol te spelen. Naarmate huisartsen werken in een meer verstedelijkte omgeving, neemt de mate van opgebrand zijn toe. Huisartsen met een hoge burnoutscore geven aan meer lastige patiëntcontacten te hebben en ervaren een hogere werkbelasting.

Met name lastige patientcontacten, werkbelasting en diensten worden door huisartsen als sterk demotiverend ervaren, terwijl de motivatie vooral wordt gevonden in het persoonlijk contact met mensen en het afwisselende werk.

Huisartsen die meer opgebrand zijn hebben meer weekenddiensten, terwijl van een hoger percentage van de arts-patiënt contacten tijdens dergelijke diensten wordt gezegd dat het eigenlijk gaat om een oneigenlijke hulpvraag.

Naarmate het niveau van burnout toeneemt, komt ook het aantal klachten over de eigen gezondheid hoger te liggen. Huisartsen met een hoge score op burnout hebben meer aandacht voor vacatures en zijn in grotere mate voorstander van vervroegde uittreding.

In de inleiding van dit hoofdstuk is gesteld dat het erop lijkt dat juist de sterk gemotiveerde huisartsen kans lopen opgebrand te raken. Onduidelijk is of er daadwerkelijk sprake is van een directe oorzaak-gevolg relatie en/of andere aspecten hierbij een rol spelen. In de interviews die zijn gevoerd met twintig huisartsen is geprobeerd een duidelijker beeld te krijgen van het proces, dat er toe leidt dat sommige huisartsen wel en andere huisartsen niet opbranden. Hoewel de resultaten van de interviews apart zullen worden gepubliceerd willen we, ter afsluiting van dit hoofdstuk, één aspect naar voren brengen dat tot nu toe buiten beschouwing is gebleven.

Uit de gesprekken komt naar voren dat de mate waarin huisartsen structuur kunnen aanbrengen in hun eigen functioneren mogelijk een belangrijke rol speelt bij het al dan niet ontstaan van het gevoel opgebrand te zijn. Structuur in de relaties met collega's - collegae huisartsen, zowel als andere hulpverleners - en met patiënten, maar ook hanteren van grenzen in het eigen functioneren.

Huisartsen die erin slagen de contacten met collega's volgens afgesproken patronen te laten verlopen, die duidelijk grenzen stellen tegenover patiënten over wat wel en wat niet gangbaar is in de huisarts-patiënt relatie (en die bovendien de kracht hebben zich te houden aan deze afspraken, met name tijdens diensten) en huisartsen die een zodanige structuur aanbrengen dat zij zelfs tijdens drukke dagen en weken nog enige ruimte voor zichzelf overhouden, lijken tevens de huisartsen te zijn die weinig tot geen last hebben van burnout.





## 6. OP ZOEK NAAR DE OORZAKEN VAN BURNOUT

Doel van dit hoofdstuk is inzicht te krijgen in de mate waarin burnout bij huisartsen samenhangt met andere kenmerken van de huisarts, het huisartsenvak of de omstandigheden waaronder het beroep wordt uitgeoefend. Hiermee wordt voortgebouwd op de resultaten van hoofdstuk vijf, waarin huisartsen met hoge en lage burnout-scores werden vergeleken.

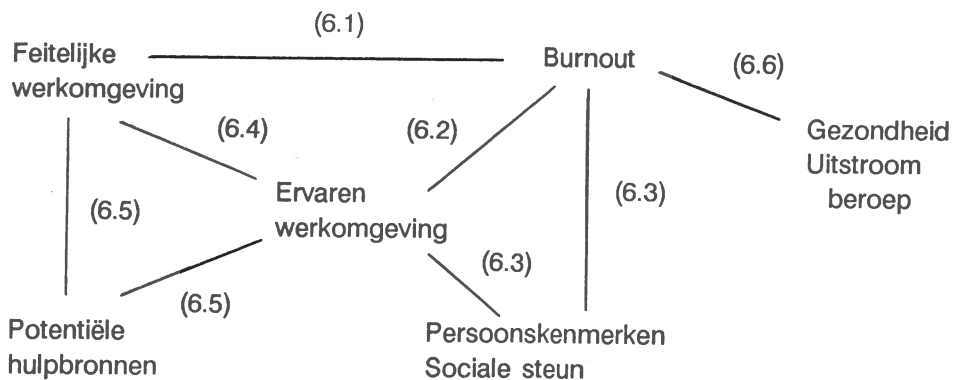
In plaats van naar twee groepen te kijken, worden in dit hoofdstuk alle huisartsen in de analyses betrokken. Voor alle huisartsen die aan het onderzoek hebben meegedaan is een burnout-score - of beter: zijn drie scores, één op elk van de drie dimensies van burnout - uitgerekend. Burnout wordt opgevat als een continue variabele, met huisartsen die in meer of mindere mate zijn opgebrand.

Een tweede verschil met hoofdstuk vijf is dat niet in de eerste plaats gekeken wordt naar afzonderlijke verbanden tussen bijvoorbeeld burnout en het aantal 'lastige' arts-patiënt contacten, maar dat rekening wordt gehouden met de overlap tussen variabelen. Het aantal 'lastige' patiënten hangt samen met burnout, het feit dat men in een grote stad praktijk voert doet hetzelfde. In dit hoofdstuk zal worden gekeken of het de ene directe samenhang (bijvoorbeeld het verband tussen burnout en het aantal vervelende arts-patiënt contacten) blijft bestaan, indien wordt gecontroleerd voor de andere variabele (de urbanisatiegraad). Met andere woorden: is er, als we de analyse bijvoorbeeld beperken tot huisartsen werkend in praktijken in de (grote) steden nog steeds een verband tussen het aantal vervelende arts-patiënt contacten en burnout? Met dezelfde drie variabelen kan overigens ook worden gekeken of het verband tussen urbanisatiegraad en burnout blijft bestaan als 'constant' wordt gehouden op het aantal vervelende arts-patiënt contacten.

Een derde verschil met hoofdstuk vijf is dat gekeken zal worden of er sprake is van interacties tussen de variabelen. Wellicht wordt het verband tussen twee variabelen (bijvoorbeeld praktijkgrootte en burnout) beïnvloedt door een derde variabele (bijvoorbeeld aantal jaren praktijkervaring) die zelf geen direct verband heeft met burnout. Het zou zo kunnen zijn dat er alleen sprake is van een negatief verband tussen praktijkgrootte en burnout (hoe groter de praktijk, des te minder burnout) voor huisartsen met een groot aantal jaren praktijkervaring. Voor huisartsen met weinig praktijkervaring zou het verband tussen praktijkgrootte en burnout niet aanwezig kunnen zijn, of wellicht zelfs omdraaien. Let wel, het betreft hier denkbeeldige voorbeelden, bedoeld ter illustratie.

Het aantal mogelijke verbanden is omvangrijk. Ons streven is erop gericht om, na operationalisatie van de gehanteerde begrippen, het conceptuele schema gepresenteerd in hoofdstuk twee te vereenvoudigen om zo inzicht te verkrijgen in de belangrijkste factoren die samenhangen met burnout.

Figuur 6.1 Het conceptuele schema voor burnout bij huisartsen en de paragraafnummers waarin de samenhangen aan de orde worden gesteld



Het schema in figuur 6.1 suggereert oorzaak-gevolg relaties. Omdat we slechts beschikken over data op één tijdstip, kan feitelijk alleen gesproken worden over samenhangen tussen variabelen. Onbekend is of burnout dient te worden gezien als oorzaak, als gevolg of dat er moeilijk van oorzaak-gevolg gesproken kan worden. Dit neemt niet weg dat, in elk geval voor een aantal van de verbanden, er waarschijnlijk wel degelijk sprake zal zijn van mogelijke oorzaken en gevolgen.

In het schema worden zes groepen variabelen onderscheiden, met burnout als centraal begrip. Paragraafsgewijs zullen de relaties tussen de groepen variabelen onderling en met burnout worden bekeken, waarbij in elk van de paragrafen één van de in paragraaf 2.6 geformuleerde onderzoeksvragen zal worden beantwoord. Dit impliceert dat niet alle mogelijke relaties tussen de variabelen zullen worden bekeken, maar alleen die relaties die hetzij beleidsmatig hetzij op theoretische gronden interessant worden geacht. Bij de verbindingen tussen de groepen variabelen staat aangegeven in welke paragraaf nader op de relaties tussen deze groepen variabelen wordt ingegaan.

In de tabellen zoals die in het vervolg van dit hoofdstuk worden gepresenteerd worden alleen de betekenisvolle verbanden weergegeven, waarbij als grenswaarde een overschrijdingskans van  $p < .05$  is aangehouden. Elke paragraaf begint met een weergave van de gekozen operationalisaties voor de twee of meer groepen variabelen in de analyse. Vervolgens worden, via bivariate analyses, die variabelen geselecteerd die een relatie hebben met de mate van opgebrand zijn. Deze variabelen worden vervolgens betrokken in een multivariate analyse.

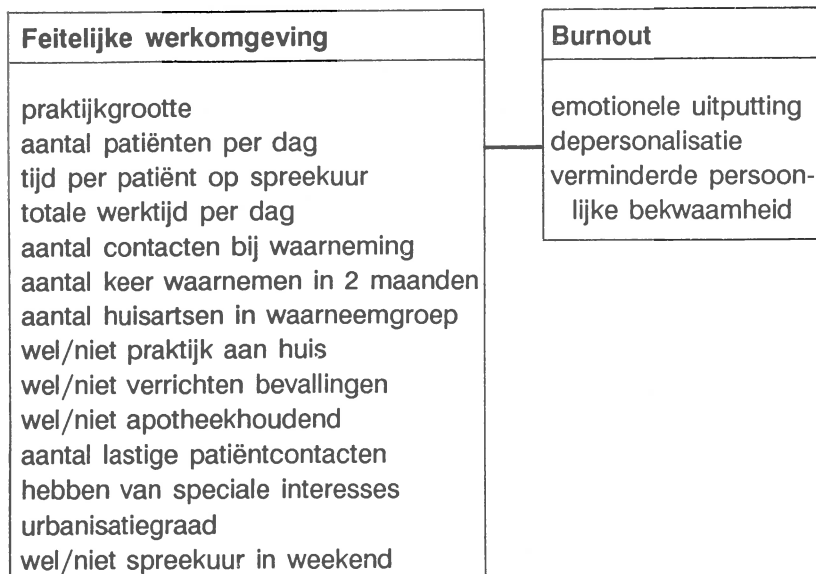
## 6.1 Feitelijke werkomgeving en burnout

In hoofdstuk twee is, op basis van een literatuurstudie, gezocht naar factoren in de werkomgeving van de huisarts die een samenhang kunnen vertonen met het ervaren van stress en burnout. Hierbij is een onderscheid gemaakt tussen de feitelijke werkomgeving en de werkomgeving zoals die wordt ervaren door de huisarts. Tot de feitelijke werkomgeving behoort een aantal aspecten die met name in beleidsmatig opzicht interessant zijn, zoals praktijkgrootte en de grootte van waarneemgroepen. In deze paragraaf beperken we ons tot de feitelijke werkomgeving. De onderzoeksvraag die wordt beantwoord luidt:

Is er een direct verband tussen de feitelijke werkomgeving en het niveau van burnout bij huisartsen?

Bij de op basis van literatuurstudie en 'common sense' geselecteerde variabelen, die opgevat kunnen worden als de operationalisatie van 'feitelijke werkomgeving' zal worden nagegaan of er een directe relatie is met elk van de drie dimensies van burnout. De variabelen waarnaar wordt gekeken zijn weergegeven in figuur 6.2.

Figuur 6.2 Feitelijke werkomgeving en burnout



Op basis van de correlatiematrix van de variabelen, die samen de feitelijke werkomgeving vormen en de drie dimensies van burnout, zijn de volgende verbanden te onderscheiden.

Het aantal als 'lastig' gedefinieerde arts-patiënt contacten heeft een positief verband met alle drie de dimensies van burnout. Hoe groter het aantal lastige patiëntcontacten, des te meer is de huisarts opgebrand in zowel emotionele zin, de mate van depersonalisatie en de persoonlijke bekwaamheid. De correlatiecoëfficiënten liggen rond de .40. Andere verbanden die worden gevonden hebben betrekking op één of twee dimensies van burnout. Het gevestigd zijn in een meer verstedelijkt gebied gaat samen met een wat groter gevoel van emotioneel uitgeput zijn en met een groter gevoel van depersonalisatie. Een verband in dezelfde orde van grootte ( $r=.18$ ) wordt gevonden tussen praktijkgrootte en het gevoel van persoonlijke bekwaamheid. Het hebben van een grotere praktijk gaat samen met een groter gevoel van persoonlijke bekwaamheid, en (met  $r=.09$ ) in wat mindere mate ook met het wat minder emotioneel uitgeput voelen. Ook het aantal patiëntcontacten per dag hangt samen met het gevoel van persoonlijke bekwaamheid, waarbij meer patiënten per dag samengaat met een wat groter gevoel van bekwaamheid. Tenslotte zijn er twee zwakke verbanden tussen respectievelijk het doen van bevallingen en emotionele uitputting en tussen het hebben van speciale interesses en persoonlijke bekwaamheid. Het niet doen van bevallingen gaat samen met een wat groter gevoel van emotionele uitputting ( $r=.12$ ). Het niet hebben van speciale interesses kan in verband worden gebracht ( $r=.10$ ) met een sterker gevoel van verminderde persoonlijke bekwaamheid. De overige aspecten verbonden aan de feitelijke werkomgeving (het aantal werkuren per dag en het aantal minuten per patiënt, het aantal keren dat men wordt geraadpleegd tijdens de waarneming, het hebben van een praktijk aan huis, het hebben van een apotheekhoudende praktijk, het hebben van een spreekuur in het weekend) bleken geen significante verbanden te hebben met burnout. Voor een deel bevestigen deze verbanden de resultaten gevonden in hoofdstuk vijf, waar twee groepen huisartsen die meer dan gemiddeld en minder dan gemiddeld opgebrand werden vergeleken. Voor een deel worden ook afwijkende resultaten gevonden. Deze verschillen vloeien voort dat de analyses nu betrekking hebben op de gehele groep van respondenten en dat meer systematisch gekeken is naar de verbanden tussen de aspecten van de feitelijke werkomgeving en de drie afzonderlijke dimensies van burnout.

De aspecten van de feitelijke werkomgeving die blijken samen te hangen met burnout zijn vervolgens onderworpen aan een multivariate analyse. Het resultaat van deze multivariate regressie-analyse is weergegeven in tabel 6.1.

