



WAT VINDEN HUISARTSEN BELASTEND AAN PSYCHOSOCIALE ZORG EN HOE KAN DEZE BELASTING VERMINDERD WORDEN?

Leen Wackenier, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Anselme Derese, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Tom Declercq, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar 2013-2014

ABSTRACT

WAT VINDEN HUISARTSEN BELASTEND AAN PSYCHOSOCIALE ZORG EN HOE KAN DEZE BELASTING VERMINDERD WORDEN?

HAIO: Dr. Leen WACKENIER

Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Anselme DERESE

Co-promotor: Dr. Tom DECLERCQ

Praktijkopleidster: Dr. Kaat DIRCKX

Context: Overbelasting en burn-out bij huisartsen baren wereldwijd grote zorgen. Uit de literatuur is bekend dat psychosociale zorgverlening door veel huisartsen als belastend wordt ervaren. Wanneer huisartsen overbelast zijn, leidt dit tot een verlies aan kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg.

Onderzoeksvraag: Wat vinden huisartsen belastend aan psychosociale zorg? Denken huisartsen dat psychosociale zorg kan leiden tot een burn-out? Hoe kan de werkbelasting door psychosociale zorg bij huisartsen verminderd worden?

Methode: Er werd een literatuurstudie verricht over het onderwerp. Daarna volgde een kwalitatief onderzoek aan de hand van een semigestructureerde vragenlijst bij 11 huisartsen werkzaam in een Gents wijkgezondheidscentrum of een Gentse wijk die door zijn ligging in aanmerking komt voor Impulso I. Daarbij werd de veronderstelling gemaakt dat in deze setting de psychosociale nood hoger is.

Resultaten: Alle geïnterviewde huisartsen vinden psychosociale zorg op een of andere manier belastend en kunnen zich voorstellen dat het kan bijdragen tot een burn-out. Patiënten met psychosociale problematiek consulteren langer en frequenter en presenteren meer klachten. Dit zorgt voor een verhoogde objectieve werkbelasting. Gebrek aan wederkerigheid, complexiteit van psychosociale problematiek en emotionele impact op de zorgverlener worden als subjectief belastende factoren gezien. Het aanbod van de geestelijke gezondheidszorg op de eerste lijn uitbreiden zou de werkdruk voor huisartsen verminderen. Het bijstellen van de eigen doelstellingen als arts, gebruik maken van klinische empathie en het inzicht in de arts-patiëntinteractie zijn persoonlijke strategieën om met psychosociale problematiek om te gaan.

Conclusies: De resultaten van het onderzoek sluiten grotendeels aan bij de literatuur. Het onderzoek leverde enkele meer specifieke factoren op die verklaren waarom psychosociale zorg door huisartsen als belastend wordt ervaren. Een nauwere taakopvatting van de huisarts op het vlak van psychosociale zorg en een uitbreiding van de doorverwijsmogelijkheden kunnen deze belasting verminderen. Terugbetaalde eerstelijnspsychologen zouden een deel van de psychosociale zorg van de huisarts kunnen overnemen. Een vlottere doorverwijzing naar de tweede lijn moet er voor zorgen dat huisartsen hun patiënten tot bij de gespecialiseerde hulp kunnen krijgen als daar een indicatie voor is. Een betere opleiding omtrent psychosociale zorg en ondersteuning via intervisie of LOK-groepen kunnen huisartsen beschermen tegen deze belasting.

E-mail: leentjewackenier@hotmail.com

INHOUDSOPGAVE

WAT VINDEN HUISARTSEN BELASTEND AAN PSYCHOSOCIALE ZORG EN HOE KAN DEZE BELASTING VERMINDERD WORDEN?

1	INLEIDING.....	1
1.1	KEUZE VAN HET ONDERWERP	1
1.2	DOELSTELLING.....	1
2	LITERATUURSTUDIE	2
	ZOEKSTRATEGIE.....	2
2.1	WERKBELASTING EN BURN-OUT BIJ HUISARTSEN	2
2.2	PSYCHOSOCIALE ZORG – EEN ROL VOOR DE HUISARTS?	3
2.3	WAT IS ER BELASTEND AAN PSYCHOSOCIALE ZORG?	4
2.3.1	<i>Objectieve belasting</i>	4
2.3.2	<i>Subjectieve belasting</i>	5
2.3.2.1	Patiëntgebonden factoren	5
2.3.2.2	Artsgebonden factoren	5
2.4	WAT KAN DE BELASTING DOOR PSYCHOSOCIALE ZORG VERMINDEREN?	6
2.4.1	<i>Beperkter psychosociaal takenpakket voor de huisarts – meer doorverwijsmogelijkheden</i>	7
2.4.2	<i>Betere opleiding en ondersteuning van de huisarts</i>	8
3	METHODOLOGIE	9
3.1	DESIGN.....	9
3.1.1	<i>Motivatie gebruik kwalitatief onderzoek</i>	9
3.1.2	<i>Gebruikte methode: semi-gestructureerde interviews</i>	9
3.2	ONDERZOEKSPOPULATIE	9
3.3	REKRUTERING	10
3.4	GEGEENSVERZAMELING EN DATA ANALYSE	10
4	RESULTATEN	11
	PARTICIPANTEN.....	11
4.1	PSYCHOSOCIALE ZORG – EEN ROL VOOR DE HUISARTS?	11
4.2	WAT IS ER BELASTEND AAN PSYCHOSOCIALE ZORG?	13
4.2.1	<i>Objectieve belasting</i>	13
4.2.2	<i>Subjectieve belasting</i>	13
4.2.2.1	Patiëntgebonden factoren	13
4.2.2.2	Artsgebonden factoren	15
4.3	INVLOED VAN PSYCHOSOCIALE ZORG OP EMOTIES EN GEDRAG BIJ HUISARTSEN	17
4.4	VALKUILEN BIJ PSYCHOSOCIALE ZORG	18
4.5	KAN PSYCHOSOCIALE ZORG BIJDRAGEN TOT EEN BURN-OUT BIJ HUISARTSEN?	19
4.6	WAT KAN DE BELASTING DOOR PSYCHOSOCIALE ZORG VERMINDEREN?	19
4.6.1	<i>Beperkter psychosociaal takenpakket voor de huisarts - betere doorverwijsmogelijkheden</i>	19
4.6.1.1	Maatschappelijk werk	20
4.6.1.2	Eerstelijnspsycholoog.....	20
4.6.1.3	Groepsoverleg binnen de praktijk met een psychiater	21
4.6.1.4	Vlottere doorverwijzing naar de tweede lijn	21
4.6.2	<i>Persoonlijke ondersteuning van de huisarts</i>	22
4.7	TIPS OVER HOE JE ALS HUISARTS MET PSYCHOSOCIALE ZORG KAN OMGAAN	22
4.7.1	<i>Aandacht voor de arts- patiënt interactie en persoonlijk functioneren</i>	23
4.7.2	<i>Aangepaste doelstellingen</i>	24
4.7.3	<i>Overige</i>	25

5	DISCUSSIE	27
5.1	VERGELIJKING RESULTATEN EN LITERATUUR	27
5.1.1	<i>Wat is er belastend aan psychosociale zorg?.....</i>	27
5.1.2	<i>Hoe kan de belasting door psychosociale zorg verminderd worden?.....</i>	28
5.1.2.1	Beperkter psychosociaal takenpakket van de huisarts – betere doorverwijsmogelijkheden	28
5.1.2.2	Betere opleiding en ondersteuning van de huisarts	28
5.2	AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK.....	29
5.3	BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK – IMPLICATIES VOOR VERDER ONDERZOEK.....	29
6	BIJLAGE	30
7	REFERENTIES	31

1 INLEIDING

1.1 KEUZE VAN HET ONDERWERP

Overbelasting en burn-out bij huisartsen baren wereldwijd grote zorgen.¹ Bij het raadplegen van de ICHO databank vond ik heel wat thesisonderzoeken over burn-out bij huisartsen, maar nog niet over de mogelijke invloed van psychosociale zorg. In de opleiding wordt de nadruk gelegd op de ‘ideas’, ‘concerns’ en ‘expectations’, de zogenaamde ICE van de patiënt en op empathisch luisteren, oog hebben voor de psychosociale context. Hoe je als arts hiermee omgaat, hoe je jezelf moet beschermen tegen zogenaamde ‘over-involvement’, de ongewenste effecten van empathie enzovoort komt mijns inziens te weinig aan bod.