Tabel 6.1 Regressie vergelijkingen voor de samenhang tussen feitelijke werkomgeving en burnout (in gestandaardiseerde gewichten,  $\beta$ )

	emotionele uitputting	depersonalisatie	verminderde persoonlijke bekwaamheid
lastige patiëntcontacten	.38	.35	.23
Urbanisatiegraad	.08		
praktijkgrootte			-.16
Adj.R <sup>2</sup>	.16	.12	.08

Het eerste dat opvalt bij de in tabel 6.1 gepresenteerde resultaten, waarbij alle variabelen in samenhang worden bekeken, is dat er slechts drie aspecten van de objectieve werkomgeving van de huisarts overblijven die direct samenhangen met burnout. Het percentage variantie bij de verschillen in burnout-scores, dat wordt verklaard met behulp van de variabelen lastige patiëntcontacten, urbanisatiegraad en praktijkgrootte samen, is gering. Dit percentage komt uit op tussen de 8 en 16 procent. Lastige patiëntcontacten komt bij alle drie de dimensies van burnout terug als de meest belangrijke factor van de in de analyse opgenomen variabelen. Naarmate het aantal als 'lastig' gedefinieerde patiëntcontacten hoger ligt, wordt de kans groter dat er bij huisartsen sprake is van burnout, ook als we rekening houden met alle andere aspecten uit de feitelijke werkomgeving van de huisarts. Los van het aantal lastige patiëntencontacten dat, zoals we in het vorige hoofdstuk hebben gezien, samenhangt met urbanisatiegraad, blijft er een zelfstandige relatie tussen urbanisatiegraad en de mate van emotionele uitputting. Naarmate de huisarts gevestigd is in een meer verstedelijkt gebied, is de kans dat er sprake is van in emotioneel opzicht opgebrand zijn groter. Tenslotte is het verband tussen praktijkgrootte en verminderde persoonlijke bekwaamheid opvallend. Dit verband kwam ook al naar voren in hoofdstuk 5, en blijft in een multivariate regressie-analyse bestaan als een zelfstandige relatie. Hoe groter de praktijk is, des te sterker is het gevoel van persoonlijke bekwaamheid. Er is geen verband tussen praktijkgrootte en de mate van emotionele uitputting of depersonalisatie.

Voor de overige aspecten van de feitelijke werkomgeving die niet in tabel 6.1 zijn opgenomen, geldt dat zelfstandige verbanden met burnout ontbreken. Het aantal patiënten dat per dag wordt gezien, het al dan niet verrichten van bevallingen en het aantal keren dat men waarneemdiensten draait hebben, opgenomen in één analysemodel met de andere operationalisaties van feitelijke werkomgeving, geen zelfstandige relatie met de mate van opgebrand zijn.

## 6.2 Ervaren werkomgeving en burnout

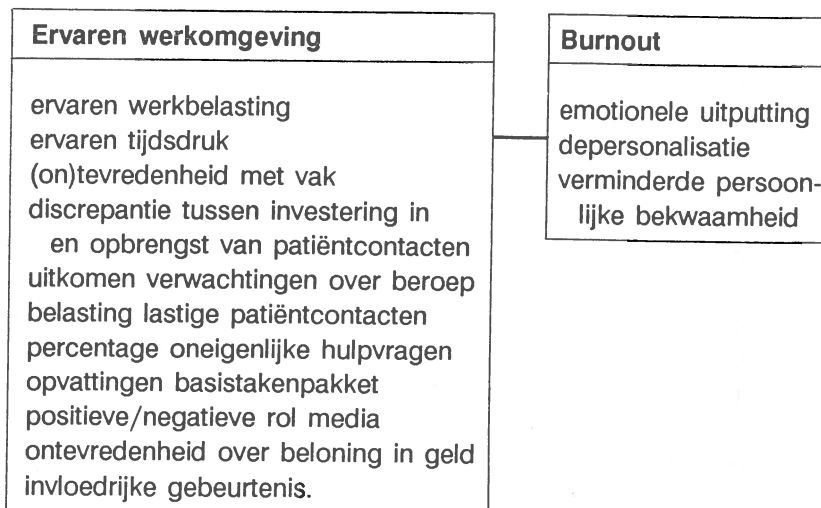
Niet elke huisarts zal de omgeving waarin hij of zij het vak uitoefent, op dezelfde wijze interpreteren. Terwijl de ene huisarts uitstekend functioneert in een praktijk van ruim 3000 patiënten, zal voor een andere huisarts een praktijk van 2000 patiënten al als uiterst belastend worden ervaren.

In deze paragraaf wordt gekeken naar het verband tussen de werkomgeving zoals door de huisarts ervaren en burnout. Hierbij hoort onderzoeksvraag 5.

Is er een direct verband tussen de ervaren werkomgeving en het niveau van burnout bij huisartsen?

Nagegaan zal worden welke van de variabelen die kunnen worden opgevat als operationalisaties van de ervaren werkomgeving direct in verband kunnen worden gebracht met de drie dimensies van burnout. De variabelen die samen staan voor de ervaren werkomgeving, en de inmiddels bekende operationalisaties van burnout, zijn opgenomen in figuur 6.3.

Figuur 6.3 Ervaren werkomgeving en burnout



Nagenoeg alle gekozen operationalisaties van de ervaren werkomgeving blijken samen te hangen met burnout. Hoe meer de werkomgeving als negatief wordt ervaren, des te hoger is het niveau van burnout. Daarnaast blijkt dat de verschillende operationalisaties, met correlaties die voor het grootste deel liggen tussen de .25 en .40, ook onderling behoorlijk sterk samenhangen. Het is dan ook niet verrassend dat niet alle operationalisaties terugkomen als via multivariate analyse wordt gekeken naar zelfstandige

verbanden tussen de aspecten van ervaren werkomgeving en de drie operationalisaties van burnout. In tabel 6.2 staan de resultaten van deze analyse. Ervaren werkomgeving hangt sterk samen met burnout en dan in het bijzonder met emotionele uitputting. Het percentage verklaarde variantie dat wordt bereikt met de zes operationalisaties van ervaren werkomgeving uit tabel 6.2 komt uit op 60%. De twee variabelen die het sterkst zijn verbonden met emotionele uitputting, maar ook een relatie hebben met depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid, zijn de ervaren werkbelasting en de (on)tevredenheid met het beroep van huisarts.

Tabel 6.2 Regressie vergelijkingen voor het verband tussen ervaren werkomgeving en burnout (in gestandaardiseerde gewichten,  $\beta$ 's)

	emotionele uitputting	depersonalisatie	verminderde persoonlijke bekwaamheid
ervaren werkbelasting	.36	.24	.20
(on)tevredenheid met vak	.22	.22	.29
uitkomen verwachting over beroep discrepantie invest./opbrengst	.18		.20
patiëntcontacten	.19	.13	
ervaren tijdsdruk	.15		
belasting lastige pat.contacten		.14	
Adj.R <sup>2</sup>	.60	.28	.29

Gelet op de items waaruit de schalen zijn opgebouwd (zie de bijgevoegde vragenlijst in bijlage 3 en de informatie over de schaalconstructies in bijlage 1) is dat niet zo vreemd bij emotionele uitputting. Emotionele uitputting, werkbelasting en ontevredenheid met het vak liggen begripsmatig dicht bij elkaar. Opvallender is dat de ervaren belasting en het plezier in het werk ook samen hangen met depersonalisatie, ofwel een cynische houding ten opzichte van patiënten. Grotere ervaren werkdruk en ontevredenheid met het uitoefenen van het beroep gaan samen met een meer cynische opstelling tegenover patiënten.

Emotionele uitputting blijkt daarnaast samen te hangen met het slecht uitkomen van de verwachtingen over het werk, met een grotere discrepantie die wordt ervaren tussen hetgeen men als huisarts in patiënten investeert en hetgeen men daarvoor terugkrijgt, en met de tijdsdruk die wordt ervaren. Samen met de belasting die wordt toegekend aan lastige patiëntcontacten speelt de discrepantie tussen investeringen en opbrengst bij patiëntcontacten een rol bij depersonalisatie. Meer lastige patiëntcontacten die als belastend worden ervaren, en een grotere discrepantie tussen investeringen en opbrengst bij patiëntcontacten, gaan samen met een groter gevoel van depersonalisatie. Tenslotte is er een direct verband tussen het niet uitkomen van

verwachtingen over het beroep van huisarts en persoonlijke bekwaamheid. Huisartsen met een verminderd gevoel van persoonlijke bekwaamheid zijn, behalve dat zij een hoge werkbelasting ervaren en meer ontevreden zijn over de wijze waarop het vak wordt uitgeoefend, ook huisartsen waarvoor meer dan gemiddeld geldt dat verwachtingspatronen over het beroep niet zijn uitgekomen.

Zoals we in tabel 6.2 zien is er bij zes van de elf operationalisaties van ervaren werkomgeving sprake van een zelfstandig verband met burnout.

Variabelen die, op basis van de correlatiematrix een significante samenhang laten zien met burnout (het percentage oneigenlijke hulpvragen, het aantal invloedrijke gebeurtenissen) verdwijnen uit de analyse. In de multivariate analyse worden deze effecten overgenomen door de variabelen die wel in tabel 6.2 zijn opgenomen en blijft er geen significant verband bestaan van bijvoorbeeld het percentage oneigenlijke hulpvragen of het voorkomen van invloedrijke gebeurtenissen. Behalve voor de oneigenlijke hulpvragen en invloedrijke gebeurtenissen geldt hetzelfde voor de opvattingen over het basistakenpakket en de rol die wordt toegekend aan de media.

### **6.3 De invloed van persoonskenmerken en sociale steun op de samenhang tussen ervaren werkbelasting en burnout**

Persoonskenmerken en de steun die de huisarts ervaart vanuit zijn of haar directe werk- of privé-omgeving (ofwel 'sociale steun') kunnen in het conceptuele schema, dat het uitgangspunt vormt voor onze analyse, op drie manieren een effect hebben op burnout. In de eerste plaats kan er sprake zijn van een direct effect. Er is dan een directe samenhang tussen persoonskenmerken en de mate van sociale steun met burnout. Ten tweede kan er sprake zijn van een indirect effecten, waarbij persoonskenmerken en sociale steun via de ervaren werkomgeving in verband kunnen worden gebracht met burnout. In de derde plaats kan het zo zijn dat er sprake is van interactie. Persoonskenmerken en de sociale steun modificeren het verband tussen ervaren werkomgeving en burnout. Onderzoeksvraag 6 heeft betrekking op de rol die persoonskenmerken en sociale steun speelt bij verschillen in burnout en is als volgt geformuleerd:

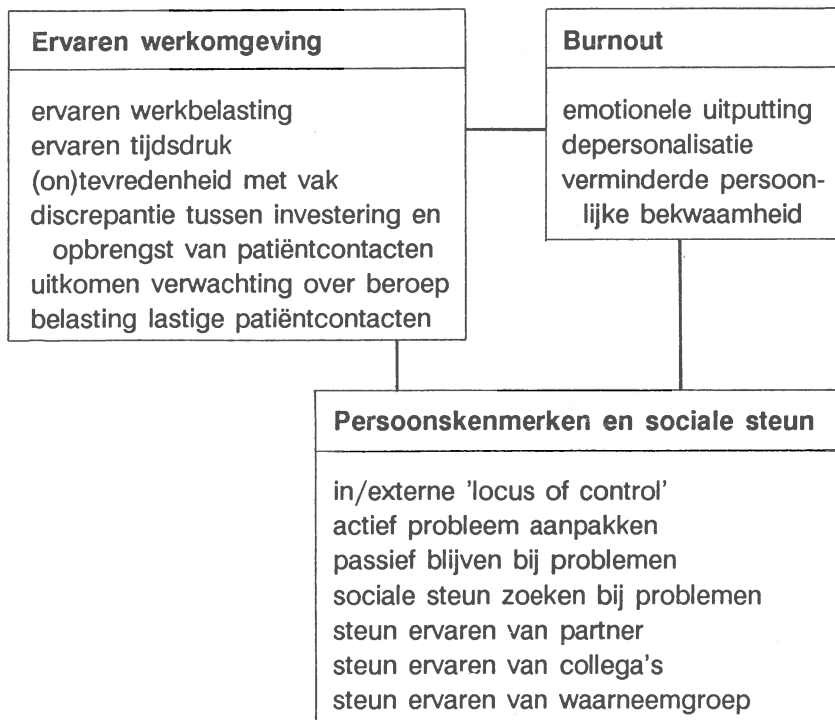
Wat is de invloed van persoonskenmerken en sociale steun op de relatie tussen de ervaren werkomgeving en burnout?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden zal eerst de samenhang tussen persoonskenmerken en sociale steun met de burnout-dimensies apart worden bekeken. Vervolgens zullen persoonskenmerken en sociale steun als variabelen worden toegevoegd aan het regressiemodel waarvan de resultaten zijn gepresenteerd in paragraaf 6.2. Een verhoging van het percentage verklaarde



variantie duidt op een direct verband. Een verandering van de beta's van de oorspronkelijke factoren (die de zelfstandige verbanden tussen ervaren werkbelasting en burnout weergeven) wijst op indirecte effecten. Naar de invloeden van interacties zal worden gekeken door interactietermen van persoonskenmerken en sociale steun toe te voegen aan het regressiemodel, waarmee wordt onderzocht wat het verband is tussen burnout en de ervaren werkomgeving. Een verhoging van  $R^2$  (percentage verklaarde variantie) na toevoeging van de interactietermen duidt in dat geval op een interactie-effect. Elk van de drie mogelijke invloeden zal afzonderlijk worden bekeken voor de drie dimensies van burnout: emotionele uitputting, depersonalisatie en persoonlijke bekwaamheid. De variabelen die in de analyses worden betrokken en die de operationalisaties vormen van persoonskenmerken en sociale steun, worden vermeld in figuur 6.4.

Figuur 6.4 Ervaren werkomgeving en burnout en persoonskenmerken en sociale steun



Alle persoonskenmerken en aspecten van sociale steun, met uitzondering van de mate waarin steun wordt gezocht bij problemen, hebben een zelfstandig effect op emotionele uitputting in de richting die verwacht zou mogen worden. Naarmate men gebeurtenissen meer toeschrijft aan externe factoren

(een externe 'locus of control'), men zich minder actief opstelt en meer passief blijft en men minder steun ervaart van partner, collega's en waarneemgroep, is men meer opgebrand in de vorm van emotioneel uitgeput zijn. Toegevoegd aan de reeks variabelen die staan voor de ervaren werkomgeving (vermeld in tabel 6.2) blijken twee aspecten een significante bijdrage te leveren het percentage verklaarde variantie in de score op emotionele uitputting. Dit zijn het passief blijven bij problemen en het zoeken van sociale steun bij problemen. De extra bijdrage die beide aspecten aan het totale percentage verklaarde variantie is echter gering. Met de twee toegevoegde variabelen stijgt dit percentage van 60 naar 62%.

Er blijkt geen sprake te zijn van indirecte verbanden. De beta's van de oorspronkelijke variabelen in tabel 6.2 veranderen niet of nauwelijks als persoonskenmerken en aspecten van sociale steun aan het oorspronkelijke regressiemodel worden toegevoegd. Van interacties blijkt eveneens geen sprake. De tabel waarop deze conclusies met betrekking tot de dimensie emotionele uitputting zijn gebaseerd is opgenomen in de bijlagen van dit rapport. Ook bij de mate van depersonalisatie zien we dat bijna alle persoonskenmerken en aspecten van sociale steun een zelfstandige relatie hebben met de mate van opgebrand zijn. Alleen voor de steun die wordt ervaren van collega's is dit niet het geval. Een extern gerichte beheersingsoriëntatie, een weinig actieve en meer passieve opstelling bij problemen, het minder zoeken van steun bij de oplossing van problemen en het minder ervaren van steun van partner en waarneemgroep gaan samen met het meer opgebrand zijn op de dimensie depersonalisatie.