Van der Horst en De Vries menen dat het probleem van overbelasting, verlaten van het beroep en burn-out zou kunnen aangepakt worden door de taak van de huisarts op psychosociaal vlak bescheidener te definiëren.² Binnen de huidige zorgcontext zien we een merkwaardige paradox. Enerzijds krijgen veel huisartsen patiënten met psychosociale problemen niet tot bij de adequate hulpverlening, mede doordat er geen terugbetaling voor is. Vaak nemen huisartsen dan psychosociale taken over, wat tot een verhoogde werkbelasting leidt. Anderzijds zijn er heel wat gemotiveerde psychologen beschikbaar die aan de zijlijn (werkloos) toekijken.

1.2 DOELSTELLING

De belangrijkste onderzoeksvragen zijn:

- Wat vinden huisartsen belastend aan psychosociale zorg?
- Denken huisartsen dat psychosociale zorg kan leiden tot een burn-out?
- Hoe kan de werkbelasting door psychosociale zorg verminderd worden?

De uiteindelijke doelstelling is om op basis van de resultaten een aantal aanbevelingen te formuleren die de werkbelasting door psychosociale zorg bij huisartsen kunnen verminderen.

2 LITERATUURSTUDIE

ZOEKSTRATEGIE

Eerst en vooral werd de ICHO-databank van de masterproeven geraadpleegd. Hierbij werd gezocht naar thesissen over werkbelasting en burn-out bij huisartsen, waarom huisartsen stoppen, psychosociale zorg en taakomschrijving van de huisarts. Daarnaast werden databanken van thesissen van aanverwante richtingen geconsulteerd (psychologie, gezondheidsvoorlichting). Vanuit deze thesisreferenties werd een groot aantal artikels gevonden (sneeuwbalmethode).

In de databank van PubMed werden verschillende zoektermen gecombineerd: 'psychosocial care', 'work load', 'burnout', 'compassion fatigue', 'general practitioners', 'physicians', 'primary care' 'preventivemeasures', 'intervention', 'prevention'.

Archieven van de tijdschriften 'Huisarts en wetenschap' en 'Nederlands tijdschrift voor geneeskunde' en onderzoeksrapporten van het NIVEL en het KCE werden doorzocht. Daarnaast boden verschillende experts artikels en thesissen aan.

2.1 WERKBELASTING EN BURN-OUT BIJ HUISARTSEN

Binnen het begrip werkbelasting wordt het onderscheid gemaakt tussen objectieve en subjectieve werkbelasting. Onder objectieve werkbelasting verstaan we de hoeveelheid tijd die activiteiten in beslag nemen of de frequentie waarmee deze plaats vinden.³ Objectieve werkbelasting kan daarmee relatief eenvoudig gekwantificeerd worden in de vorm van werkuren, aantal contacten, duur van contacten enzovoort.³

Subjectieve werkbelasting duidt op de mate waarin huisartsen hun werk als belastend ervaren of de mate waarin men zich uitgeput voelt door het werk. Aanhoudend verhoogde werkbelasting kan tot overspanning of surmenage leiden, wat een voorfase kan zijn van burn-out.⁴ De meest gehanteerde definitie van burn-out is die Van Maslach en Jackson. Burn-out is een proces dat gewoonlijk wordt onderverdeeld in verschillende dimensies: emotionele uitputting (gebrek aan motivatie en enthousiasme voor het werk en een gevoel dat alles onoverkomelijk is), depersonalisatie (onpersoonlijke, afstandelijke houding, cynische kijk) en een gevoel van verminderde persoonlijke verwezenlijking (gebrek aan zelfachting, gevoel van nutteloosheid en van incompetentie).⁵

Artsen zijn extra kwetsbaar voor burn-out. Volgens Michaels komt dit door de aard van het werk zelf, door de relatie met de patiënten, waarbij de verwachtingen vaak de medische sfeer overstijgen (sociale, familiale of economische problemen) en door hun grote professionele inzet. Daarnaast voelen huisartsen de noodzaak om de zorgcontinuïteit te waarborgen aan de bevolking, ook al zitten de omstandigheden niet mee (zoals bijvoorbeeld bij een dreigende burn-out).⁶ Bovendien zijn huisartsen geneigd hun persoonlijk welzijn en zelfs hun eigen gezondheid te verwaarlozen en hun problemen te ontkennen. Ze doen vaak aan zelfbehandeling en zijn terughoudend om een collega te raadplegen. Omdat de meeste huisartsen in de Belgische context zelfstandigen zijn, hebben ze geen toegang tot de bestaande voorzieningen van preventieve geneeskunde, zoals de arbeidsgeneeskunde. Ze zijn erg terughoudend om hun beroepsactiviteit te onderbreken om gezondheidsredenen, gezien de moeilijkheid om vervanging te vinden en het niet-gecompenseerde inkomstenverlies.^{1,7} WGC-artsen die onder een bediendenstatuut vallen, vormen hierop een uitzondering.

In het algemeen blijken artsen gemiddeld meer stress te ervaren dan andere werknemers. Binnen de categorie van artsen nemen huisartsen een koppositie in.⁸

Deze bevindingen lijken internationaal te zijn. De European General Practice Research Network Burnout Study Group publiceerde in 2008 de resultaten van een enquête bij 1393 huisartsen verspreid over 12 Europese landen. Bij 43% werden hoge scores van emotionele uitputting gerapporteerd, bij 35% hoge scores van depersonalisatie en bij 32% lage voldoening over persoonlijke prestaties. 60% van de Amerikaanse huisartsen gaf aan symptomen te hebben van burn-out.⁹

Er bestaat geen enkele goede studie over de prevalentie van burn-out bij Belgische artsen. Volgens een enquête uitgevoerd door de FOD werkgelegenheid, wordt bij 0,8% van de werkende bevolking in België de diagnose van burn-out gesteld door hun huisarts.¹⁰ De “Fédération des maisons médicales” schatte in 2005 dat 10% van de huisartsen in België aan burn-out leed.¹¹

De gezondheid van de huisartsen vormt een wezenlijke uitdaging voor de maatschappij. Huisartsen zitten op de eerste lijn, zij beheren het merendeel van de gezondheidsproblemen bij de algemene bevolking, zowel op preventief als op curatief vlak. Een huisarts die overbelast is of zich op de rand van een burn-out bevindt, is minder goed in staat om zijn beroepstaken adequaat te vervullen.⁷ Anders gezegd: gezonde artsen zorgen voor gezondere patiënten, een veiligere zorg en een duurzamer personeelsbestand. ‘Artsen zouden niet moeten kiezen tussen het redden van zichzelf en het dienen van hun patiënten, vele artsen zijn inwendig aan het opbranden’.¹²

2.2 PSYCHOSOCIALE ZORG – EEN ROL VOOR DE HUISARTS?

Ongeveer 8% van het totaal aantal diagnoses dat wordt gesteld in de huisartspraktijk betreft een psychische of sociale diagnose.¹³ Daarnaast komt het regelmatig voor dat somatische klachten een psychosociale achtergrond hebben. Huisartsen geven zelf aan dat gemiddeld bij 20% van de consulten psychische of sociale problematiek een rol speelt.¹⁴

Uit een patiënten-bevraging blijkt dat in 80 % van de gevallen de huisarts het eerste aanspreekpunt is voor psychosociale problemen.¹⁵ Huisartsen zijn laagdrempeliger dan gespecialiseerde diensten. De vertrouwensrelatie tussen patiënt en huisarts maakt dat de huisarts goed geplaatst is voor detectie van en hulp bij psychosociale problemen. Zo zou de patiënt makkelijker bepaalde waardevolle informatie aan de huisarts toevertrouwen. De huisarts zou de persoon bij uitstek zijn die aandacht heeft voor de context en het verhaal van de patiënt. Dit biedt een voordeel op het gebied van diagnose en therapie.¹⁶⁻

¹⁷

Dowrick et al. zetten een studie op om na te gaan of de taakopvatting die heerst bij huisartsen strookt met het biopsychosociaal model voor geneeskundig handelen. Er werd een vragenlijst verspreid onder 494 huisartsen waarbij ze konden aangeven welke onderwerpen zij ‘gepast’ en ‘ongepast’ vonden om bij de huisarts mee op consultatie te komen. De respondenten konden dit telkens per onderwerp op een vijfpuntenschaal aangeven (5= zeer gepast, 1= zeer ongepast). De response rate bedroeg 42%. Acute, fysieke problemen werden het meest gepast bevonden, gevolgd door chronische, fysieke problemen en psychologische problemen. Administratieve zaken en sociale problemen vonden huisartsen zelf het minst geschikt. De auteurs van de studie besloten dan ook dat de huisartsen eerder volgens een bio(psycho)logisch dan volgens een biopsychosociaal model werken.¹⁸

Over wat de rol is van de huisarts binnen de psychosociale zorg, zijn de opvattingen dus verdeeld. Van der Horst en De Vries pleiten voor een smal takenpakket voor de huisarts op dit gebied. Ze menen dat de focus van het huisartsen-vak helemaal scheefgegroeid is. Ze vinden dat een grondige somatische kennis de kern zou moeten vormen van het huisartsenberoep. Nu zou er te veel aandacht gaan naar psychosociale problemen en communicatieve aspecten. Hierdoor zouden de medisch-inhoudelijke aspecten van de huisartsgeneeskunde op de achtergrond raken. Huisartsen zouden bij psychosociale problemen volgens hen nog enkel de taak moeten hebben van probleemverheldering. Behandeling en begeleiding zouden beter niet meer tot het takenpakket van de huisarts behoren.²

2.3 WAT IS ER BELASTEND AAN PSYCHOSOCIALE ZORG?

Psychosociale zorg wordt door veel artsen als belastend ervaren. In een onderzoek naar welke soorten zorg het meeste impact hadden op werkbelasting bij huisartsen, komt psychische en psychiatrische zorg na geriatrische zorg en vroegtijdig ontslag uit het ziekenhuis op een derde plaats.¹⁹ Psychosociale zorg verhoogt zowel de objectieve als de subjectieve werkbelasting.¹⁶

2.3.1 Objectieve belasting

Huisartsen klagen veel over toegenomen werkbelasting en onvoldoende tijd per patiënt. Dit is een tendens die internationaal blijkt te zijn. Artsen geven aan dat patiënten met psychosociale problemen veel van hun beschikbare tijd vragen.²⁰⁻²² In een Nederlandse studie onder 1336 huisartsen ervoer 58% van de artsen dit als een probleem.¹⁷

Een studie van Deveugele et al. toont aan dat de aanwezigheid van psychosociale problemen in een consult een duidelijke invloed heeft op de consultduur. Consultaties waarbij de arts of patiënt psychosociale problemen belangrijk achtten, duurden langer dan wanneer dat niet het geval was.²³

Hieronder volgen de resultaten van de NIVEL studie in het kader van psychosociale zorg in de huisartspraktijk en werkbelasting. Patiënten met ten minste één psychische of sociale diagnose blijken in een jaar tijd **bijna twee keer zoveel contacten** met de huisartspraktijk te hebben als patiënten waarbij alleen somatische diagnoses gesteld werden (7,45 versus 4,06 contacten).

Bij patiënten met psychische of sociale diagnoses worden **in totaal meer diagnoses** gesteld dan bij patiënten met alleen somatische problemen; negen tegenover bijna vijf diagnoses per jaar. Ook dit verschil is niet alleen toe te schrijven aan de extra diagnoses die gesteld zouden worden vanwege de psychische en sociale problemen (2,3 diagnoses per jaar). Er blijken namelijk ook bijna anderhalf keer zoveel somatische diagnoses gesteld te worden bij de patiënten met psychische of sociale problemen. Dit ondersteunt de verwachting dat patiënten met psychische en sociale problemen vaker bij de huisarts komen en ook meer problemen aan de orde stellen.⁴

Consulten met patiënten met een psychische of sociale diagnose duren **gemiddeld 3,7 minuten langer** dan consulten waarbij de problemen van de patiënt als somatisch worden gediagnosticeerd en beoordeeld. De consultduur is eveneens langer als de achtergrond van de klachten van de patiënt psychosociaal is, terwijl wel een somatische diagnose wordt gesteld (gemiddeld 2,5 minuten langer dan bij ‘somatische’ consulten). Tevens blijkt dat in consulten waarin een psychische of sociale diagnose gesteld wordt, **gemiddeld meer diagnoses** gesteld worden dan bij andere consulten.^{4,24}

De hogere werkbelasting door patiënten met psychosociale belasting, uit zich dus in een langere consultatieduur, een hoger aantal consulten per patiënt en meer problemen per consult. Artsen hebben de indruk dat ze onvoldoende tijd hebben en voelen ook meer stress bij deze consultaties. Deze werkbelasting binnen het consult noemen we ‘**situationele werkbelasting**’.⁴ Een Nederlands onderzoek ging na of artsen die meer aandacht hebben voor de mentale gezondheidsproblemen van hun patiënten ook een veralgemeende verhoogde werkbelasting ervaren, wat uit de vorige bevindingen wel te verwachten valt. Dit bleek echter niet het geval te zijn. De ‘situationele’ werkbelasting op één specifiek moment (tijdens het consult zelf) wordt niet automatisch vertaald in een hogere belasting in het algemeen. Een belangrijke opmerking hierbij is dat artsen die meer aandacht besteden aan psychische problemen hier mogelijk ook meer interesse of ervaring in hebben en dit minder als belastend gaan beschouwen.²⁵

2.3.2 Subjectieve belasting

2.3.2.1 Patiëntgebonden factoren

Gebrek aan wederkerigheid

Bakker et al. beschrijven dat langdurige huisarts-patiëntrelaties waarbij de patiënt veel van de huisarts vraagt maar slechts weinig ‘teruggeeft’ uiteindelijk als erg belastend worden ervaren. Gebrek aan wederkerigheid wordt in deze context gedefinieerd als een onevenwicht tussen de investering van de hulpverlener en wat het oplevert bij de patiënt zoals een betere gezondheidstoestand van de patiënt, een tevreden patiënt enzovoort.

Alhoewel het inherent is aan het beroep dat de huisarts ‘zorg geeft’ en de patiënt ‘zorg krijgt’, kunnen de contacten waarbij huisartsen weinig terugkrijgen van patiënten (bijvoorbeeld wanneer patiënten niet meewerken aan een behandeling) uiteindelijk leiden tot emotionele uitputting. Sommige huisartsen geven aan dat ze bij de behandeling van psychosociale problemen juist ook te maken krijgen met contacten waarbij sprake is van **langdurig ‘eenrichtingsverkeer’**. Dit zijn emotioneel belastende contacten.²⁶

Somatiserende patient

Consultaties waarbij de patiënt somatische klachten aanbrengt maar waar psychologische aspecten een rol spelen, leiden tot de hoogste werkbelasting bij huisartsen.²⁴

2.3.2.2 Artsgebonden factoren

Onvoldoende opleiding over psychosociale zorg – geen evidence based behandeling

Een gebrek aan opleiding over psychosociale zorg maakt het voor artsen soms moeilijk om er mee om te gaan. Een Cochrane review over de effectiviteit van psychosociale interventies door huisartsen concludeerde dat er niet veel evidentie voor bestaat, enkel mogelijk voor probleemoplossende behandeling bij depressie. Psychotherapie, cognitieve gedragstherapie en dergelijke zijn wel bewezen effectief indien uitgevoerd door onder andere psychologen. Een belangrijke opmerking bij deze review is dat er weinig studies beschikbaar zijn in verband met psychosociale interventies door huisartsen.²⁷

Empathie- compassion fatigue

Empathie is binnen de arts-patiëntrelatie van groot belang. Het verhoogt de therapeutische effectiviteit en de tevredenheid van de patiënt.²⁸ Bij psychosociale problematiek staat empathie centraal. Burn-out is een empathie-‘killer’. Dokters met een (dreigende) burn-out gaan vaak afstand nemen van patiënten. Deze ‘terugtrekkingsstrategie’ laat hen toe hun psychologische balans te herstellen of hun ‘innerlijke

reserves' te beschermen.²⁹

Kan empathie ook een burn-out in de hand werken? Een hoog niveau van empathie blijkt een risicofactor te zijn voor '**compassion fatigue**' (letterlijk vertaald: 'mededogen-vermoeidheid'), wat op zijn beurt kan leiden tot emotionele uitputting en burn-out. Compassion fatigue bij huisartsen verwijst naar emotionele uitputting door frequente moeilijke patiëntencontacten in combinatie met een hoge aandachtsgraad en empathisch luisteren, wat bij psychosociale problematiek vaak het geval is.³⁰ Figley beschrijft compassion fatigue als een extreme toestand van spanning en bezorgdheid over het lijden van de patiënt in die mate dat het schadelijk wordt voor de hulpverlener zelf. Symptomen zijn hulpeloosheid, isolatie, uitputting en disfunctioneren. Er heerst het gevoel dat men overspoeld wordt door werk en niet in staat is om effectief resultaten te boeken bij patiënten. Vaak zijn het degenen met het grootste vermogen tot empathie die het kwetsbaarst zijn voor 'compassion fatigue'.³¹