Toevoeging aan dat deel van het regressiemodel waarin wordt gezocht naar een verklaring van verschillen in de mate van depersonalisatie (zie tabel 6.2), resulteert in zelfstandige verbanden van een externe locus of control, het passief blijven bij problemen en het zoeken van sociale steun bij de oplossing van problemen. Kennis van de beheersingsoriëntatie van de huisarts en van het al dan niet passief blijven bij problemen leidt, in combinatie met kennis van de ervaren werkomgeving, tot betere voorspellingen van de mate van depersonalisatie van huisartsen. Het percentage verklaarde variantie stijgt van 28 naar 31 procent. Bij een externe 'locus of control' en het passief blijven bij problemen is er ook sprake van een licht indirect verband met de ervaren belasting, de arbeidstevredenheid en de belasting van vervelende patiëntcontacten. Tenslotte is er bij steun die men ervaart van de waarneemgroep sprake van interactie. Huisartsen die meer steun ervaren van de waarneemgroep hebben, bij gelijke ervaren werkbelasting, minder de neiging zich cynisch op te stellen tegenover patiënten.

Bij een verminderd gevoel van persoonlijke bekwaamheid vinden we samenhangen met alle zeven kenmerken, waarbij net als bij emotionele uitputting en depersonalisatie alle verbanden in de verwachte richting lopen. Een meer extern gerichte beheersingsoriëntatie, een meer passieve opstelling bij de aanpak van problemen, het minder actief zoeken naar een oplossing van

problemen en het minder steun ervaren van collega's, partner en waarneemgroep gaan samen met een verminderde persoonlijke bekwaamheid.

Indien de aspecten van persoonskenmerken en sociale steun worden toegevoegd aan het regressiemodel van tabel 6.2, blijken een meer interne 'locus of control', het actief opstellen bij problemen en de ervaren steun van de partner een significante extra bijdrage te leveren aan het percentage verklaarde variantie in de burnout-scores op de dimensie persoonlijke bekwaamheid. Met name kennis van de beheersingsoriëntatie als van de 'copingstijl' van huisartsen resulteert in een forse verhoging van de verklaarde variantie. Bij toevoeging van de 'locus of control' variabele aan het oorspronkelijke regressiemodel, stijgt het percentage van 29% naar 36%. Kennis van de 'copingstijl', doet het percentage verklaarde variantie stijgen van 29% naar 40%.

Dezelfde persoonskenmerken en aspecten van sociale steun zijn ook verantwoordelijk voor indirecte verbanden, via de ervaren werkbelasting, de arbeidstevredenheid en het uitkomen van verwachtingen. Bij de steun die wordt ervaren van collega's en de partner is er sprake van interacties. Bij huisartsen die meer steun ervaren, gaat een hoge ervaren werkbelasting en het niet uitkomen van verwachtingen over het vak minder vaak samen met een gevoel van een verminderde persoonlijke bekwaamheid.

De persoonskenmerken en aspecten van sociale steun, die iets toevoegen aan het regressiemodel dat is gepresenteerd in tabel 6.2, zijn opgenomen in een nieuwe regressie-analyse, waarbij gekeken wordt naar de verbanden tussen ervaren werkomgeving en persoonskenmerken/sociale steun met burnout. De resultaten van deze analyse staan vermeld in tabel 6.3.

Tabel 6.3 Regressie vergelijkingen voor de samenhangen van ervaren werkomgeving en persoonskenmerken/sociale steun op burnout

	emotionele uitputting	depersona- lisatie	verminderde persoonlijke bekwaamheid
ervaren werkbelasting	.36	.19	.14
(on)tevredenheid met vak	.22	.17	.19 <sub>a</sub>
uitkomen verwachtingen beroep	.18		.09
discrepanctie investering/opbrengst	.18	.12	
ervaren tijdsdruk	.16		
belasting lastige patiëntcontacten		.09	
externe Locus of Control		.19	.26
actief problemen aanpakken			-.31
passief blijven bij problemen	.06	.18	
sociale steun zoeken bij problemen	.06		
Adj.R <sup>2</sup>	.62	.33	.46

Het blijkt dat 'locus of control' en de drie coping-stijlen significante bijdragen leveren aan het percentage verklaarde variantie bij één of meerdere van de burnout-dimensies. Het percentage verklaarde variantie van emotionele uitputting gaat van 60% naar 62% door de toevoeging van de twee coping-stijlen. Bij het verklaren van verschillen in de mate van depersonalisatie stijgt het percentage gebonden variantie van 28% (in tabel 6.2) naar 33% in tabel 6.3. Kennis van de beheersingsoriëntatie en de mate van passiviteit bij problemen zijn hiervoor verantwoordelijk. Het percentage gebonden variantie bij de dimensie verminderde persoonlijke bekwaamheid stijgt van 29% naar 46%, door toevoeging van de variabele 'beheersingsoriëntatie' en 'het actief zoeken van oplossingen voor problemen'. Toevoeging van interactie-termen aan het regressiemodel van tabel 6.3 levert geen bijdrage aan een verdere verhoging van de percentages verklaarde variantie, en zal verder niet worden besproken.

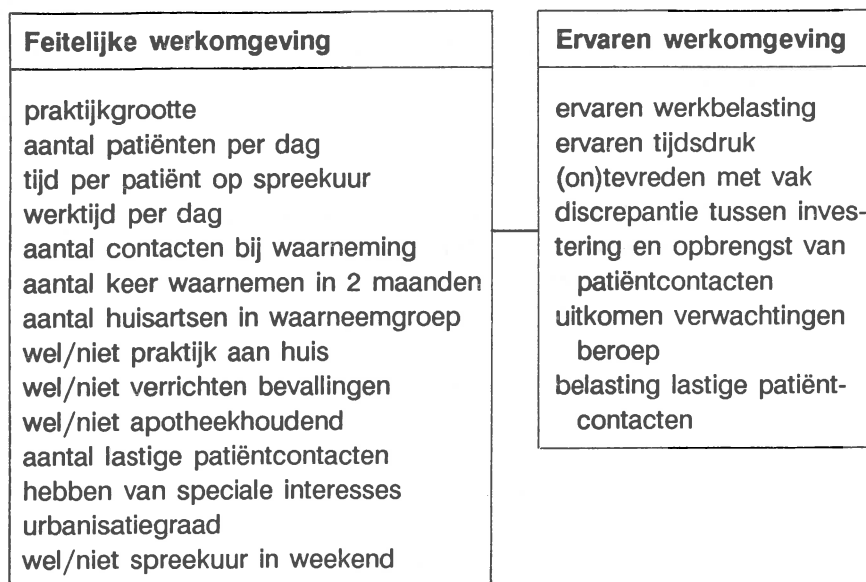
#### **6.4 Het verband tussen feitelijke en ervaren werkomgeving**

In de paragrafen 6.1 en 6.2 is vastgesteld dat verschillen in burnout-scores, met name waar het gaat om de dimensie emotionele uitputting voor een belangrijk deel samenhangen met de werkomgeving zoals die door de huisarts wordt ervaren. Ook is vastgesteld dat de samenhang tussen de feitelijke werkomgeving en burnout gering is. De vraag die vervolgens gesteld kan worden betreft de relatie tussen feitelijke werkomgeving en ervaren werkomgeving. Zou blijken dat er een direct verband is tussen feitelijke werkomgeving en ervaren werkomgeving, dan kan wellicht via deze weg worden gezocht naar mogelijkheden om gevoelens van opgebrand zijn te verminderen. In deze paragraaf kijken we, via onderzoeksvraag 7, naar het verband tussen ervaren werkomgeving en feitelijke werkomgeving. De vraag luidt:

In welke mate is er een verband tussen de ervaren werkomgeving van huisartsen en de feitelijke werkomgeving?

De variabelen, of operationalisaties, die in de analyse worden betrokken zijn weergegeven in figuur 6.5. Met betrekking tot de in figuur 6.5 opgenomen variabelen wordt eerst gekeken welke aspecten een significante bedrage leveren aan het regressiemodel waarmee gezocht wordt naar mogelijke verklaringen voor verschillen in de ervaren werkomgeving. Vervolgens worden de aldus geselecteerde variabelen opgenomen in een multivariate analyse, om vast te stellen of de afzonderlijke relaties blijven bestaan indien rekening wordt gehouden met andere variabelen.

Figuur 6.5 Feitelijke werkomgeving en ervaren werkomgeving



Tabel 6.4 Regressie-analyse ter verklaring van verschillen in ervaren werkomgeving met behulp van feitelijk werkomgeving

	ervaren werk- belasting	arbeids- (on)te- vreden- heid	verwach- tingen beroep	verschil invest./ op- brengst	ervaren tijds- druk	belasting lastige patiënt- contacten
aantal lastige pat.contacten	.27	.29	.35	.35	.30	.57
wel/niet uitvoeren bevallingen		.11		.13	.12	
praktijkgrootte				-.12	.13	
aantal keer dienst in weekend				.11		
aantal huisartsen weekenddienst		.10				
aantal contacten bij dienst eigen praktijk	.11					
totale werktijd					.17	
Adj.R <sup>2</sup>	.08	.12	.12	.18	.17	.32

De samenhang tussen feitelijke werkomgeving en ervaren werkomgeving is gering. Kennis van de feitelijke werkomgeving waarin de huisarts zijn of haar vak uitoefent zal slechts in geringe mate resulteren in betere voorspellingen met de betrekking tot de werkomgeving zoals die door de huisarts wordt ervaren. De percentages verklaarde variantie liggen tussen de 8 en 32%,

waarbij het laatste percentage (verschillen in de ervaren belasting van lastige patiëntcontacten) een uitschieter mag worden genoemd.

Het belangrijkste kenmerk van de feitelijke werkomgeving dat in verband kan worden gebracht met de ervaren werkomgeving is het aantal lastige arts-patiëntcontacten. Kennis over het aantal van dergelijke contacten gaat bij alle aspecten van ervaren werkomgeving samen met een significante bijdrage aan het percentage verklaarde variantie. Andere aspecten die worden gebruikt als operationalisatie van de feitelijke werkomgeving, zoals het doen van bevelingen, de praktijkgrootte, het aantal keren dat weekenddienst wordt gedaan, het aantal huisartsen waarmee weekenddienst wordt gedraaid en de aantallen keren dat men bij waarneming in de eigen praktijk wordt geraadpleegd, laten incidenteel een zelfstandig verband zien met aspecten van de ervaren werkomgeving. Hetzelfde geldt voor de totale werktijd en de tijdsdruk die wordt ervaren; hoe langer de totale werktijd is, des te groter is de ervaren tijdsdruk. Opvallend is dat urbanisatiegraad in deze analyse niet naar voren komt als een aspect van de feitelijke werkomgeving dat, opgenomen met de andere variabelen, een zelfstandige bijdrage levert aan de percentages verklaarde variantie. Dit is niet omdat urbanisatiegraad niet belangrijk zou zijn, maar omdat de rol van urbanisatiegraad in tabel 6.4 wordt overgenomen door de lastige patiëntcontacten.

### **6.5 Het effect van beschikbare hulpbronnen op de relatie tussen ervaren en feitelijke werkomgeving**

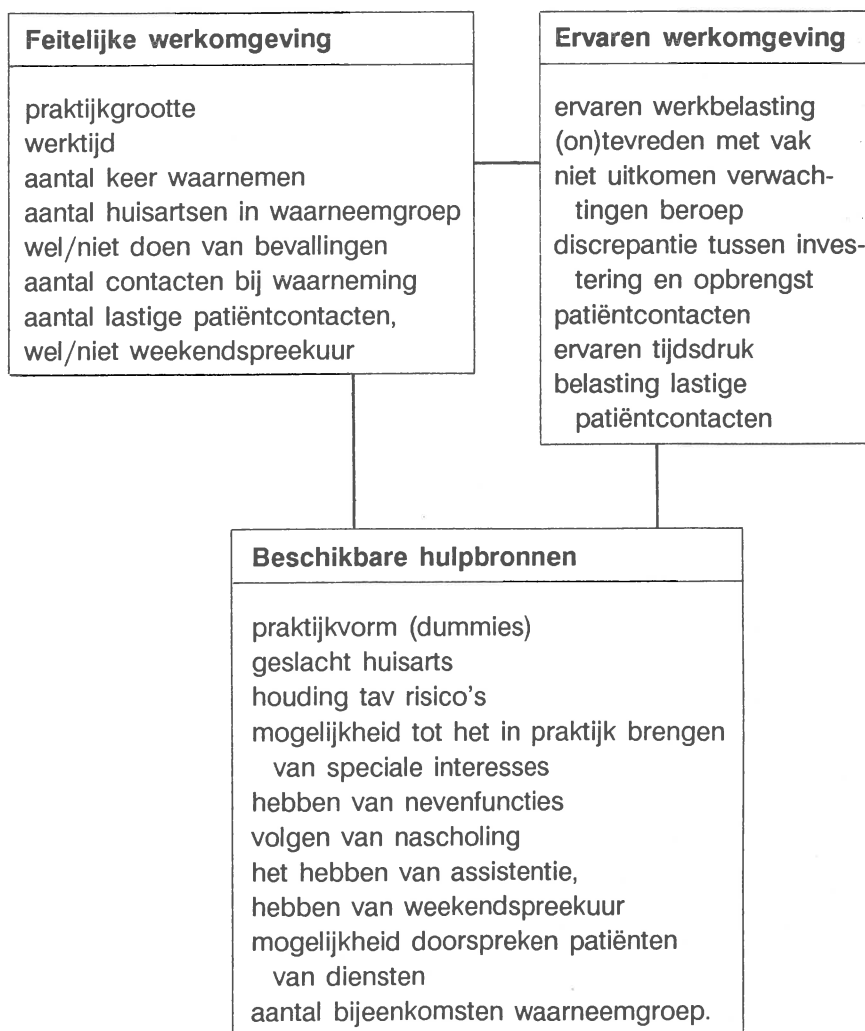
Net zoals persoonkenmerken en sociale steun in verband kunnen worden gebracht met ervaren werkomgeving, burnout en de relatie tussen beide concepten (zie paragraaf 6.3), kunnen hulpbronnen waarover de huisarts beschikt van invloed zijn op de feitelijke en ervaren werkomgeving. Om te zien welke potentiële hulpbronnen een rol spelen bij ervaren en feitelijke werkomgeving, is dezelfde procedure gehanteerd als in paragraaf 6.3. Eerst is onderzocht wat het directe verband is tussen beschikbare hulpbronnen op de ervaren werksituatie. Vervolgens is gekeken naar indirecte relaties met ervaren werkomgeving, via de feitelijke werkomstandigheden. En tenslotte is gezocht naar mogelijke interacties. De onderzoeksvraag die in deze paragraaf wordt beantwoord luidt:

Welke rol spelen de voor de huisarts beschikbare hulpbronnen in relatie tot de ervaren werkomgeving en de feitelijke werkomgeving.

De analyses zijn hierbij beperkt tot die operationalisaties van ervaren werkomgeving, waarvan in de voorgaande paragrafen is vastgesteld dat er een direct verband is met burnout. Een uitvoerige behandeling van de indirecte, directe en interactie-effecten is in dit verband weinig zinvol. De effecten die

worden gevonden zijn in de regel zwakke verbanden en laten geen duidelijk patroon zien. Daarom alleen een presentatie van het uiteindelijk resultaat van de analyse, met één uitzondering. Dat is voor de variabele praktijkvorm. Praktijkvorm blijkt nauwelijks van invloed op zowel de ervaren werkomstandigheden als op het verband tussen ervaren en feitelijke werkomstandigheden. De twee zelfstandige verbanden die worden gevonden betreffen duopraktijken en gezondheidscentra. In duopraktijken is er wat meer sprake van het uitkomen van de verwachtingen ten aanzien van het beroep. Huisartsen in gezondheidscentra ervaren, in vergelijking tot collegae in andere praktijkvormen, een wat grotere tijdsdruk bij de uitoefening van hun beroep.

Figuur 6.6 Feitelijke werkomgeving, ervaren werkomgeving en hulpbronnen



De variabelen die in de analyse zijn betrokken staan vermeld in figuur 6.6. Tabel 6.5 geeft het eindresultaat van de analyse waarbij aspecten van de feitelijke werkomgeving, de ervaren werkomgeving en de beschikbare hulpbronnen in de beschouwing zijn betrokken.

Tabel 6.5 Resultaten van de regressie-analyse tussen feitelijke werkomgeving en beschikbare hulpbronnen op de ervaren werkomgeving

	ervaren werk- belasting	arbeids- (on)te- vreden- heid	verwach- tingen beroep	verschil invest./ op- brengst	ervaren tijds- druk	belasting lastige patiënt- contacten
aantal lastige pat.contacten	.27	.28	.37	.34	.32	.59
wel/niet uitvoeren bevallingen		.10		.16	.12	
praktijkgrootte				.15	.12	
aantal weekenddiensten				.10		
aantal contacten bij waarneming eigen praktijk	.11					
aantal werkuren						.19
interactie-effect van grootte						
waarneemgroep/interesses		.18				
mogelijkheid interesses			.09		.17	.10
wel/niet duopraktijk			-.10			
wel/niet gez.centrum					.12	
leeftijd huisarts						.14
wel/niet assistentie partner				.14		
Adj. R <sup>2</sup>	.08	.14	.16	.20	.22	.37

Toegevoegd aan het oorspronkelijke regressiemodel gepresenteerd in tabel 6.4, hebben vier van de tien potentiële hulpbronnen waarover de huisarts kan beschikken een zelfstandig verband met de ervaren werkomgeving. Dat zijn het zich al dan niet kunnen toeleggen op speciale interesses, de praktijkvorm (te weten of er al dan niet sprake is van een duo-praktijk of van een gezondheidscentrum), de leeftijd van de huisarts en het hebben van assistentie van een partner.

Van deze vier variabelen laat de mate waarin de huisarts zich kan toeleggen op interesses het sterkste verband zien met ervaren werkomgeving. Deze variabele is verbonden met het uitkomen van verwachtingspatronen, de ervaren tijdsdruk en de ervaren belasting van lastige patiëntcontacten. Bovendien is er een interactie-effect met de invloed die het aantal huisartsen in de weekendwaarneming heeft op de arbeidsontevredenheid. Nadere analyses wijzen uit dat bij huisartsen die zich kunnen toeleggen op speciale interesses, het verband tussen de grootte van de waarneemgroep in de weekendwaarneming en ontevredenheid met de uitoefening van het vak verdwijnt.



Bij praktijkvorm is er een positief verband tussen het werken in een duo-praktijk en het uitkomen van de verwachtingen omtrent het huisartsenvak. Het functioneren in een gezondheidscentrum gaat samen met een grotere ervaren werkdruk. Het werken in een solo-praktijk of in een groepspraktijk resulteert niet tot betekenisvolle verbanden in de uitgevoerde regressie-analyses. Voor huisartsen bij wie de partner assisteert in de praktijk geldt dat de balans die wordt ervaren tussen hetgeen in patiëntcontacten wordt geïnvesteerd en hetgeen deze contacten aan positieve gevoelens opleveren, wat vaker is verstoord in negatieve richting. Tenslotte geldt dat met het toenemen van de leeftijd lastige patiëntcontacten meer als belastend worden ervaren.

Toevoeging van de variabelen die zijn geoperationaliseerd als hulpbronnen voor de huisarts aan het regressiemodel voor het verband tussen feitelijke en ervaren werkomgeving, leidt niet tot spectaculaire toenames in de percentages verklaarde variantie bij de verschillende variabelen die tezamen de ervaren werkomgeving vormen. De mate waarin de verschillen in de tevredenheid met de uitoefening van het vak worden verklaard, stijgt van 12% naar 14%, terwijl de verklaarde variantie bij de mate waarin verwachtingen zijn uitgekomen van oorspronkelijk 12% naar 16% stijgt. Bij de mate waarin men ervaart dat de balans tussen investeringen en opbrengsten ten aanzien van patiëntcontacten verstoord is, zien we een toename van het percentage verklaarde variantie van 18% naar 20%. Toenames in de percentages verklaarde variantie met 5% zien we tenslotte bij verschillen in ervaren tijdsdruk (van 17% naar 22%) en bij de ervaren belasting van lastige patiëntcontacten (van 32% naar 35%).

De beta-coëfficiënten, die de sterkte van de verbanden aangeven tussen de aspecten van de feitelijke werkomgeving en de ervaren werkomgeving, veranderen niet of nagenoeg niet als potentiële hulpbronnen aan het regressiemodel worden toegevoegd.

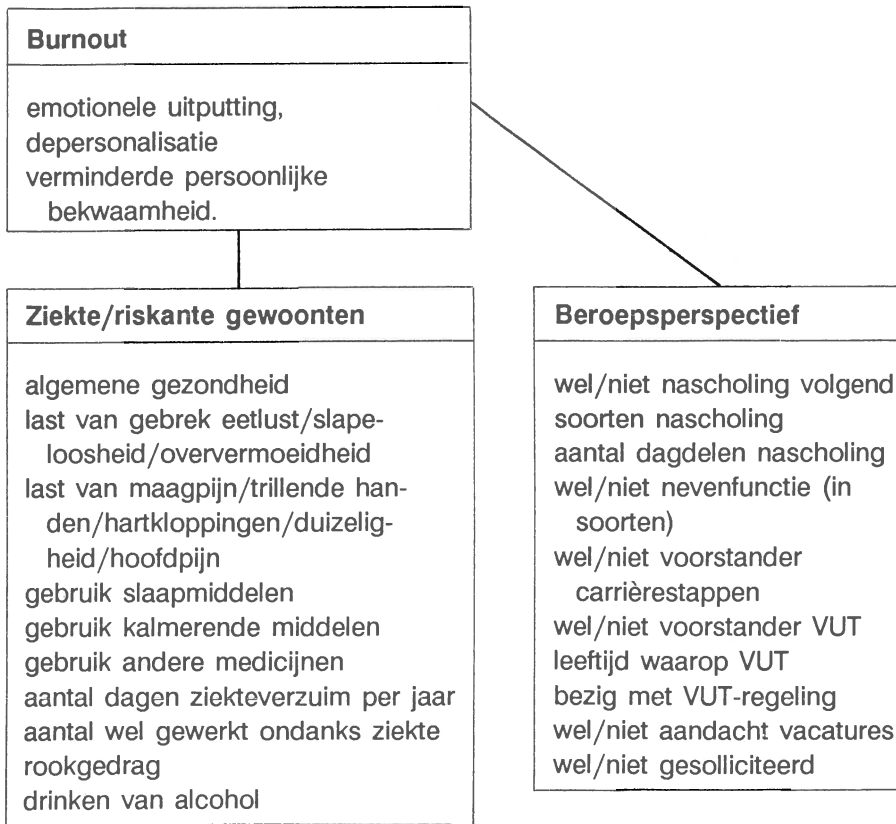
## **6.6 Burnout, ziekte en beroepsperspectief**

Tot nu toe is vooral gekeken naar variabelen die kunnen worden aangemerkt als mogelijke oorzaken voor burnout bij huisartsen. In deze paragraaf wordt de lijn doorgetrokken van burnout naar gezondheid en ziekte in meer algemene zin en naar het carrièreperspectief dat huisartsen voor zichzelf zien weggelegd. De volgende vraag zal in deze paragraaf worden beantwoord

Wat is bij huisartsen de relatie tussen burnout, de mate waarin er sprake is van ziektegedrag en het beroepsperspectief dat men voor zichzelf ziet?

In de analyses zullen de variabelen worden betrokken die zijn opgenomen in figuur 6.7

Figuur 6.7 Burnout, ziektegedrag en beroepsperspectief



Tabel 6.6 (zie de volgende bladzijde) geeft de resultaten van de regressie-analyse, waarbij de drie dimensies van burnout zijn opgevat als onafhankelijke variabelen en waarbij ziektegedrag, riskante gewoonten en het beroepsperspectief de afhankelijke variabelen zijn. In tabel 6.6 zijn alleen de variabelen opgenomen waarbij sprake is van een zelfstandig verband.

Van de drie componenten van burnout, is er alleen bij emotionele uitputting sprake van een verband met ziekte en ziektegedrag. De relaties zijn in de richting zoals die verwacht mag worden, waarbij een hogere score op burnout samengaat met meer klachten, meer gebruik van geneesmiddelen en een eigen gezondheid die als slechter wordt gepercipieerd.

Emotionele uitputting gaat daarnaast samen met meer belangstelling voor een VUT-regeling, meer aandacht voor vacatures en meer daadwerkelijk solliciteren. Waar we in hoofdstuk vijf constateerden dat in het algemeen meer opgebrachte huisartsen niet meer solliciteerden, blijkt er wel een zwak positief verband tussen meer emotionele uitputting en het daadwerkelijk

solliciteren. Ook zijn emotioneel uitgeputte huisartsen wat vaker voorstander van het aanbrengen van een carrièrepatroon in het beroep van huisarts.

Tabel 6.6 Regressie-analyse van burnout op ziekte, ziektegedrag en beroepsperspectief

	emotionele uitputting	depersona- lisatie	persoonlijke bekwaamheid	R <sub>2</sub>
<b>ziekte/ziektegedrag</b>				
ervaren gezondheid	.37			.14
ziek doorgewerkt	.11			.01
klachten eetlust/slapen/ oververmoeidheid	.34			.12
klachten maagpijn/trillende handen/hartkloppingen/ duizeligheid/hoofdpijn	.54			.29
gebruik slaapmiddelen	.17			.03
gebruik kalmeringsmiddelen	.12			.01
<b>beroepsperspectief</b>				
voorzitter VUT-regeling	.17			.03
leeftijd waarop VUT	-.20			.04
voorzitter carrièrestappen	.14	-.10		.04
belangstelling voor vacature	.22	-.12		.04
is aan het solliciteren	.16			.03
is huisartsopleider		.11	.16	.02
volgt nascholing			.09	.01
volgt nascholing 'anders'		-.09		.01

Opmerkelijk is het verband met het al dan niet uitoefenen van de functie van huisartsopleider. Het opleider zijn gaat samen met een wat groter gevoel van persoonlijke bekwaamheid, maar ook met een grotere mate van depersonalisatie. Met name dit laatste verband is opmerkelijk omdat het indruist tegen hetgeen verwacht zou mogen worden. Tenslotte zijn er relatief zwakke verbanden van de mate van depersonalisatie en het gevoel van persoonlijke bekwaamheid met het volgen van nascholing.

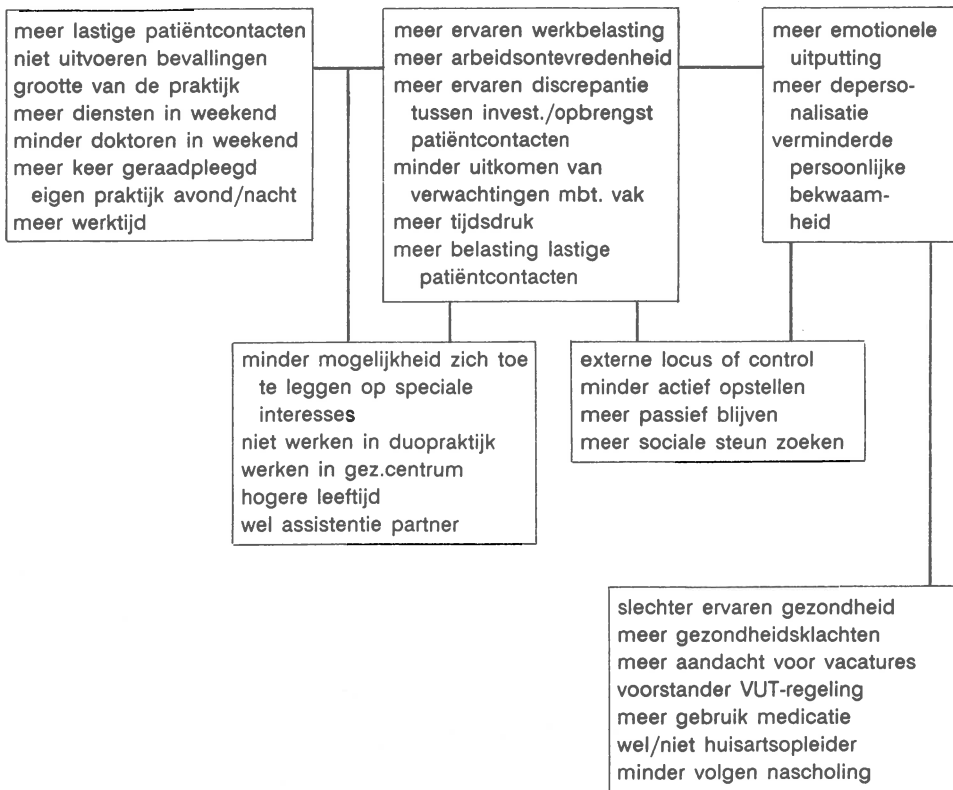
## 6.7 Een samenvattend schema

In de voorgaande vijf paragrafen vormde het conceptuele schema dat op basis van de literatuur in hoofdstuk twee is geformuleerd het vertrekpunt voor een aantal analyses. Daartoe zijn eerst de brede en algemene concepten geoperationaliseerd. Vervolgens is, op basis van een aantal concrete onderzoeksvragen, gekeken welke operationalisaties mogelijk een zinvolle bijdrage kunnen leveren aan een model, dat bedoeld is te komen tot een verklaring van verschillen in het niveau van burnout bij huisartsen (en wellicht de

gevolgen daarvan). Hiervoor is gebruik gemaakt van (multivariate) regressie-analyses.

Het uitgewerkte conceptuele schema zoals dit uiteindelijk overblijft is weer-gegeven in figuur 6.8.