Het is van belang een onderscheid te maken tussen cognitieve en affectieve empathie. Bij **cognitieve empathie** herkent de arts de beleving en de mentale toestand van de patiënt. Bij **affectieve empathie** gaat de arts dezelfde gevoelens van de patiënt bij zichzelf ervaren, gaat hij zich als het ware emotioneel vereenzelvigen met de patiënt. Dit wordt ook benoemd als emotionele 'besmetting' of tegenoverdracht. Deze vorm van empathie houdt een hoger risico op 'compassion fatigue' en burn-out in. **Klinische empathie** is voornamelijk een cognitieve kwaliteit waarbij het begrip voor de innerlijke ervaringen en ideeën van de patiënt, als een afzonderlijk individu, centraal staat. Dit gecombineerd met de vaardigheid om dit begrip naar de patiënt toe te communiceren. Deze vorm van empathie is cruciaal om te voorkomen dat artsen in een positie komen met te veel 'medelijden' of sympathie, zonder hierbij de emotionele reacties en gevoelens van patiënten te negeren. Belangrijk is om het onderscheid te kunnen maken tussen jezelf en de ander, om jezelf niet te gaan verplaatsen in de pijn en emoties van de patiënt. Het gebruik van klinische empathie beschermt tegen uitputting op langere termijn, depersonalisatie en uiteindelijk burn-out. Intervisie of LOK-groepen zouden een rol kunnen spelen in de zoektocht naar de juiste empathie.²⁸⁻³⁴

Sommige huisartsen hebben meer affiniteit (voeling, interesse) met psychosociale problematiek dan andere huisartsen. Waar psychosociale problematiek van patiënten door sommige huisartsen als emotioneel belastend wordt ervaren, halen anderen juist voldoening uit de begeleiding van patiënten met psychosociale problemen.^{4,34} Schers et al. vonden een positief verband tussen een bredere taakopvatting met betrekking tot het leveren van continue zorg en arbeidsvoldoening. Persoonlijke continuïteit en betrokkenheid worden door de auteurs genoemd als belangrijke aspecten van continue zorg. Huisartsen zouden het met name belangrijk vinden om zelf contact te hebben met hun patiënten wanneer psychosociale factoren een rol spelen.³³ Kan empathie een burn-out voorkomen? Voor sommigen helpt het om meer voldoening uit hun werk te halen en betekenis te vinden in hun beroep.²⁸

2.4 WAT KAN DE BELASTING DOOR PSYCHOSOCIALE ZORG VERMINDEREN?

Uit de literatuur blijkt dat psychosociale consulten langer duren, dat patiënten met psychosociale problematiek frequenter consulteren en dat ze ook meer somatische klachten presenteren. Een eerstelijnspsycholoog of maatschappelijk werker zou een deel van de psychosociale zorg kunnen overnemen. Om iets te doen aan het gevoel van een gebrek aan wederkerigheid, zouden artsen een betere opleiding kunnen krijgen over hoe ze hiermee moeten omgaan. De somatiserende patiënt wordt ook als een belasting gezien. Deze patiënten zouden een aantal sessies bij een eerstelijnspsycholoog kunnen krijgen. Om ongewenste effecten van empathie te vermijden, is het van belang dat artsen zich

behoeden voor affectieve empathie.

2.4.1 Beperkt psychosociaal takenpakket voor de huisarts – meer doorverwijsmogelijkheden

Van der Horst en De Vries menen dat het probleem van overbelasting, verlaten van het beroep en burn-out zou kunnen aangepakt worden door de taak van de huisarts op psychosociaal vlak bescheidener te definiëren.² Een randvoorwaarde hiervoor is dat de huisarts moet beschikken over voldoende doorverwijsmogelijkheden naar bijvoorbeeld psychologen, maatschappelijk werkers enzovoort.

Onafhankelijk van het feit of de taakopvatting van huisarts moet herzien worden, is een uitbreiding van de doorverwijsmogelijkheden noodzakelijk. De Wereldgezondheidsorganisatie voorspelt dat psychische problemen zullen toenemen en raadt aan de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg verder uit te bouwen. Een sterke eerstelijns geestelijke gezondheidszorg voorkomt deels dat mensen met hun psychosociale problematiek ooit tweede lijn of een opname nodig hebben.³⁶ Dit leunt aan bij het principe van ‘stepped care’ of ‘getrapte zorgverlening’. Volgens het uitgangspunt van stepped care krijgt een patiënt in eerste instantie de meest effectieve, minst belastende, goedkoopste en kortste vorm van behandeling die mogelijk is gezien de aard en de ernst van de problematiek. Pas als deze minimale interventie onvoldoende effect heeft, wordt naar een intensievere interventie overgegaan. Patiënten met zwaardere problematiek die geen baat hebben bij eenvoudige eerstelijns hulp, of bij wie op voorhand kan voorspeld worden dat ze er geen baat bij zullen hebben, worden rechtstreeks doorverwezen voor intensievere en/of gespecialiseerde behandelingen.³⁷

Eerstelijnspsycholoog (ELP)

In België is er een immens probleem qua beschikbaarheid van geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn. Psychologen zijn voorlopig nog niet erkend en worden niet terugbetaald. Nederland daarentegen is al lang bekend met het concept van een eerstelijnspsycholoog. Deze staat in voor kortdurende psychologische behandelingen in het geval van levensfaseproblematiek en zogenaamde AS I-problematiek (angst, depressie, burn-out, surmenage enzovoort). Een ELP kan gericht doorverwijzen indien patiënten buiten hun indicatiegebied vallen. In het onderzoeksrapport van De Maeseneer et al. over ELP in een WGC wordt het volgende vermeld: ‘Om te voorkomen dat huisartsen (nog meer) overbelast geraken en de gespecialiseerde zorg (nog meer) dichtslibt, is het belangrijk dat de eerstelijnszorg op vlak van GGZ versterking krijgt.’³⁸

Gezien psychosociale problematiek vaker voorkomt in de lagere bevolkingsklasse, is terugbetaling van ELP een must. ELP zouden heel wat psychosociale taken van de huisarts kunnen overnemen. Integratie van ELP binnen huisartsenpraktijken of WGC is belangrijk om de laagdrempeligheid te behouden.³⁸

Mobil teams (mobiele ondersteuning en behandeling in de leefomgeving)

Artikel 107 in de Belgische wetgeving voorziet dat middelen van de residentiële zorg verschoven worden naar de eerste lijn. Hiermee zijn de Mobil teams opgericht, een vorm van psychiatrische thuiszorg.³⁹ Ondertussen zijn er in bepaalde regio's in Gent wachttijden tot een jaar. Dit illustreert alleen maar het onevenwicht tussen vraag en aanbod. Nu stellen huisartsen een indicatie voor opvolging door het Mobil team, maar botsen hierna op een wachtlijst. Huisartsen moeten dan op zoek gaan naar een alternatief, wat opnieuw tijd en energie kost. Een uitbreiding van de psychiatrische

thuiszorg dringt zich dan ook op.

Centra voor geestelijke gezondheidszorg

De centra voor geestelijke gezondheidszorg zouden moeten instaan voor betaalbare psychologische hulpverlening op de tweede lijn, maar de vraag is veel groter dan het aanbod. Wachtlijsten voor bepaalde zorgvragen liepen recent (juni 2013) op tot een jaar in de regio Gent. In de huidige context nemen huisartsen hierdoor soms de functie van de psycholoog over en gaan, uit gebrek aan middelen en door te grote wachtlijsten bij andere voorzieningen, hun patiënten zelf psychotherapeutisch behandelen.⁴⁰

2.4.2 Betere opleiding en ondersteuning van de huisarts

Opleiding omtrent psychosociale problematiek kan de competenties van de huisarts op het gebied van psychosociale zorg versterken bijvoorbeeld psycho-educatie of cognitieve gedragstherapie.