Figuur 6.8 Uitgewerkt conceptueel schema met mogelijke oorzaken en gevolgen van burnout bij huisartsen



Bij de interpretatie van figuur 6.8 zijn twee zaken belangrijk. Ten eerste gaat het hier om samenhangen en vooralsnog niet om oorzaak-gevolg relaties. Om dergelijke causale verbanden te kunnen leggen is meer (en een ander type) onderzoek noodzakelijk. In de tweede plaats betekent het niet vermelden van een bepaalde variabelen of operationalisaties niet dat deze variabelen uiteindelijk ook geen rol kunnen spelen bij de verklaring van verschillen in burnout bij huisartsen. Niet alle mogelijke variabelen die iemand kan bedenken zijn in het conceptuele model opgenomen of geoperationaliseerd. Hoewel de literatuurstudie hier vooralsnog geen aanwijzingen voor geeft, zijn mogelijk belangrijke verklarende variabelen ten onrechte in het onderzoek niet meegenomen. Een tweede mogelijkheid is dat wel in het uiteindelijke

schema opgenomen variabelen sterk verbonden zijn met andere, niet opgenomen variabelen. Opnemen van de ene variabele (in de regel de variabele die de meeste variantie bindt) betekent dat verbanden met andere variabelen zwakker worden of geheel verdwijnen.

Wat figuur 6.8 wel geeft is een aantal belangrijke aspecten die bij huisartsen in Nederland samenhangen met de mate waarin men het gevoel heeft opgebrand te zijn. Hiermee is figuur 6.8 een hulpmiddel om snel inzicht te krijgen in de belangrijkste factoren die een rol spelen bij het burnout-proces bij huisartsen. Daarnaast kan het een vertrekpunt vormen voor verder onderzoek bij deze (of andere) beroepsgroepen. Figuur 6.8 geeft indirect antwoord op de in paragraaf 2.6 geformuleerde onderzoeksvragen vijf tot en met negen. Hiermee is voldaan aan de tweede doelstelling van het onderzoek.

Vergelijken we de resultaten zoals deze worden gepresenteerd in figuur 6.8 (en in de paragrafen 6.1 tot en met 6.5 waarvan dit figuur in feite een samenvatting is) met hetgeen in de internationale literatuur terug te vinden is over burnout, dan zijn er naast een aantal overeenkomsten ook een aantal verschillen. Eerst de overeenkomsten.

Analoog aan hetgeen in de buitenlandse literatuur wordt gevonden geldt dat met name de ervaren werkomgeving een belangrijke rol lijkt te spelen bij burnout. Daarbij gaat het met name om de werkbelasting die door de huisarts wordt ervaren en de intensieve en belastende contacten met patiënten. Ander aspecten die in verband kunnen worden gebracht met burnout zijn de beheersingsoriëntatie van de huisarts, de wijze waarop de huisarts omgaat met problemen en de discrepantie tussen hetgeen in patiëntcontacten wordt geïnvesteerd en hetgeen deze contacten met patiënten opleveren. Het hebben van een externe 'locus of control', een minder actieve copingstijl en een verwachtingspatroon waarbij de balans doorslaat naar de negatieve kant hangen samen met een grotere mate van opgebrand zijn. Eveneens in overeenstemming met ander onderzoekingen is dat ook voor huisartsen geldt dat naarmate er meer sprake is van opgebrand zijn, ook de eigen gezondheid als slechter wordt gepercipieerd.

Naast overeenkomsten is er ook een aantal verschillen gevonden in ons onderzoek waarbij exclusief is gekeken naar huisarts in Nederland. Uit het onderzoek blijkt dat er bij huisartsen weliswaar een relatie wordt gevonden tussen de aantallen jaren werkervaring en het niveau van burnout, doch dit verband is niet lineair en wijkt af van de bevindingen in ander onderzoek. In tegenstelling tot andere beroepsgroepen waarbij burnout vooral lijkt op te treden na een relatief gering aantal jaren werkzaam te zijn in een beroep, geldt voor huisartsen dat het gevoel opgebrand te raken vooral iets is wat gaat spelen na tien tot vijftien jaar het vak te hebben uitgeoefend. Het aantal huisartsen met minder dan vijf jaar en meer dan twintig jaar praktijkervaring, en een hoge burnout-scores is relatief klein. Een tweede opmerkelijke

bevinding is het relatief hoge niveau van burnout bij huisartsen in Nederland, zeker als we in aanmerking nemen dat het voor het merendeel gaat om zelfstandige beroepsbeoefenaren. Immers, onderzoek elders leert dat naarmate er bij een beroep sprake is van meer zelfstandigheid, de kans op burnout afneemt.

Tenslotte is opmerkelijk dat er, in tegenstelling tot bevindingen op basis van burnout-onderzoek elders, bij de huisartsen in Nederland geen verband wordt gevonden tussen burnout en alcoholgebruik en burnout en ziekteverzuim.

## **7. AANDACHTSPUNTEN VOOR BELEID**

In de voorgaande hoofdstukken zijn de resultaten beschreven van een inventariserend en explorerend onderzoek naar het vóórkomen van gevoelens van motivatie en demotivatie bij huisartsen. In dit hoofdstuk zullen de resultaten bezien worden vanuit het perspectief welke aanknopingspunten er zijn voor beleid dat gericht is op het terugdringen van gevoelens van demotivatie en burnout.

Vooropgesteld moet worden dat de aanknopingspunten voor beleid, te voeren door de beroepsorganisatie, beperkt zijn. Immers, het vóórkomen van het gevoel opgebrand te zijn hangt niet zo zeer samen met de feitelijke hoeveelheid werk of overbelasting van huisartsen, als wel met hoe zij hun werkbelasting ervaren. Het eerste is beïnvloedbaar door beleid, het tweede veel minder. Verder blijken vooral 'lastige patiënt-situaties' 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 beïnvloedingsmogelijkheden beperkt. Desalniettemin willen we proberen een aantal aandachtspunten voor beleid te formuleren.

Hoewel 'alles met elkaar samenhangt', willen we toch enige ordening aanbrengen. In principe zijn er drie terreinen waarop beleid zich kan richten:

- huisartsen en hun werkomstandigheden;
- de relaties en contacten tussen huisartsen en patiënten;
- en tenslotte de patiënten zelf.

### **7.1 Huisartsen en hun werkomstandigheden**

Een belangrijk gegeven - het is in de inleiding van dit hoofdstuk ook een keer gezegd - is dat de feitelijke hoeveelheid werk of de werkbelasting geen directe relatie heeft met het gevoel opgebrand te zijn. Indirect bieden bijvoorbeeld praktijkgrootte en het aantal werkuren dat wordt gemaakt mogelijkheden om de ervaren werkbelasting te beïnvloeden. Echter, het uiteindelijke effect op de mate waarin huisartsen zich opgebrand voelen zal gering zijn. Het gaat vooral om de ervaren belasting. Uit het onderzoek blijkt dat de vorm van de praktijkvoering - een solopraktijk of een samenwerkingsverband - geen rechtstreekse relatie heeft met burnout. Wel blijkt dat bij huisartsen, die in een duopraktijk werken, de aanvankelijke verwachtingen met betrekking tot het huisartsenwerk beter uitgekomen zijn. Huisartsen in gezondheidscentra ervaren meer tijdsdruk in hun werk.

Zowel uit de antwoorden op de vragenlijst, als uit de gesprekken die in het kader van het onderzoek gevoerd zijn, komt naar voren dat de 'diensten' een belangrijke rol spelen. Voor wat betreft de organisatie van de diensten zou een positief effect verwacht kunnen worden van een opsplitsing van de diensten. Voor de diensten door de weeks 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. Voor het weekend zou een grotere groep samengesteld kunnen worden, waardoor de frequentie waarmee een individuele huisarts dienst heeft geringer is.

Uiteraard hangt de omvang van de groepen sterk af van plaatselijke omstandigheden en te overbruggen afstanden. Bij de omvang van de groep die de diensten door de week regelt, zou aangesloten kunnen worden bij het reeds in gang gezette beleid van de LHV om te komen tot huisartsengroepen (die ook qua omvang flexibel zullen zijn, afhankelijk van plaatselijke omstandigheden).

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 hulpvraag gesteld wordt. Daarop zal ook in de beide volgende paragrafen nog teruggekomen worden. Een gedeeltelijke oplossing zou kunnen zijn om één spreekuur per week van de dag naar de avond te verschuiven. Voor zover 'oneigenlijke' hulpvragen voortkomen uit (gepercipieerde) problemen van patiënten om de huisarts tijdens 'kantooruren' te raadplegen, zou een vast avondspreekuur een goede oplossing kunnen zijn. Om een verhoging van de belasting in termen van het aantal werkuren te voorkomen, zou een dergelijke oplossing gepaard moeten gaan met het vervallen van een spreekuur overdag. Dit laat onverlet dat het 's avonds moeten werken over het algemeen als meer belastend zal worden ervaren.

Daarnaast zouden wij willen aanbevelen een principiële discussie aan te gaan over hulp buiten de kantooruren, met name in het weekend in de grote steden. De vraag kan gesteld worden of daar de prijs die betaald wordt voor (de illusie van) de handhaving van de continuïteit van de zorg niet erg hoog is. Uit dit onderzoek is gebleken dat met name in stedelijke gebieden 'lastige patiënt-situaties' voorkomen (overigens niet alleen, maar wel voor een deel rond de waarneming). Verder is er uit ander onderzoek ook bekend dat in stedelijke gebieden patiënten meer dan elders de neiging hebben om buiten de kantooruren rechtstreeks naar de Eerste Hulp-afdeling van het ziekenhuis te gaan. De discussie zou kunnen gaan over de vraag of die rol van de Eerste Hulp-post of Afdeling Spoedeisende Hulp dan maar niet geaccepteerd moet worden, waarbij nagedacht moet worden over de wijze hoe huisartsen dan betrokken kunnen worden bij het werk van de Eerste Hulp-post. Op zich zal dat niet voorkómen 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.

Een laatste punt met betrekking tot de diensten betreft de (on)mogelijkheid om met name weekenddiensten te compenseren. Uit de gevoerde vraaggesprekken blijkt dat door het ontbreken van bijvoorbeeld een vrije ochtend na een weekenddienst op zondag, de huisarts letterlijk en figuurlijk het gevoel krijgt door te draaien. De zwaarte van de diensten en het ontbreken van compensatie wordt zowel door meer als minder opgebrachte huisartsen naar voren gebracht als een belangrijk punt. Indien, bijvoorbeeld op het niveau van waarneemgroepen, compensatie zou kunnen worden geboden na een weekenddienst zou voor veel huisartsen een belangrijk negatief aspect van het beroep worden afgezwakt.

Uit de resultaten van het onderzoek komt naar voren, dat de mogelijkheid om speciale interesses te ontwikkelen en in de praktijk te brengen een buffer kan vormen tegen het optreden van een gevoel opgebrand te zijn. Eenzelfde rol speelt ondersteuning door collegae. 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. De huisartsengroep in de visie van de LHV - toegegeven dat er rond deze visie nog veel uitgewerkt moet worden - kan als organisatorisch kader een rol op verschillende terreinen spelen. De waarneming is al genoemd, de mogelijkheid van een zekere mate van, en door de band tussen huisarts en patiënt begrensde, specialisatie en onderlinge ondersteuning. Daarnaast kan men denken aan de organisatie van een meer flexibele uittreding 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 collegae. Daar waar nu in individuele gevallen diensten uitbesteed worden, zou in de huisartsengroep naar duurzame oplossingen op groepsniveau gezocht kunnen worden. Dit alles veronderstelt binnen de huisartsengroep het bestaan van onderlinge solidariteit en de bereidheid tot flexibele vormen van beperkte taakverdeling. Dit zou ondersteund kunnen worden door het stelsel van honorering en vergoeding.

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 om ervaringen te delen en er over te spreken kan, los van alle structuren, als positief beleefd worden. Men kan overwegen om 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 huisartsenopleiding zou een rol kunnen spelen in het tot stand brengen van een realistisch verwachtingenpatroon. De verlenging van de huisartsenopleiding, waardoor huisartsen in opleiding met een groter aantal, uiteenlopende praktijksituaties in aanraking komen, kan mogelijk op zich al bijdragen aan een realistischer beeld van het werk.

Het verwachtingspatroon waarmee huisartsen aan hun loopbaan beginnen is evenwel niet uitsluitend een zaak van de opleiding. De formulering en presentatie van het basistakenpakket van de huisarts in de eerste helft van de jaren tachtig, kan huisartsen het gevoel gegeven hebben dat er meer van hen verwacht wordt - ook door de beroepsorganisatie - dan zij individueel kunnen waarmaken. Onder huisartsen met hoge burnout-scores komen meer huisartsen voor, die de stelling onderschrijven dat het vrijwel onmogelijk is het hele basistakenpakket te beheersen.

Uit de literatuur blijkt dat de persoonlijkheidsstructuur van mensen samenhangt met het optreden van burnout. In het onderzoek hebben we daaraan relatief weinig aandacht besteed, al was het alleen maar omdat kennis over die samenhang weinig aanknopingspunten biedt voor beleid. Twee aspecten, die gezien kunnen worden als relatief stabiele persoonlijkheidskenmerken, zijn in het onderzoek meegenomen: de beheersingsoriëntatie (dat wil zeggen de mate waarin een persoon de op zijn of haar gedrag volgende gebeurtenissen ziet als iets dat hij of zij zelf in de hand heeft of als iets dat door de externe factoren wordt bepaald) en de 'coping stijl' (ofwel de wijze waarop mensen in zijn algemeenheid omgaan met problematische situaties). Beide hangen samen met het gevoel opgebrand te zijn.

In de 'coping stijl' ligt wellicht ook een verbinding naar de beroepsopleiding. Uit de vraaggesprekken die met huisartsen zijn gevoerd, blijkt dat het voor de huisarts uitermate belangrijk is grenzen te stellen en structuren aan te brengen in het eigen functioneren en te zorgen dat deze grenzen en structuren ook daadwerkelijk in acht worden genomen. Het structureren van de eigen handelwijze (bijvoorbeeld bij 'lastige' patiënten) kan bescherming bieden tegen het gevoel opgebrand te raken. Sommige huisartsen zullen het vermogen tot van het eigen handelen van nature in sterke mate in zich hebben als zij met de opleiding beginnen. Voor anderen zal dit veel minder het geval zijn en met name deze groep zal aandacht aan dergelijke problematiek in de beroepsopleiding als uiterst nuttig ervaren.

## 7.2 Huisarts en patiënt

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

Beleid 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 huisartsenopleiding of voor nascholing van huisartsen zou een cursusaanbod op dit gebied ontwikkeld kunnen worden.

In de tweede plaats verdient het voorstel, dat onlangs door Schretlen (1992) in Medisch Contact gedaan is, 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 door Schretlen beschreven casuïstiek sluit aan bij de 'lastige patiënt-situaties' die in de vragenlijst aan huisartsen voorgelegd zijn, met dit verschil dat het in de vragenlijst deels om incidentele situaties gaat en niet expliciet om 'duurzaam ontworpen situaties'. De mogelijke kritiek, dat hiermee de ellende van de ene huisarts doorgeschoven wordt naar de andere, lijkt slechts voor een deel op te gaan. Immers, een ontworpen 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.

## 7.3 De patiënten

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 drie richtingen gezocht worden. In de eerste plaats kan gedacht worden aan een publieksgerichte campagne via de media of 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 ingeblazen kunnen worden, dat van een patiënten-advies-telefoon, een 06-nummer bemand door medici die eenvoudige adviesvragen afhandelen en waar nodig de patiënt adviseren hun huisarts te raadplegen.

Tenslotte zou gedacht kunnen worden aan een eigen bijdrage voor hulp buiten de kantooruren onder bepaalde nader uit te werken omstandigheden. Een serieus probleem met deze laatste oplossing is, dat de beoordeling van de specifieke omstandigheden bij de huisarts ligt, die daarmee een nieuwe bron van ergernis voor de patiënt kan vormen.

## GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- Andriessen, J.H.T.H. Interne of externe beheersing. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 1972, 27, 173-178.
- Bergers, G.P.A., F.G.H. Marcelissen en Ch.J. de Wolff. Vos-D Vragenlijst Organisatiestress-D. Handleiding. Stressgroep publikatie 36, 1986.
- Buunk, A.P. en Ch.J. de Wolff. Sociaalpsychologische aspecten van stress op het werk. In: P.J.D. Drenth, H. Thierry en Ch.J. de Wolff (red). *Nieuw handboek A & O psychologie (3.8.1-3.8.5)*. Deventer, Loghuma Slaterus 1988.
- Cannon, W.B. Organization for psychological homeostasis. *Psychological Review*, 1929, 19, 339-430.
- Ceslowitz, S.B. Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 1989, 14, 553-557.
- Dijkhuizen, N. van. From stressors to strains: research into their interactions. Lisse, Zwets & Zeitlinger, 1980.
- Duistermaat, H. Onmacht in het werk van de huisarts. Lelystad, Meditekst, 1989.
- Edelwich, J. en A. Brodsky. Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions. New York, Human Services Press, 1980.
- Foets, M., J. Hutten, H. Sixma en L. Stockx. Datareductie door schaalconstructie in de huisartsenquête van de Nationale Studie. Utrecht, NIVEL, 1991.
- Foets, M. en H. Sixma. Gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie. Utrecht, NIVEL, 1991.
- Foets, M. en J. van der Velden. Een Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Utrecht, NIVEL, 1990.
- Folkman, S. An approach to the measurement of coping. *Journal of Occupational Behavior*, 1982, 3, 95-108.
- Folkman, S. en R.S. Lazarus. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 1980, 21, 219-239.

- Folkman, S. en R.S. Lazarus. The relationship between coping and emotion: implications for theory and research. *Social Science Medicine*, 1988, 26, 3, 309-317.
- Freudenberger, H.J. Staff Burnout. *Journal of Social Issues*, 1974, 30, 1, 159-165.
- Garden, A.M. Burnout: The effect of psychological type on research findings. *Journal of Occupational Psychology*, 1989, 62, 223-234.
- Garretsen, H.F.L. en H. Raat. *Gezondheid in vier grote steden*. Den Haag, Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid (WRR), 1989.
- Gentry, W.P. en S.C. Kobasa. Social and psychological resources mediating the stress-illness relationships in humans. In: W.P. Gentry (Ed). *Handbook of behavioral medicine*. New York, Guilford Press, 1984.
- Groenewegen, P.P. Vertrek uit de huisartspraktijk. *Medisch Contact*, 1978, 33, 757-762.
- Groenewegen, P.P. en J.B.F. Hutten. Workload and job satisfaction among general practitioners: a review of the literature. *Social Science and Medicine*, 1991, 32, 10, 1111-1119.
- Grol, R. Preventie van somatische fixatie: en de attitude van de huisarts, deel 5. Eindrapportage van het project 'Preventie van Somatische Fixatie'. Nijmegen, NUHI, 1983.
- Grol, R., H. Mokkink, A. Smits, J. van Eijk, M. Beek, P. Mesker en J. Mesker-Niesten. Work satisfaction of general practitioners and the quality of patient care. *Family Practice*, 1985, 2, 3, 128-135.
- Halenar, J.F. Doctors don't have to burn out. *Medical Economics*, 1981, october 26.
- Ivancevich, J.M. en M.T. Matteson. Medical technologists and laboratory technicians: sources of stress and coping strategies. In: *Stress in health professions*. R. Payne & J. Firth-cozens (Eds). Chisester, John Wiley & sons, 1980.
- Kahn, R.L., D.M. Wolfe, R.P. Quin, J.D. Snoek en R.A. Rosenthal. *Organisational stress: studies in role conflict and ambiguity*. New York, Wiley, 1964.

- Kenter, E.G.H. De plaats van de arts in de medische relatie. *Medisch Contact*, 1987, 31, 964-966.
- Kleiber, D. en D. Enzmann. *Burnout: eine internationale Bibliographie*. Göttingen, Verlag für Psychologie, 1990.
- Kobasa, S.C. The hardy personality: Towards a social psychology of health and illness. In: J. Suls & G. Sanders (Eds). *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, N.J., Erlbaum, 1982.
- Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen. *Rapport van de subcommissie gezondheids(zorg)wetenschappen*. Amsterdam, KNAW, 1991.
- Landelijke Huisartsen Vereniging. *De positie van de huisarts in de toekomst*. Utrecht, LHV, 1987.
- Latack, J.C. Career transitions within organisations: an exploratory study of work, nonwork and coping strategies. *Organisational Behavior and Human Performance*, 1984, 34, 296-322.
- Latack, J.C. Coping with job stress: Measures and future directions for scale development. *Journal of applied psychology*, 1986, 71, 630-640.
- Lazarus, R.S. en S. Folkman. Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1987, 1, 141-169.
- Leiter, M.P. Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of organizational behaviour*, 1990a, 43, 11.
- Leiter, M.P. The impact of family resources, control coping and skill utilization on the development of burnout: a longitudinal study. *Human Relations*, 1990b, 43, 11, 1067-1083.
- Lemkau, J.P., R.R. Purdy, J.P. Rafferty en J.R. Rudisill. Correlates of burnout among family practice residents. *Journal of medical education*, 1988, 63, 9, 682-691.
- Lens, P. *Zieke dokters: ziekte- en gezondheidsgedrag van huisartsen en hun gezinsleden*. Utrecht, Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, 1984.
- Marcelissen, F.G.H. *Gangmakers in het stressproces*. Leiden, NIPG/TNO, 1987.

- Maslach, C. Burnout: A social psychological analysis. In: J.W. Jones (Ed), The burnout Syndrome: Current research, theory interventions (30-53). Park Ridge, London House Press, 1982.
- Maslach, C. en S.E. Jackson. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 1981, 2, 99-113.
- Maslach, C. en S.E. Jackson. Burnout in health professions: a social psychological analysis. In: G. Sanders & J. Sub (Eds). *Social psychology of health and illness*. Hills Dale, NJ, Erlbaum, 1982.
- Maslach, C. en S.E. Jackson. M.B.I.: Maslach Burnout Inventory; manual research edition. Palo Alto, University of California, Consulting Psychologists press, 1986.
- Matteson, M.T. en J.M. Ivanevich. Type A and B behavior patterns and self-reported health symptoms and stress: examining individual and organisational fit. *Journal of Occupational Medicine*, 1982, 24, 585-589.
- Mawardi, B.H. Satisfaction, dissatisfactions and causes of stress in medical practice. *JAMA*, 1979, 241, 14, 1483-1486.
- May, H.J. en D.A. Revicki. Professional stress among family physicians. *The Journal of family practice*, 1985, 20, 2, 165-171.
- Mazie, B. Job stress, psychological health and social support of family practice residents. *Journal of Medical Education*, 1985, 60, 935-941.
- McCranie, E.W. en J.F. Brandsma. Personality Antecedents of Burnout among Middle-Aged Physicians. *Behavioral Medicine*, 1988, 14, 30-36.
- McCue, J.D. The effects of stress on physicians and their medical practice. *The New England Journal of Medicine*, 1982, 306, 8, 458-463.
- Mechanic, D. Correlates of Frustration among British General Practitioners. *Journal of health and social behavior*, 1970, 11, 87-104.
- Meier, S.T. Toward a theory of burnout. *Journal of Human Relations*, 1983, 36, 199-910.
- Meijman, T.F. *Over Vermoeidheid*. Amsterdam, Studiecentrum Arbeid en Gezondheid, 1991.



- Melville, A. Job satisfaction in general practice: implications for prescribing. *Social Science & Medicine*, 1980, 14, 495-499.
- Miranda, D.R. en J.F.A. Spangenberg. Kwaliteit en doelmatigheid van intensive care units in Nederland: een multi-disciplinaire studie naar medische en bedrijfseconomische aspecten van Intensive Care. Groningen, 1992.
- Moos, R.H. en A.G. Billings. Conceptualizing and measuring coping resources and process. In: L. Goldberg & S. Breznitz (Eds). *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*. New York, Free Press, 1982.
- Murray, R.M. The Mental ill doctor, causes and consequences. *The Practitioner*, 1983, 227, 65-75.
- Myerson, S. Violence to general practitioners and fear of violence. *Family Practice*, 1991, 8, 2, 145-147.
- Nieuwsblad Gezondheidszorg, Revolvers in de spreekkamer, 1991.
- Nunnally, J.C. *Psychometry theory*. Mc. Grow-Hill Book Company, 1978.
- Pines, A.M., E. Aronson en D. Kafry. *Burnout, from tedium to personal growth*. New York, Free Press, 1981.
- Pool, J.B. *Registratie huisartsen 1991*. Utrecht, NIVEL, 1992.
- Querido, J.D. *In een stadspraktijk*. Utrecht, Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, 1988.
- Rafferty, J.P., J.P. Lemkau, R.R. Purdy en J.R. Rudisill. Validity of the Maslach Burnout Inventory for family practice physicians. *Journal of Clinical Psychology*, 1986, 42, 3, 488-492.
- Revicki, D.A. en H.J. May. Occupational stress, social support and depression. *Health psychology*, 1985, 4, 1, 61-77.
- Ridder, D. de. *Determinanten van psychische gezondheid, een verkenning van literatuur*. Utrecht, Nederlands centrum geestelijke volksgezondheid, 1990.
- Schaufeli, W.B. *Opgebrand, over de achtergronden van werkstress: het burn-out-syndroom*. Rotterdam, AD. Donker, 1990.

- Schaufeli, W.B. en D. van Dierendonck. The construct validity of two burnout measures, in press.
- Schaufeli, W.B. en D. van Dierendonck. Betrouwbaarheid en validiteit van de Utrechtse Coping Lijst. *Gedrag en Gezondheid*, 1992, 1.
- Schaufeli, W.B. en M. Peeters. The measurement of burnout. Presented at ENOP conference 'Professional burnout: developments in theory and research'. Krakow, 1990.
- Schreurs, P.J.G., G. van de Willige, B. Tellegen en J.F. Brosschot. De Utrechtse Coping Lijst: UCL-handleiding. Lisse, Zwets & Zeitlinger, 1988.
- Schretlen, I. Het verbreken van de relatie met de patiënt. Vaagheden verhul- len taboes. *Medisch Contact*, 1992, 47, 2, 48-52.
- Shirom, A. Burnout in work organisations. In: C.L. Cooper & I. Robertson (Eds). *International review of industrial and organisational psychology*. New York, Wiley, 1989, 25-48.
- Sixma, H. De huisarts: van 'heer van stand' tot 'middenklasser'? *Huisarts en Wetenschap*, 1991, 34, 3, 111-116.
- Snibbe, J.R., T. Radcliffe, C. Weisberger, M. Richards en J. Kelly. Burnout among primary care physicians and mental health professionals in a managed health care setting. *Psychological reports*, 1989, 65, 775-780.
- Velden, van der J., D.H. de Bakker, A.A.M.C. Claessens en F.G. Schellevis. Een Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht, NIVEL, 1991.
- Verhaak, P.F.M. Opvattingen, normen en percepties van artsen die op verschillende wijze hun praktijk uitoefenen. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 1984, 62, 11, 450-454.
- Winefield, H.R. en T.J. Anstey. Job stress in general practice: Practitioner age, sex and attitudes as predictors. *Family Practice*, 1991, 8, 140-144.
- Wouden, J.C. van der, L. Hingstman en A.J. Elzinga. De medewerking van artsen aan postenquêtes. *Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg*, 1988, 66, 379-381.

Yperen, N.W. van, B.P. Buunk en W.B. Schaufeli. Communal orientation and the burnout syndrome among nurses. *Journal of Applied Social Psychology*, in press.





Een groot deel van de vragen uit de enquête kunnen worden opgeteld en vormen zo een aantal schalen. Naast reeds bestaande schalen zijn een paar schalen geconstrueerd met behulp van factor-analyse en interne betrouwbaarheid. Dit alles levert de volgende, goed interpreteerbare schalen op.  
De paginanummers verwijzen naar de vragenlijst, welke is opgenomen in bijlage ..

	pagina	items	$\alpha$	een hoge score betekent
emotionele uitputting	8	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	.88	een groter gevoel van uitputting
depersonalisatie	8	5, 10, 11, 15, 22	.64	meer gedepersonaliseerd
persoonlijke bekwaamheid	8	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	.74	een groter gevoel van persoonlijke bekwaamheid
ervaren belasting	9	1 t/m 16	.93	meer ervaren belasting
sociale steun van collega's uit de praktijk	13	1a, 2a, 3a, 4a, 5a	.82	minder ervaren ondersteuning
sociale steun van collega's uit de waarneming	13	1b, 2b, 3b, 4b, 5b	.77	minder ervaren ondersteuning
sociale steun van de levenspartner	13	1c, 2c, 3c, 4c, 5c	.75	minder ervaren ondersteuning
actieve wijze van omgaan met problemen	11	5, 7, 9, 10, 11, 16, 22	.72	vaker gebruik maken van deze stijl
passieve wijze van omgaan met problemen	11	1, 2, 4, 6, 13, 15, 17, 18, 19	.71	vaker gebruik maken van deze stijl
het zoeken van sociale steun indien problemen worden ervaren	11	3, 14, 20, 21, 23, 24	.83	vaker gebruik maken van deze stijl

	pagina	items	$\alpha$	een hoge score betekent
arbeidsontevredenheid	4	2, 3, 4, 6	.72	minder interesse en commitment voor het werk
het gevoel bezig te zijn met werkzaamheden waarvoor men niet naar de huisarts hoeft houding ten opzichte van het nemen van risico's	4	1, 5, 7, 9	.67	minder het gevoel te hebben zinvolle bezigheden hebben
het aan de verwachtingen voldoen van het werk	4	11, 12, 13, 14, 15	.77	meer risico's durven nemen
tevredenheid met de tijd die de arts heeft voor zaken in en om de praktijkvoering	5, onderaan	2, 3, 4, 5	.63	de verwachtingen zijn slechter uitgekomen
ervaren discrepantie tussen investering en opbrengst	5, bovenaan	1, 2, 3, 4, 5	.76	ontevredener met tijdsaspect
voorkomen van lastige patiënten	7, onderaan	1, 2, 4	.74	minder het gevoel te hebben terug te krijgen voor wat in de relatie wordt gestopt
de lastige patiënten als een belasting ervaren	6, links	1 t/m 18	.79	meer en vaker lastige patiënten te hebben
locus of control	6, rechts	1 t/m 18	.77	meer belasting ervaren
	10	1 t/m 10	.79	een groter gevoel van controle te hebben





In paragraaf 6.3 is gekeken naar het verband tussen persoonskenmerken en sociale steun met de drie dimensies van burnout en de ervaren werkomgeving. Eerst is gekeken naar de directe relatie persoonskenmerken/sociale steun en burnout (= stap 1). Vervolgens is gekeken naar de invloed van persoonskenmerken/sociale steun op de relatie tussen burnout en de ervaren werkomgeving via indirecte effecten (stap 2) en interactie-effecten (stap 3). De resultaten van deze analyses staan in de tabellen B1 tot en met B3.