Psychosociale consulten zijn vaak meer emotioneel beladen. Een beter begrip van bepaalde emoties die patiënten bij de arts teweeg brengen, kan een middel zijn om hier mee om te gaan. Deelname aan een trainingsprogramma in mindfulness en zelfbewustwording is geassocieerd met een verbetering van het welzijn van de artsen en heeft ook een positief effect op de arts-patiëntinteractie.⁴¹

Onderzoek suggereert dat deelname in intervisie of ‘Balint groepen’ burn-out en ‘compassion fatigue’ kan voorkomen. Balint groepen is een concept dat wereldwijd is bestudeerd. Het brengt (huis)artsen samen onder de begeleiding van een supervisor met een psychotherapeutische achtergrond. Het is vooral gericht op het verbeteren van de huisartsgeneeskundige vaardigheid in het omgaan met de psychologische en socioculturele achtergrond van de patiënt. Doel hierbij is om aan de hand van casusbesprekingen te oefenen in zelfreflectie, werken aan een betere bewustwording van innerlijke processen en leren omgaan met zogenaamde ‘compassion fatigue’. Daarnaast kan het huisartsen helpen in het omgaan met gevoelens van onmacht, ergernis en de behoefte om oplossingsgericht te gaan werken.⁴² In verschillende landen wordt deelname aan dit soort groepen gekoppeld aan incentives (vergelijkbaar met het systeem van accreditering in België). Momenteel wordt in Vlaanderen door Dr. Eric Boydens een dergelijke intervisie-groep georganiseerd.

3 METHODOLOGIE

3.1 DESIGN

3.1.1 Motivatie gebruik kwalitatief onderzoek

Aangezien het doel van het onderzoek is om een breed overzicht te krijgen welke elementen binnen psychosociale zorg artsen als belastend worden ervaren en welke verschillende mogelijkheden er bestaan om belasting door psychosociale zorg te verminderen, werd de voorkeur gegeven aan een kwalitatieve benadering.

3.1.2 Gebruikte methode: semi-gestructureerde interviews

De vragenlijst (c.f. bijlage) werd opgesteld op basis van gegevens uit de literatuur en in samenspraak met de praktijkopleider, promotor en co-promotor. De vragen werden zo breed en neutraal mogelijk gesteld om ruimte te bieden aan uiteenlopende ideeën. Indien de vragen te abstract overkwamen, werden ze geïllustreerd aan de hand van een concreet voorbeeld. Na elk interview werd gevraagd of de arts nog tips had voor de onderzoeker. Op basis van deze feedback en persoonlijke reflectie, werd de vragenlijst drie keer aangepast.

De belangrijkste vragen hierbij waren:

- (1) Vindt u dat psychosociale zorg verlenen uw rol is?
- (2) Vindt u psychosociale zorg belastend en indien ja, wat vindt u er belastend aan?
- (3) Welke eigenschappen maken u kwetsbaarder / weerbaarder voor deze belasting?
- (4) Welke emoties wekken patiënten die komen met psychosociale problematiek bij u op en hebben die invloed op uw gedrag?
- (5) Kan psychosociale zorg volgens u bijdragen tot een burn-out bij huisartsen?
- (6) Wat kan de belasting door psychosociale zorg bij huisartsen verminderen?
- (7) Heeft u zelf nog tips voor collega's hoe met psychosociale zorg om te gaan?

Het onderzoek werd goedgekeurd door het ethisch comité van het Universitair Ziekenhuis Gent (projectnummer EC 2013/236). De deelnemers kregen een informatiebrief en tekenden het informed consent.

3.2 ONDERZOEKSPOPULATIE

Enkel afgestudeerde huisartsen, werkzaam in een Gents WGC of in een Gentse achterstandswijk (gedefinieerd door het RIZIV in het kader van impulseo I)⁴³ werden in het onderzoek opgenomen. Er werd gestreefd naar een gelijk aandeel WGC- en niet-WGC-artsen, een evenwicht tussen mannen en vrouwen en een diversiteit in loopbaanduur. Hoewel hier geen precieze cijfers over beschikbaar zijn, valt te verwachten dat in WGC en achterstandswijken meer psychosociale problematiek aanwezig is.

Bij kwalitatief onderzoek is het de bedoeling om tot saturatie van de onderzoeksvraag te komen, dus het interviewen moet doorgaan tot er geen nieuwe elementen meer opduiken. Gezien het beperkte tijdsbestek van de manama-opzet werd het streefcijfer van 10 interviews vooropgesteld. Na enkele interviews bleek al dat heel veel zaken terugkwamen.

3.3 REKRUTERING

Via de coördinatoren van de 9 Gentse WGC werd een e-mail onder alle WGC-artsen verspreid. De respons hierop was groot: 14 kandidaten op een totaal van 56 arts en boden zich aan. Hiervan werden er 8 opgenomen.

Voor de rekrutering van niet-WGC-artsen werd een e-mail naar 10 Gentse praktijkopleiders gestuurd die in een wijk werkzaam zijn die door zijn ligging in aanmerking komt voor Impulso I. Hierop was echter geen respons. Via persoonlijke contacten en op advies van mijn co-promotor werden 3 zelfstandige artsen gevonden die bereid waren tot deelname. Dit brengt het totaal aantal geïnterviewde artsen op 11.

3.4 GEGEVENSVERZAMELING EN DATA ANALYSE

Er werd telkens een geluidsopname gemaakt van het interview. De interviews werden woord voor woord uitgetypt door de onderzoeker, zodat niets van informatie verloren zou gaan. Elke zinsnede die van betekenis was, werd in kleur aangeduid. Hierna werden deze in een Excel bestand gegroepeerd volgens de verschillende antwoordcategorieën.

4 RESULTATEN

PARTICIPANTEN

In totaal werden 11 artsen geïnterviewd: 8 vrouwen, 3 mannen, 8 werkzaam in een WGC in Gent, 2 in een groepspraktijk en 1 solo arts. De gemiddelde leeftijd bedroeg 40 jaar. De gemiddelde werkervaring was 14 jaar.

Tabel 1: profiel van de geïnterviewden

	Geslacht	leeftijd	Aantal jaar ervaring als huisarts	praktijkvorm	Aantal min. interview
1	V	59	35	WGC	32:36
2	V	29	3.5	WGC	17:37
3	V	35	3	WGC	35:56
4	V	31	6	WGC	12:41
5	V	39	14	groepspraktijk	28:48
6	V	34	7	WGC	23:00
7	V	54	29	groepspraktijk	23:21
8	M	34	7	WGC	40:44
9	V	30	6	WGC	35:00
10	M	68	40	solo	30:25
11	M	32	7	WGC	54:40

4.1 PSYCHOSOCIALE ZORG – EEN ROL VOOR DE HUISARTS?

Alle geïnterviewde artsen vonden dat patiënten met hun psychosociale zorgvraag bij de huisarts terecht moeten kunnen.

‘Ik denk dat de sterkte van de huisartsgeneeskunde laagdrempeligheid is. Als je niet wil geconfronteerd worden met maatschappelijke problemen, dan kan je geen huisarts worden. De huisarts zit aan de pols van de maatschappij. Wij krijgen al de problemen op ons. En ik vind dat de rijkdom van de huisartsgeneeskunde.’

Vaak blijft de rol van huisarts beperkt tot het detecteren van de psychosociale zorgvraag en het doorverwijzen.

‘Als dat nu bij de huisarts is dat dit het eerst bespreekbaar is, is dat goed voor mij, en daarmee is er een deur geopend en kunnen wij hen dan verwijzen naar maatschappelijk werk of andere voorzieningen voor de gepaste hulp. Ik vind niet dat het altijd aan de huisarts is om de hulp te bieden, maar dan wel om eventueel gepast door te verwijzen.’

‘Ik vind dat zeker wel m’n rol, maar ik vind als het te gespecialiseerd gaat, als er eigenlijk nog heel weinig medisch aan te pas komt, dan ben ik nog steeds bereid om dat te begeleiden, maar denk ik dat dat niet meer echt mijn expertise is. Die mensen kunnen hier nog steeds terecht maar dan ga ik wel ook zoeken naar een gepaste begeleiding.’

‘Voor psychosociale problematiek vind ik de huisarts nog altijd ook wel een kernfiguur, omdat je die mensen in hun verscheidenheid kent, je kent die mensen, hun familie, je volgt die mensen op, je ziet een evolutie, jij beter dan elke hulpverlener ook heeft die continuïteit en inzicht in het totale van die

mensen in zijn situatie. Als huisarts kom je daar ook effectief binnen, dat is iets helemaal anders dan een betrokken sociale speler die ergens consultaties doet in een bureau. Die heeft niet altijd zicht op leefsituaties van mensen waaruit soms heel wat af te leiden valt van de problematiek. Dus ik vind het niet onterecht dat mensen bij de huisarts komen met hun probleem. Dat is een goed teken...maar dat betekent niet dat je die mensen effectief als huisarts moet helpen daarmee, maar dat je wel, zoals voor veel andere dingen, doorverwijzer bent voor die problematiek.'