Uitgangspunt bij deze tabellen is het regressiemodel gepresenteerd in tabel 6.2 (paragraaf 6.2), hier weergegeven als uitgangsmoedel.

Als één van de operationalisaties van persoonskenmerken/sociale steun een directe relatie met de betreffende dimensie van burnout heeft, dan staat dit vermeld bij 'alleen' (stap 1). Is er bij het opnemen van de betreffende operationalisatie en persoonskenmerken/sociale steun in het oorspronkelijk regressiemodel sprake van een significant verband, dan staat het vermeld onder 'in model' en zijn de  $\beta$ 's van de nieuwe regressievergelijking opgenomen (stap 2). De aan de regressievergelijkingen toegevoegde interacties tussen enerzijds de operationalisaties van persoonskenmerken/sociale steun en anderzijds het verband tussen de dimensie van burnout en de ervaren werkomstandigheden kunnen resulteren in een toename van het percentage verklaarde variantie (stap 3). Deze verandering staat weergegeven in de laatste kolom van elke tabel.

Tabel B.1 Relatie tussen persoonskenmerken/sociale steun en het verband tussen ervaren werkomgeving en emotionele uitputting

	ervaren werk- belasting	arbeids- (on)tevren- denheid	verwach- ting tav. beroep	verschil invest./ opbrengst pat.cont.	ervaren tijdsdruk	Adj.R2	verande- ring R2 door interactie
<b>Uitgangsmodel</b>	.36	.22	.18	.19	.15	.60	
<b>Locus of Control</b>							
alleen	-.36						
in model	N.S.						.00
<b>Actief opstellen</b>							
alleen	-.16						
in model	N.S.						.00
<b>Passief blijven</b>							
alleen	.21						
in model	.06	.36	.21	.18	.19	.16	.61
<b>Sociale steun zoeken</b>							
alleen	N.S.						
in model	.07	.37	.22	.18	.18	.16	.61
<b>Steun partner ervaren</b>							
alleen	-.11						
in model	N.S.						.00
<b>Steun collega's ervaren</b>							
alleen	-.19						
in model	N.S.						.00
<b>Steun waarnemgroep ervaren</b>							
alleen	-.20						
in model	N.S.						.00

Tabel B.2 Relatie tussen persoonskenmerken/sociale steun en het verband tussen ervaren werkomgeving en depersonalisatie

	ervaren werk belasting	arbeids- (on)tevre- denheid	verschil invest.\ opbrengst pat.cont.	belasting vervelende patiënten- contacten	Adj.R2	verande- ring R2 door interactie
<b>Uitgangsmodel</b>	.24	.22	.13	.14	.28	
<b>Locus of Control</b>						
alleen	-.37					
in model	-.19	.20	.13	.11	.30	.00
<b>Actief opstellen</b>						
alleen	-.14					
in model	N.S.					.00
<b>Passief blijven</b>						
alleen	.29					
in model	.19	.22	.21	.15	.11	.31
						.00
<b>Sociaal steun zoeken</b>						
alleen	-.13					
in model	-.08	.23	.22	.15	.14	.28
						.00
<b>Steun partner ervaren</b>						
alleen	.17					
in model	-.08					
						.00
<b>Steun collega's</b>						
alleen	N.S.					
in model	N.S.					
						.00
<b>Steun waarneem groep</b>						
alleen	.11					
in model	N.S.					
						.01

Tabel B.3 Relatie tussen persoonskenmerken/sociale steun en het verband tussen ervaren werkomgeving en verminderde persoonlijke bekwaamheid

	ervaren werk belasting	arbeids- (on)tevren- denheid	verwach- ting tav. beroep	Adj.R2	verandering R2 door interactie
<b>Uitgangsmodel</b>	.20	.29	.20	.29	
<b>Locus of Control</b>					
alleen	-.49				
in model	-.30	.16	.16	.11	.36
<b>Actief opstellen</b>					
alleen	-.46				
in model	-.33	.18	.23	.17	.40
<b>Passief opstellen</b>					
alleen	.13				
in model	N.S.				.00
<b>Sociale steun zoeken</b>					
alleen	-.10				
in model	N.S.				
<b>Steun partner</b>					
alleen	.15				
in model	.09	.18	.28	.20	.29
<b>Steun collega's</b>					
alleen	.10				
in model	N.S.				.01
<b>Steun waarneem groep ervaren</b>					
alleen	.16				
in model	N.S.				.00

BIJLAGE 3

VRAGENLIJST GEBRUIKT BIJ HET ONDERZOEK NAAR  
BURNOUT BIJ HUISARTSEN



**ENQUETE**  
**ASPECTEN VAN MOTIVATIE EN DEMOTIVATIE**  
**BIJ HUISARTSEN**





Onderdeel 1: DE PRAKTIJKORGANISATIE

In dit gedeelte staan vragen rondom de organisatie van uw praktijk. Bij een aantal vragen wordt om aantallen gevraagd. Als u die niet precies weet, geef dan een schatting.

---

Hoe groot is uw praktijk; of als u in een samenwerkingsverband zit hoeveel patiënten kunnen aan u worden toegerekend?

..... patiënten

Hoeveel tijd reserveert u gemiddeld per patiënt tijdens het afspraakspreekuur?

..... minuten

Hoeveel patiënten ziet u gemiddeld per dag?

..... patiënten

Kunt u aangeven hoeveel tijd u gemiddeld per week aan de volgende praktijkactiviteiten besteedt? (afgezien van beschikbaarheidsdiensten en nevenfuncties)

Totale werktijd: ..... uur

Directe zorg van patiënten op het spreekuur: ..... uur

Rijden van visites: ..... uur

Overige activiteiten (bv administratie, nascholing): ..... uur

Kunt u aangeven welke assistentie u heeft en voor hoeveel uur per week?

echtgeno(o)t(e)/partner ..... uur

praktijkassistente ..... uur

apothekersassistente ..... uur

assistent-arts ..... uur

anders, nl.....

..... uur

Heeft u een gecombineerd woon- en praktijkpand?

Ja

Nee

Doet u bevallingen?

Ja

Nee

Zo ja, hoeveel per jaar?

.....

8. Hieronder staat een aantal vragen die samenhangen met de waarnemingregeling.

a. In welke van de volgende periodes neemt u deel aan de waarneming, voor hoeveel artsen en hoe vaak heeft u gewoonlijk dienst per acht weken?

	Aantal artsen	Aantal keer per acht weken	nvt
Avonddienst	.....	.....	.....
Nachtdienst	.....	.....	.....
Weekenddienst	.....	.....	.....

b. Is er in het weekend een spreekuur tijdens de waarneming?

- Ja
- Nee

c. Spreekt u patiënten van andere huisartsen die u tijdens de waarneming behandeld heeft in de regel door met hun eigen huisarts?

- Ja
- Nee

d. Hoe vaak komt uw waarnemingsgroep bij elkaar?

- eens per week
- eens per twee weken
- eens per maand
- eens per drie maanden
- eens per half jaar
- eens per jaar
- nooit

e. Hoe vaak heeft u het afgelopen jaar uw diensten uitbesteed, afgezien van vakantie?

..... keer

f. Kunt u een schatting geven van het aantal malen dat er gemiddeld een beroep op u wordt gedaan tijdens de waarneming en welk gedeelte daarvan oneigenlijke hulpvragen zijn?

Tijdens een avond/nachtdienst ..... keer geraadpleegd ..... procent oneigenlijke hulpvragen

Tijdens een weekenddienst ..... keer geraadpleegd ..... procent oneigenlijke hulpvragen

g. Kunt u een schatting geven van de situatie als u alleen voor uw eigen praktijk dienst heeft. Kunt u het aantal hulpvragen gemiddeld per week en per weekend aangeven.

Tijdens avond/nacht ..... keer per week ..... procent oneigenlijke hulpvragen

Tijdens weekend ..... keer per weekend ..... procent oneigenlijke hulpvragen

Kunt u drie voorbeelden van wat u als een oneigenlijke hulpvraag ervaart?

1. ....

2. ....

3. ....

---

## Onderdeel 2: WERKSITUATIE

De volgende vragen gaan over hoe u zich ten opzichte van het werk voelt. Omcirkel het cijfer dat **het beste** met uw mening overeenstemt.

---

	1 Helemaal mee eens	2 Mee eens	3 Deels mee eens, deels mee oneens	4 Mee oneens	5 Helemaal mee eens
1. Ik heb het gevoel dat sommige onderdelen van mijn werk niet echt zin hebben.	1	2	3	4	5
2. Mijn werk interesseert me nog evenveel als altijd.	1	2	3	4	5
3. Als salaris en condities dezelfde zouden zijn, zou ik net zo lief niet-medisch werk doen.	1	2	3	4	5
4. Ik heb echt plezier in mijn werk.	1	2	3	4	5
5. Mijn werk bestaat uit veel onnodige werkzaamheden.	1	2	3	4	5
6. Mijn beroep inspireert me om zo goed mogelijk te presteren.	1	2	3	4	5
7. De media stimuleren de oneigenlijke hulpvraag.	1	2	3	4	5
8. Het is vrijwel onmogelijk het hele basistakenpakket te beheersen.	1	2	3	4	5
9. Ik besteed teveel tijd aan ziektes, waarvoor men niet naar de huisarts hoeft.	1	2	3	4	5
10. Veranderingen in het huisartsenvak ervaar ik als positief.	1	2	3	4	5
11. Als huisarts dien je het zekere voor het onzekere te nemen.	1	2	3	4	5
12. Als huisarts moet je er rekening mee houden, dat het om het begin van een ernstige aandoening kan gaan.	1	2	3	4	5
13. Op somatisch gebied mag een huisarts geen enkel risico nemen.	1	2	3	4	5
14. In twijfelgevallen is het beter om naar de specialist te verwijzen dan om af te wachten.	1	2	3	4	5
15. Een huisarts moet op somatisch gebied alles doen om de oorzaak van de klachten op te sporen.	1	2	3	4	5

---

Kunt u aangeven hoe tevreden u bent met de volgende aspecten?

	zeer tevreden	te- vreden	deels wel, deels niet tevreden	onte- vreden	zeer onte- vreden
1. De hoeveelheid tijd die ik per patiënt beschikbaar heb	1	2	3	4	5
2. De hoeveelheid tijd die mijn praktijk kost.	1	2	3	4	5
3. De hoeveelheid tijd die ik voor nascholing heb.	1	2	3	4	5
4. De hoeveelheid tijd die ik voor mijn gezin heb.	1	2	3	4	5
5. De hoeveelheid vrije tijd waarover ik beschik.	1	2	3	4	5

De onderstaande vragen hebben betrekking op de verwachtingen die u had voordat u ging werken als huisarts. Wilt u door het omcirkelen van het passende cijfer aangeven in welke mate deze verwachtingen zijn uitgekomen.

	1 Veel beter dan verwacht	2 Beter dan verwacht	3 Precies zoals verwacht	4 Slechter dan verwacht	5 Veel slechter dan verwacht
1. De beloning	1	2	3	4	5
2. De inhoud van het werk	1	2	3	4	5
3. Het werken met patiënten	1	2	3	4	5
4. Ontplooiingsmogelijkheden	1	2	3	4	5
5. De belasting van het werk	1	2	3	4	5

### Onderdeel 3: ARTS-PATIENT RELATIE

*Niet*

Op deze bladzijde staat een aantal typen patiënten beschreven, wilt u aangeven hoe vaak u het beschreven type patiënt in uw praktijk tegenkomt en in welke mate deze typen patiënten een belasting betekenen voor u als huisarts.

	Frequentie				Belasting			
	1 Nooit	2 Zelden	3 Soms	4 Vaak	1 Niet of nauwelijks	2 enigzins	3 in vrij sterke mate	4 in zeer sterke mate
1. Een patiënt uit uw eigen praktijk die erop stond dat u hem of haar thuis bezocht terwijl u er vrij zeker van was dat een huisbezoek niet noodzakelijk was.	1	2	3	4	1	2	3	4
2. Een patiënt die klaagde dat u hem of haar te lang hebt laten wachten.	1	2	3	4	1	2	3	4
3. Een patiënt die erop aandrong doorverwezen te worden, alhoewel u doorverwijzen onnodig vond.	1	2	3	4	1	2	3	4
4. Een patiënt die erop aandrong dat u een test liet uitvoeren, alhoewel u deze test onnodig vond.	1	2	3	4	1	2	3	4
5. Een patiënt die erop aandrong dat u een medicijn voorschreef dat u niet geschikt vond.	1	2	3	4	1	2	3	4
6. Een patiënt die een medische verklaring verlangde, die naar uw mening niet nodig was.	1	2	3	4	1	2	3	4
7. Een patiënt die bedreigd heeft naar de medische tuchtraad te stappen om over u te klagen.	1	2	3	4	1	2	3	4
8. Een patiënt die dreigde naar een andere huisarts te stappen.	1	2	3	4	1	2	3	4
9. Een patiënt die vaak op uw spreekuur komt maar uw voorschriften nauwelijks opvolgt.	1	2	3	4	1	2	3	4
10. Een patiënt die geen dankbaarheid toont, alhoewel u hem gewetensvol hebt behandeld.	1	2	3	4	1	2	3	4
11. Een patiënt die u niet met het respect en de beleefdheid benadert, die u verdient.	1	2	3	4	1	2	3	4
12. Een patiënt die u vroeg onjuiste informatie op een medisch certificaat te zetten.	1	2	3	4	1	2	3	4
13. Een rouwende patiënt die u de dood van een familielid verwijt.	1	2	3	4	1	2	3	4
14. Een neurotische patiënt die onophoudelijk klaagt, alhoewel u alles doet om hem of haar te helpen.	1	2	3	4	1	2	3	4
15. Een patiënt die u tijdens de waarneming raadpleegt over een probleem dat ook tot het spreekuur had kunnen wachten.	1	2	3	4	1	2	3	4
16. Een patiënt die u tijdens de waarneming laat komen voor een klacht die ook over de telefoon kon worden afgehandeld.	1	2	3	4	1	2	3	4
17. Een patiënt die uw gezin bedreigt.	1	2	3	4	1	2	3	4
18. Een patiënt die u fysiek bedreigt.	1	2	3	4	1	2	3	4

---

1. Bent u het afgelopen jaar fysiek bedreigd?

- Ja  
 Nee

Zo ja, kunt u aangeven hoe vaak dat voorkwam en door wie:

Door eigen patiënt: ..... keer

Door patiënt in de waarneming: ..... keer

2. Heeft u als huisarts weleens een gebeurtenis meegemaakt, positief of negatief, die de manier waarop u ten opzichte van uw werk staat sterk heeft beïnvloed?