Rolverhuizing binnen de maatschappij

Door bepaalde verschuivingen binnen de maatschappij, wordt de rol van de huisarts op vlak van psychosociale zorg uitgebreid.

'We leven in een maatschappij waar mensen in isolatie zitten, met zo weinig verbinding tussen bureaus onderling, tussen families, gezinnen, ook een beetje de neergang van de vroegere religie. Het gaat over verbinding tussen mensen en als je daar dan uitvalt, dan is dat ook vaak een sociaal vangnet waar ze in gedragen werden, dat wegvalt. En ze moeten ook ergens terecht met hun problemen.'

Soms versterkt de empathie van de huisarts die rolverschuiving.

'Ik denk dat dat ontstaan is door de maatschappelijke verschuivingen: de huisarts is een beetje de pastoor geworden. Mensen moeten dat ergens kwijt kunnen. Iedereen zit met van alles, en ok, als je een goed netwerk hebt... sommige mensen hebben dat ook niet, en dan moet dat ook ergens terecht kunnen, en het wordt ook wel wat verwacht van een huisarts, en ik denk dat wij als huisarts ook vaak vanuit empathie dat ook wel doen en die 2 versterken elkaar ook wel.'

'Ik denk dat de grens met sociaal assistent vervaagd is, ten opzichte van vroeger. Ik denk dat ons pakket als huisarts veel ruimer geworden is dan vroeger. Dat gevoel heb ik wel. Dat je vroeger veel meer op medische stukken werkte. Je werd ook meer opgeleid voor medische stukken. Dat je nu veel uitgebreider moet werken, waardoor je pakket veel groter en belastender wordt.'

'Ik zou er enerzijds minder mee bezig willen zijn, omdat dan de maatschappij beter is, als je minder psychosociale problemen hebt. Het is een stuk van je werk, een stimulans om je werk te blijven doen. Ik zal niet zeggen dat ik dat graag doe, maar ik vind dat dat een stuk van het werk is en ik heb daar geen problemen mee.'

Persoonlijke voorkeur

Op de vraag of de huisartsen zich meer, minder of evenveel met psychosociale zorg zouden willen bezighouden, antwoordden 10 met evenveel, 1 met minder. Hierbij vond de meerderheid dat betere voorzieningen wel een voorwaarde zijn (maatschappelijk werk, minder lange wachttijden voor CGGZ).

Algemeen gesproken vonden de artsen dat de patiënt met al zijn zorgvragen bij de arts terecht moet kunnen. Ze accepteren dat psychosociale zorg een onderdeel van hun werk is. Oneigenlijke ziekte-attesten werden als het meest storend ervaren.

'Ja in feite zouden ze niet bij ons moeten komen. Maar het is nu eenmaal zo dat de huisarts laagdrempelig is, en dat het in die zin goed is dat ze bij een huisarts kunnen komen. Ten tweede. Veel mensen medicaliseren hun klachten, komen met een klacht die gebaseerd is op psychosociale problematiek en gebruiken dat als ingangspoort bij de huisarts. Dan is het wel goed dat ze bij een

huisarts terecht kunnen.'

4.2 WAT IS ER BELASTEND AAN PSYCHOSOCIALE ZORG?

10 van de 11 artsen vond psychosociale zorg op één of andere manier wel eens belastend. Verschillenden zagen het anderzijds als een uitdaging. De ene arts had duidelijk meer affiniteit met psychosociale problematiek dan de andere.

'Eigenlijk doe ik dat graag. Ik vind dat juist het extraatje waarom ik huisartsgeneeskunde gekozen heb. Ik heb daar veel voldoening aan. Ik zou niet graag arts zijn in een ziekenhuis waar ik me alleen op dat specifieke orgaan moet focussen zonder de context van de mensen te kennen. De context van de mensen en de psychosociale problematiek die er eventueel mee samenhangt, vind ik eigenlijk meer verrijkend.'

'Ik vind dat een uitdaging. Ga je mij alleen patiënten geven die fysische klachten hebben, zonder psychosociale achtergrond, dan zou huisartsgeneeskunde mij niet interesseren. Ik woon in een wijk waarin er bijna hoofdzakelijk psychosociale problemen zijn, dan zou ik al lang gestopt of verhuisd zijn.'

4.2.1 Objectieve belasting

Consultaties in verband met psychosociale problematiek duren langer en patiënten met psychosociale problematiek komen vaker consulteren.

'Het vraagt ook veel meer tijd dan vb. een urineweginfectie, dat is gemakkelijk op te lossen, dan weet je van ik doe dit, en het is opgelost. Het vraagt meer tijd zowel in 1 consult als op lange termijn, en soms is er nooit een oplossing.'

'Je zit al een half uur achter en er zit dan iemand bij u die helemaal ineens stort dan weet je direct dat je vertrokken bent voor een half uur... Het feit dat je dan al wat opgejaagd bent omdat je al zo veel achter zit, vind ik wel erg moeilijk.'

'Je wilt in zo'n consulten, als het zo de dieperik in gaat, ook niet eindigen in de diepte. Je wil ergens op een bepaald punt komen. Dan ga je soms over je tijd, als je voelt van het is de moment.'

Alle artsen gaven aan dat als de werkdruk toeneemt, psychosociale consulten als extra belastend worden gezien.

'Als de werkdruk laag is dan kun je uiteraard veel meer plaats maken voor dat soort mensen, dan als de werkdruk heel hoog is.'

4.2.2 Subjectieve belasting

4.2.2.1 Patiëntgebonden factoren

Gebrek aan wederkerigheid

Bij psychosociale problematiek heerst er het gevoel dat je er meer energie insteekt dan je er uit haalt.

'Als het aandeel van wat de patiënt inbrengt en wat ik inbreng, niet meer in evenwicht is, dan begint het mij te bezwaren.'

'Het feit dat de zaak van één kant komt, dat vind ik lastig.'

‘Ik vind werken rond een depressie, als je merkt dat een patiënt daar aan meewerkt en de wil heeft om daar uit te geraken, veel minder belastend dan het gevecht tegen de bierkaai.’

Somatiserende patiënt

Het kost meer energie en tijd voor de arts als de patiënt niet op het psychosomatische spoor te krijgen is.

‘Als de patiënt het zelf erkent als een psychosociaal probleem, is het anders voor mij, dan als iemand puur somatische klachten komt oprakelen, en de psychosomatiek er zelf niet van inziet. Die laatste categorie vind ik wel veel meer belastend. Dan degene met wie er openlijk over te spreken valt.’

‘Het is eerder een frustratie dat bepaalde dingen niet bespreekbaar zijn bijv. iemand die iedere keer opnieuw komt met hoofdpijn en zelf niet erkent dat het om een spanningshoofdpijn gaat als gevolg van relatieproblemen of wat dan ook, omdat je dan het gevoel hebt dat je daar niet mee vooruit geraakt. Je kan therapeutisch niets bieden aan die mensen omdat ze niet openstaan voor de behandeling.’

Veel hangt af van de patiënt zelf: zijn veerkracht, zijn medewerking.

‘Het is ook patiëntgebonden hé. Je kunt perfect een blaasontsteking hebben die door patiëntgebonden factoren helemaal anders uitdraait dan je denkt...’

Of je al dan niet op dezelfde golflengte zit van de patiënt is ook sterk bepalend voor de belasting.

‘Bijvoorbeeld bij de typische moeilijke patiënt waar je in normale omstandigheden - waar je niet de arts-patiëntrelatie hebt - je je eens boos zou willen maken, dat je je toch professioneel moet gedragen, dat vergt ook meer energie dan bij patiënten waar je gewoon jezelf kunt zijn en niet extra professioneel moet opstellen.’

De soort problematiek bepaalt sterkt de werkbelasting. In het algemeen werden ‘lichte psychiatrische stoornissen’ niet als belastend gezien. De meeste huisartsen ervoeren persoonlijkheidsstoornissen als het meest belastend.

‘Gewone psychosociale problematiek, iemand die door stress hoofdpijn heeft, dat is een ietsjes moeilijker consult dan een migraine hoofdpijn. Daar ga ik niet van afzien.’

‘...zoals een keer een kleine crisis in een gezin, een keer een heel intiem gesprek over een relatieprobleem. Het zijn niet die waarvan je een burn-out krijgt, het is de andere kant, de hele zware, dat kan een zeer zwaar verslavingsprobleem zijn, een heel zwaar sociaal, psychisch probleem, waarbij dat je heel weinig veerkracht ervaart en waarbij je een soort machteloos gevoel krijgt waarbij ze heel veel beroep op je doen, zonder enige vooruitgang en die wegen zwaar.’

‘Ik vind het niet belastend als we het dan hebben over depressie, surmenage, burn-out, en dat je mensen daarin mee kunt begeleiden, thuis schrijven, sturen we die naar een therapeut, die dingen niet, dat vind ik gewoon huisartsgeneeskunde.’

Bij psychosociale zorg is er vaker **grensoverschrijdend gedrag**.

‘Soms omdat de patiënt mijn eigen grenzen niet respecteert. Dat je constant je eigen grenzen moet bewaken. Dan heb ik het vooral over de persoonlijkheidsstoornissen.’

Complexe zorgvraag

Psychosociale zorgvragen zijn vaak veel complexer dan de puur somatische, er komt veel meer bij kijken.

‘Als iemand komt met een blaasontsteking, dan vertelt hij dat wat neutraler, dan is dat een consult en dat loopt, je vertelt wat er moet gebeuren en je kan er weer mee aan de slag. Terwijl een psychosociale vraag veel meer beladen is. Er hangt daar veel meer aan vast.’

‘Psychosociale problematiek is vaak als een doos van Pandora die je opentrekt. Een vrouw die klaagt over spanningshoofdpijn, je zegt van we zien dat type hoofdpijn vaak bij mensen die piekeren die ergens mee zitten, zou dat bij u het geval kunnen zijn? En hop dan krijg je vanalles in je schoot gegooit waarvan je niet weet waar het gaat eindigen.’

Doelstelling arts versus patiënt

Het leven van sommige patiënten is als één groot psychosociaal probleem. De doelstellingen van de arts en die van de patiënt liggen vaak heel ver uiteen.

‘Er is een hele groep die lage capaciteiten heeft financieel, socio-economisch, mentaal waardoor je denk ik burn-out geraakt als je teveel verwacht. Als je verwacht dat dat mensen zijn zoals jij en ik, wiens basisvoorwaarden zijn vervuld, die kunnen werken aan iets meer. Terwijl voor die mensen is het gewoon een kwestie van overleven, zij hebben niets anders dan psychosociale problematiek, hun hele leven is ervan gevuld. Als jij dan denkt van ok, de psychosociale problematiek dat is 1 ding, maar ik zou het graag daar eens over hebben (over vb. ontregelde diabetes)... Dat is mooi, ze gaan eens luisteren, maar zolang dat dat (hun sociale situatie) niet verbetert is daar gewoon geen oor naar, of geen tijd, of geen geld voor, geen mentale capaciteit voor.’

‘Die mensen hun leven zit zo vol met het garant stellen van basisvoorwaarden, dat jij als huisarts denk ik burn-out geraakt als je probeert van die mensen nog meer te laten doen dan te overleven. Jij wil dat die diabetes goed geregeld wordt, je wil een goede HbA1c. Als je burn-out geraakt op het feit dat HbA1c van 10 blijven hebben, omdat ze blijkbaar niet tijdig strips kopen...’

Niet alleen patiënten met psychosociale problematiek, maar een te hoge concentratie van moeilijke patiënten op eenzelfde dag, maakt het vaak lastiger.

‘Dat zijn de mensen die heel veel energie vragen, degene die ik nu opnoem, vooral de persoonlijkheidsstoornissen, die vragen van mij veel energie. Als ze met te veel dezelfde dag appel doen op mij, dan is dat voor mij een hectische dag. Ja eigenlijk is dat wel belastend.’

‘Alsof je voor 1 dag een potje hebt met een bepaalde hoeveelheid energie. Sommige slorpen veel meer energie op, en op een zeker moment is het op voor die dag...’

4.2.2.2 Artsgebonden factoren

Onvoldoende opgeleid voor psychosociale zorg

Hoewel er de laatste jaren veel veranderd is in de opleiding geneeskunde, meer bepaald dan op het gebied van communicatie, zijn de tools die je als huisarts meekrijgt in het kader van psychosociale zorg beperkt.

‘Communicatief vind ik ons wel voldoende opgeleid, naar behandeling toe vind ik dat wel een lacune, hoewel ik vind dat daar wel redelijk veel aandacht aan wordt geschonken aan psychosociale problematiek. Maar als het gaat om behandeling van depressie, van angsten, voordat mensen bij psycholoog terecht kunnen zoals een CGGZ, tijdens die wachttijd, vind ik dat wel moeilijk om te weten hoe je die consultaties zinvol invult, zonder er gewoon een praatje van te maken, om er echt iets therapeutisch van te maken. Het communicatieve vind ik zeker ok, maar zo het inhoudelijke van “wat doe je dan tijdens je consultaties” vind ik minder gemakkelijk.’

‘Ja omdat er dingen zijn waarvoor wij niet opgeleid zijn, dat is ook zo. Ik durf dat dekseltje niet openmaken want ik krijg dat dan daarna niet meer onder controle. Omdat ik daar de opleiding niet voor heb, ook misschien omdat ik onvoldoende ‘een blok’ voor mij ga kunnen zetten. De grens zetten. Als je als psycholoog opgeleid bent, dan doe je je deur toe, logisch dat je je pakket op het werk laat en thuis niet meeneemt. Terwijl dat niet evident is, als je daar de opleiding niet voor gehad hebt. 30 jaar geleden hadden wij daar geen opleiding over. Als je begint te peuteren aan psychosociale problematiek, waarvan je niet weet waar het eindigt... ik vind dat eng. De doos van Pandora even opendoen. Krijg je ze misschien niet meer toe. En misschien zijn er potjes die je beter toe laat. Maar daar mee omgaan, dat is echt wel de job van een psycholoog. Als arts kun je een stukje, bij een aantal mensen wel. Maar bij zware problematieken... ik zou dat maar eng vinden.’

Als arts geen invloed

Vaak gaat het om zaken waar je als huisarts weinig invloed op hebt en waarbij je soms een machteloos gevoel krijgt.

‘Wij kunnen niet zorgen dat ze een hoger inkomen krijgen, wij zorgen niet rechtstreeks voor betere huisvesting, wij bepalen niet hoe veel kinderen ze per se willen krijgen ook al zien we dat niet goed komen. Er is eigenlijk heel veel waar je geen invloed op hebt en dat maakt dat als je daar niet mee kunt leven, dat eigenlijk te belastend wordt. Dan heb je iets van: ik kan eigenlijk de invulling van mijn job niet waarmaken.’

‘Als je doel is om het lijden van de mensen te verminderen en je ziet dat het lijden wordt veroorzaakt door zaken waar je geen impact op hebt, dan vraag je je af van wat ben ik hier nu aan het doen. En dan kan ik me voorstellen dat je job voldoening sterk daalt.’

‘Waar ik het wel belastend vind, is als er geen oplossing komt. En de oplossing kan ofwel bij de patiënt liggen ofwel bij de omgeving, in de maatschappelijke context, en dan is het natuurlijk lastig’.

Meer of een ander soort energie

Psychosociale zorg vraagt een ander soort energie dan pure technische zaken.

‘Omdat het veel meer vraagt, je moet empathisch zijn, aandachtig, luistervermogen, wat veel vermoeiender is. Dat is anders dan bij een bloedafname De mensen verwachten dan eventueel nog eens een therapeutische ondersteuning, mee helpen zoeken naar een oplossing, enzovoort. Ik denk dat dat allemaal veel zwaarder weegt. Dat het mentaal veel meer energie vraagt.’

‘Zelfs het luisteren alleen al vraagt enorm veel energie’

Minder op ‘automatische piloot’

Puur somatische consulten verlopen vaak meer gestructureerd, dan wanneer het over psychosociale problematiek gaat. Binnen de psychosociale zorg zijn maar weinig richtlijnen, protocollen waar je een houvast aan hebt. Je kan niet bepaald op ‘automatische piloot’ werken.