- Ja, positieve gebeurtenis  
 Ja, negatieve gebeurtenis  
 Beide  
 Nee

Zo ja, kunt u beschrijven wat voor gebeurtenis(sen) dat waren en hoelang het plaats vond:

---

	1 Nooit	2 Zelden	3 Soms	4 Regelmatig	5 Vaak
<b>Hoe vaak</b> heeft u het gevoel dat u .....					
1. .... meer in de relatie met uw patiënten investeert dan u ervoor terugkrijgt?	1	2	3	4	5
2. .... zich teveel uitslooft gemeten naar wat het oplevert?	1	2	3	4	5
3. .... voor uw inzet voor uw patiënten veel terugziet?	1	2	3	4	5
4. .... uw patiënten veel tijd en aandacht geeft maar weinig waardering oogst?	1	2	3	4	5

---

#### Onderdeel 4: ERVAREN WERKSTRESS

*Op deze plaats bevond zich de Maslach Burnout Inventory. Op dit meetinstrument berust copyright, vandaar dat hij niet wordt afgedrukt in dit rapport.*

*Voor meer informatie over achtergronden, inhoud en gebruik kunt u zich wenden tot:*

*Dr. W. B. Schaufeli*

*K.U. Nijmegen*

*Psychologisch Laboratorium*

*Postbus 9104*

*6500 HE Nijmegen*



niet

Hieronder staat een aantal uitspraken. Wilt u aangeven wat het meest overeenkomt met hoe u zich tegen het einde van een gemiddelde werkdag voelt? De uitspraken dient u te zien als twee uitersten van een dimensie. Door een kruisje in één van de vijf vakjes te zetten geeft u aan waar u zich op deze dimensie plaatst.

1.	vertraagd in lichamelijke bewegingen	_ _ _ _ _	niet vertraagd in lichamelijke bewegingen
2.	aandacht zakt telkens weg	_ _ _ _ _	geen moeite met aandacht
3.	fouten maken bij het aflezen van kaarten, klok en dergelijke	_ _ _ _ _	aflezen van kaarten, klok en dergelijke gaat foutloos
4.	Concentratieproblemen	_ _ _ _ _	geen concentratieproblemen
5.	geen aandacht meer bij het werk	_ _ _ _ _	aandacht bij het werk
3.	vaak fouten moeten herstellen	_ _ _ _ _	bijna geen fouten moeten herstellen
7.	moeite met planning van eigen handelingen	_ _ _ _ _	moeiteloos handelen
3.	'slapen' met de ogen open	_ _ _ _ _	geen problemen van 'in slaap vallen'
3.	fouten maken bij het invullen van lijsten, dossier, recepten en dergelijke	_ _ _ _ _	geen problemen met het invullen van lijsten, dossier, recepten en dergelijke
10.	de gedachten de vrije loop laten	_ _ _ _ _	geconcentreerd bezig zijn
11.	niet automatisch verschillende dingen achter elkaar kunnen doen	_ _ _ _ _	probleemloos van de ene activiteit naar de andere kunnen overgaan
12.	risico's nemen die eigenlijk te hoog zijn	_ _ _ _ _	geen risico's nemen
13.	gevoel dat je over je eigen benen struikelt	_ _ _ _ _	geen moeite hebben met bewegingen
14.	als een automaat doorwerken	_ _ _ _ _	aandachtig doorwerken
15.	met grootste moeite het werk waar je mee bezig bent kunnen voortzetten	_ _ _ _ _	werk waar je mee bezig bent bijna moeiteloos kunnen voortzetten
16.	weerstand bij jezelf overwinnen om tot activiteit te komen	_ _ _ _ _	zonder problemen tot activiteit komen

niet

## Onderdeel 5: PERSOONLIJKE OPVATTINGEN EN EIGENSCHAPPEN

Hieronder staat een aantal uitspraken waar u het al dan niet mee eens kan zijn. Omcirkel het cijfer dat **het beste** met uw mening overeenkomt.

	1 Helemaal mee eenseens	2 Mee eens, deels mee oneens	3 Deels mee oneens mee oneens	4 Mee mee oneens	5 Helemaal mee oneens
1. Als huisarts heb je er in het algemeen weinig greep op, of het goed of slecht gaat met een patiënt.	1	2	3	4	5
2. Als je je werkelijk, volledig inzet bereik je ook veel.	1	2	3	4	5
3. Hoe ik me ook inzet, vaak wordt die moeite niet beloond.	1	2	3	4	5
4. De meeste patiënten verander je toch niet.	1	2	3	4	5
5. Als je werkelijk goed je best doet, kun je veel voor je patiënten doen.	1	2	3	4	5
6. Je kunt je nog zo inspannen, het ligt vaak aan de omstandigheden of iets wel of niet lukt.	1	2	3	4	5
7. Veel patiënten zijn nu eenmaal zoals ze zijn, daar verander je als huisarts niet veel aan.	1	2	3	4	5
8. Hoe moeilijk je patiënten ook zijn, als je blijft proberen lukt het op een bepaald moment toch om ze te veranderen.	1	2	3	4	5
9. Het hangt vooral van mezelf af, of ik bereik wat ik wil.	1	2	3	4	5
10. Of het goed of slecht gaat met mijn patiënten hangt voor een belangrijk deel af van mijn aanpak.	1	2	3	4	5

*ruel*

Bijzonder staat een aantal beschrijvingen die aangeven wat men zoal kan doen als er problemen zijn of plezierige gebeurtenissen. Wat men in een bepaald geval doet hangt sterk af van de aard van het probleem of de gebeurtenis. Toch reageert men over het algemeen wat vaker op de ene dan op de andere manier. Vult u achter iedere zin aan hoe vaak u in het algemeen op de beschreven manier reageert.

	Zelden of nooit	Soms	Vaak	Ze er vaak
1. Je met andere dingen bezighouden om niet aan een probleem te hoeven denken.	1	2	3	4
2. Toegeven om moeilijke situaties te vermijden.	1	2	3	4
3. Je zorgen met iemand delen.	1	2	3	4
4. Tegen jezelf zeggen dat het allemaal wel mee zal vallen.	1	2	3	4
5. Problemen als een uitdaging zien.	1	2	3	4
6. Aflleiding zoeken.	1	2	3	4
7. Een probleem van alle kanten bekijken.	1	2	3	4
8. Moeilijke situaties zoveel mogelijk uit de weg gaan.	1	2	3	4
9. Kalm blijven in moeilijke situaties.	1	2	3	4
10. Verschillende mogelijkheden bedenken om een probleem op te lossen.	1	2	3	4
11. Doelgericht te werk gaan om een probleem op te lossen.	1	2	3	4
12. Proberen je te onttrekken aan een situatie.	1	2	3	4
13. Wachten op betere tijden.	1	2	3	4
14. Iemand om hulp vragen.	1	2	3	4
15. Wegvluchten in fantasieën.	1	2	3	4
16. De zaken eerst op een rij zetten.	1	2	3	4
17. Aan andere dingen denken die niet met het probleem te maken hebben.	1	2	3	4
18. Op de een of andere manier proberen je prettiger te voelen.	1	2	3	4
19. Je bedenken dat anderen het ook wel eens moeilijk hebben.	1	2	3	4
20. Je gevoelens tonen.	1	2	3	4
21. Troost en begrip zoeken.	1	2	3	4
22. De humoristische kant van problemen zien.	1	2	3	4
23. Laten merken dat je ergens mee zit.	1	2	3	4
24. Met vrienden of familieleden het probleem bespreken.	1	2	3	4
25. De zaak zijn beloop laten.	1	2	3	4

6-7

De volgende vragen hebben betrekking op uw gezondheid. Wilt u aangeven hoe vaak iedere uitspraak op u van toepassing is door het **best passende** antwoord te omcirkelen of aan te kruisen.

Kunt u aangeven hoe in het algemeen uw gezondheidstoestand is.

- Heel goed
- Goed
- Niet goed, niet slecht
- Slecht
- Heel slecht

	1 nooit	2 zelden	3 soms	4 vaak	5 altijd
1. Komt het weleens voor dat u last hebt van: gebrek aan eetlust, slapeloosheid, en/of oververmoeidheid?	1	2	3	4	5
2. Heeft u weleens last van één of meer van de volgende klachten: maagpijn, trillende handen, hartkloppingen, duizeligheid en/of hoofdpijn?	1	2	3	4	5
3. Gebruikt u weleens slaapmiddelen?	1	2	3	4	5
4. Gebruikt u weleens kalmerende middelen?	1	2	3	4	5
5. Gebruikt u regelmatig andere medicijnen?	1	2	3	4	5
6. Hoeveel dagen heeft u de afgelopen 12 maanden vanwege ziekte niet gewerkt? ..... dagen					
7. Hoeveel dagen heeft u de afgelopen 12 maanden doorgewerkt terwijl u ziek was? ..... dagen					
8. Hoeveel glazen bier, wijn of sterke drank gebruikt u gemiddeld? (invullen wat het meest van toepassing is)					
<input type="radio"/> Ik drink geen alcohol					
..... per dag					
..... per week					
..... per maand					
9. Rookt u?					
<input type="radio"/> Ja					
<input type="radio"/> Nee					
Zo ja, hoeveel rookt u gemiddeld per dag?					
..... sigaretten, sigaren en/of pijpen					

*nee*

**Onderdeel 6: SOCIALE ONDERSTEUNING**

De volgende vragen informeren naar in hoeverre u door uw omgeving in uw werk wordt ondersteund. Wilt u dat antwoord omcirkelen dat **het meeste** met uw mening overeenkomt.

---

1.	Hoe is de verstandhouding	nvt	zeer goed	goed	matig	slecht
	a. met uw collega's in de praktijk	<input type="radio"/>	1	2	3	4
	b. met uw collega's uit de waarneemgroep	<input type="radio"/>	1	2	3	4
	c. met uw levenspartner	<input type="radio"/>	1	2	3	4
2.	Hoe vaak doen zich conflicten voor	nvt	zeer vaak	vaak	af en toe	nooit
	a. met uw collega's in de praktijk	<input type="radio"/>	1	2	3	4
	b. met uw collega's uit de waarneemgroep	<input type="radio"/>	1	2	3	4
	c. met uw levenspartner	<input type="radio"/>	1	2	3	4
3.	Wanneer er problemen in het werk zijn, kunt u er dan over praten	nvt	altijd	meestal wel	vaak niet	nooit
	a. met collega's in de praktijk	<input type="radio"/>	1	2	3	4
	b. met collega's uit de waarneemgroep	<input type="radio"/>	1	2	3	4
	c. met uw levenspartner	<input type="radio"/>	1	2	3	4
4.	In hoeverre kunt u op de volgende personen rekenen, wanneer u het in uw werk wat moeilijk krijgt?	nvt	altijd	meestal wel	vaak niet	nooit
	a. op uw collega's in de praktijk	<input type="radio"/>	1	2	3	4
	b. op uw collega's uit de waarneemgroep	<input type="radio"/>	1	2	3	4
	c. op uw levenspartner	<input type="radio"/>	1	2	3	4
5.	Voelt u zich gewaardeerd in uw werk?	nvt	altijd	meestal wel	vaak niet	nooit
	a. door uw collega's in de praktijk	<input type="radio"/>	1	2	3	4
	b. door uw collega's uit de waarneemgroep	<input type="radio"/>	1	2	3	4
	c. door uw levenspartner	<input type="radio"/>	1	2	3	4

---

## Onderdeel 7: ALGEMENE VRAGEN

---

1. Wat is uw geslacht?

- man
- vrouw

2. Wat is uw leeftijd?

..... jaar

3. Heeft u de afgelopen 12 maanden nascholing in de vorm van een cursus gevolgd?

- Ja
- Nee

Zo ja, kunt aangeven hoeveel dagdelen u aan nascholing gevolgd hebt op de volgende terreinen:

medisch-technische kennis en vaardigheden	..... dagdelen
psycho-sociale problematiek	..... dagdelen
omgang met patiënten	..... dagdelen
administratief-organisatorische kennis	..... dagdelen
anders, nl.....	..... dagdelen

4. Oefent u een nevenfunctie uit?

- Bestuursfunctie bij een beroepsvereniging voor huisartsen
- Huisartsopleider
- Aanstellingskeuringen
- anders, nl .....

5. Men zegt wel, eens een huisarts altijd een huisarts. Zou u een voorstander zijn hierin verandering te brengen door het invoeren van 'carrièrestappen' voor huisartsen?

- Ja
- Nee

Zo ja:

a. Kunt u aangeven welke van de volgende mogelijkheden u aanspreken?  
(meerdere antwoorden mogelijk)

- Liaisonfunctie, een soort contactpersoon, tussen 1e en 2e lijn
- Coördinatiefunctie binnen een huisartsengroep
- Een zekere mate van specialisatie binnen het huisartsenwerk
- Anders, nl .....

b. Vindt u dat bij een carrierepad ook verschillen in beloning horen?

- Ja
- Nee

6. Bent u voorstander van een VUT-regeling voor huisartsen?

- Ja
- Nee

Zo ja, op welke leeftijd zou u met de VUT willen gaan?

..... jaar

7. Heeft u al financiële regelingen getroffen om daadwerkelijk vroeger uit te treden?

- Ja
- Nee

Zo ja, op welke leeftijd bent u van plan uit te treden:

..... jaar

8. a. Zijn er binnen het huisartsenwerk onderdelen die u in het bijzonder interesseren?

- Ja
- Nee

Zo ja, welke onderdelen:

b. Is er in uw praktijksituatie de mogelijkheid om zich hierop speciaal toe te leggen?

- Ja
- Nee

Indien nee, zou u daar verandering in willen zien?

- Ja
- Nee

9. Heeft u het laatste jaar speciale aandacht voor vacatures?

- Ja
- Nee

10. Heeft u de laatste jaar gesolliciteerd naar een andere functie?

- Ja
- Nee

**Tot slot**, twee open vragen waarin u (bijna) alles kwijt kunt wat u belangrijk vindt.

1. Wat vindt u stimulerend in uw beroepsuitoefening als huisarts?

2. Wat zit u dwars in uw beroepsuitoefening als huisarts?



Motivatie en demotivatie zijn processen die zich in de loop van de tijd kunnen wijzigen. Wij zouden graag de mogelijkheid ophouden om na verloop van maximaal vijf jaar dit onderzoek te herhalen om daarmee eventuele ontwikkelingen te kunnen vaststellen. Om dat te kunnen doen is het nodig om de verbinding tussen het nummer op de vragenlijst en uw naam in stand te houden (uiteraard los van het gegevensbestand). Conform de procedure die vastgesteld is door de Vereniging van Onderzoeksinstituten zal een en ander aangemeld worden bij de Registratiekamer. Wilt u hieronder aangeven of u er bezwaar tegen heeft dat in uw geval deze verbinding in stand gehouden wordt?

- Ja, ik heb hier bezwaar tegen
- Nee, ik heb hier geen bezwaar tegen

Met een vragenlijst als deze kan een breed en inventariserend beeld verkregen worden van aspecten van motivatie en demotivatie bij huisartsen. Voor verdere verdieping van dit beeld willen wij een gesprek voeren met een beperkt aantal huisartsen. Bent u in principe bereid tot een dergelijk gesprek?

- Ja
- Nee

Het invullen van de vragenlijst heeft ..... minuten geduurd.

**Hartelijk dank voor uw medewerking**