‘De rest is technisch hé. En technieken dat is gestructureerd. Als iemand binnenkomt voor een pure routine screening, vb. voor een gynaecologisch onderzoek. Die zet zich neer en zegt het is voor mijn gewone jaarlijkse gynaecologische controle al dan niet met uitstrijkje. Maar dat is een heel gestructureerd consult. Zijn er problemen, nee, ok, dat is puur technisch. Dat kost je geen energie. Het is maar als bij die routinecontrole komt: ja maar. En dat pakket maakt dan je afspraak belastender, of je moet een 2de afspraak geven, je moet het meenemen in je consult, je bent dan niet meer op tijd, de volgende moet wachten, die wordt kregelig.’

‘Dus heel anders dan met concrete medische klachten waar een concreet medisch antwoord op is, of een afgewogen shared decision antwoord, maar je kunt daar mee weg. Je hebt richtlijnen om ergens op terug te vallen. Psychosociale problematiek, dat heeft geen richtlijnen.’

Herkenbare situaties

Verschillende artsen hebben het moeilijk als situaties te herkenbaar worden.

‘Het is soms herkenbaar wat mensen meemaken, waardoor je het mee naar huis neemt.’

Ook geweld tegen vrouwen en kinderverwaarlozing, mishandeling, is iets wat als extra belastend werd ervaren.

Factoren die de belasting door psychosociale zorg kunnen verhogen

Vermoeidheid, je zelf niet goed in je vel voelen, zelf met een aantal psychische en/of sociale problemen zitten, maakt het omgaan met psychosociale zorg vaak moeilijker. Een puur technische handeling is veel neutraler.

‘Als je op het moment zelf ook dingen meemaakt, erge dingen, familiale zorgen, dat het dan veel moeilijker is om je objectiviteit te behouden en ook veel moeilijker om je emoties te controleren. Ik vermoed als het te herkenbaar word, dat dat wel moeilijk kan zijn.’

‘Als je moe bent, nemen je emoties sneller de overhand.’

‘Stel je voor dat je zelf ook heel veel stress hebt en veel problemen, dan is dat moeilijk om dat er nog bij te nemen denk ik. Als je zelf niet goed in je vel zit, dat het dan echt wel moeilijk kan zijn om die professionele empathische houding, omdat vol te houden.’

Als je affiniteit voor de psychosociale achtergrond van de patiënt mist, dan kan het je ook snel te veel worden.

‘Als je zegt het leven van andere mensen interesseert mij niet, dan denk ik als zij met een psychosociale probleem komen, dat je je sowieso al overstelpt voelt, omdat je er niet voor open staat. Als je niet de drive hebt, of de menselijke interesse, dat het moeilijk wordt om die momenten van machteloosheid erbij te pakken. Als je niet weet wat voor goeie dingen je daar ook uit kunt halen, dat je iets hebt van: “daar kan ik toch niets aan doen”.’

4.3 INVLOED VAN PSYCHOSOCIALE ZORG OP EMOTIES EN GEDRAG BIJ HUISARTSEN

Hierbij liepen de antwoorden sterk uiteen. Sommigen gaven aan dat het al heel ver moet gaan eer ze zelf emoties ervaren in het contact met patiënten. Anderen hadden het over gevoelens van frustratie, ergernis, onmacht.

‘Die ergernis die je moet verbijten, als je dat continu moet doen, dan kan ik mij voorstellen, als je zo veel van die casussen hebt en je moet de hele tijd je ergernis op de achtergrond schuiven en de hele tijd nadenken van hoe ga ik dat hier nu het best aanpakken, dat dat wel belastend kan zijn.’

Eén arts beschreef hoe hij af en toe de neiging heeft om bepaalde emoties van de patiënt te gaan overnemen.

‘Vanuit mijn empathie gaat de emotie van de patiënt (treurigheid, paniek) zich wel wat overplanten op mij. Vast zitten, machteloos, frustratie, alle dingen die patiënten bij hun problemen hebben. Dat gaat wat over op je, dat is ‘besmettelijk’. Dat geeft mij stress, soms kan ik na een consult niet terug tot mijn

harmonie komen om het volgende te doen.'

Wat je met die emotie gaat doen en of die zich ook gaat uiten in je gedrag, is uiteraard afhankelijk van persoon tot persoon.

'Ik denk dat dat zeker soms ergernis kan opwekken, maar dat ik mezelf daar zeer hard bewust van ben en ik ga dat zeker nooit laten merken aan de patiënt in kwestie, omdat ik weet dat dat een valkuil is. Ik denk dat als er een emotie is die naar boven komt dat het die is, ergernis, maar dat ik dat ook heel goed weet van mezelf. En dan adem ik eens goed diep in en uit voordat ik ze binnen laat.'

De gevaren van te sterk meegaan in de emoties van de patiënt.

'Het is ook een kunst als huisarts om enerzijds veel empathie te hebben, maar anderzijds u daar niet in te laten meetrokken. Ik heb dat al geleerd over die 7 jaar. Als je je eigenlijk uit empathie daar toch in laat meesleuren, kan je in een situatie komen dat je daar samen met de patiënt zit, van "nu zitten we hier samen zo". Jij bent plat, en de dokter is mee plat geworden door hetgeen wat jij nu vertelt. En dan is dat natuurlijk belastend. Je moet dan je volgend consult doen en je bent eigenlijk een beetje uit je evenwicht geslagen door die psychosociale vraag.'

4.4 VALKUILEN BIJ PSYCHOSOCIALE ZORG

Onvoldoende afstand

Sommige artsen vonden het gevaarlijk als de afstand tussen arts en patiënt te klein wordt, als de band te vertrouwelijk wordt.

'Het is goed om makkelijk te benaderen te zijn, maar ik denk: je bent toch geen vriend of vriendin. Er is toch een bepaalde afstand. Je probeert iemand professioneel te helpen, ik denk als iemand te persoonlijk wordt, dat dat de hulpverlener niet echt ten goede komt.'

Anderen zagen dan weer voordelen aan die vertrouwensband.

'Huisartsen zijn er in het algemeen voor bekend dat ze heel gemakkelijk familiariseren met iemand, en dat vergemakkelijkt de vertrouwensband en dat zal er wellicht ook toe leiden dat de mensen gemakkelijk iets komen aftoetsen. En als ze het bij hem of haar niet kunnen doen...'

De vertrouwensband kan de therapeutische effectiviteit verhogen.

'En langs een kant denk ik dat mijn zwakke plek, zo vertrouwelijk met mensen om te gaan, om op gelijke hoogte met mensen om te gaan, dat dat langs een kant ook iets positiefs kan zijn, omdat je dan ook wel bepaalde dingen gemakkelijker kunt zeggen, omdat ze u vertrouwen en dat ze gemakkelijker iets aannemen.'

Te veel meegaan in het verhaal

'Ik ben vrij begaan met de mensen, ik vind het leuk om mensen te helpen, als je je grenzen dan niet aangeeft, dan gaan mensen je van alles vragen en komen ze ook heel vaak terug, voor van alles en nog wat. Als je te vriendelijk bent...ik denk dat ik daar wel op moet letten.'

Moedigen we soms onrechtstreeks patiënten aan om met hun verhaal te komen door onze luistervaardigheid? Heeft het bevragen van de ICE nadelen?

'Als je daar eigenlijk fel op ingaat op psychosociale problematiek, en je laat ze vertellen, dat neemt op zich heel veel tijd in, in die consultatie, maar dat vind ik nu niet zodanig het hoofdprobleem. Het hoofdprobleem vind ik dat ze dikwijls een toegangspoort gevonden hebben dan. En dat je door je eigen gedrag als arts hen (denk ik dikwijls) aanmoedigt, van er is weer iets dat niet goed gaat, kom ik

ga nog eens naar de huisarts, ik ga het nog eens met hem bespreken. Want die kan toch zo goed luisteren, snap je. Dan weet ik soms niet goed of ik die rol wel wil. Dan denk ik van waar blijven de priesters van in de tijd, waar zijn de jeugdverenigingen...'

'Maar tussen empathie tonen en effectief die miserie ook voelen bij u dat is wel aan de grens. Zeggen - ik begrijp dat deze situatie heel moeilijk is- is iets anders dan het op dat moment ook zelf als heel moeilijk ervaren. Je kunt perfect in mijn ogen empathisch zijn, betrokkenheid tonen, maar toch die professionele afstand bewaren van dit is niet mijn probleem. Ik denk dat we dat niet zo expliciet aangeleerd krijgen als huisarts. Dat onderscheid wordt niet echt gemaakt. Het wordt wel gezegd maar het besef waarom dat zo belangrijk is, dat onderscheid tussen die empathie, die betrokkenheid tonen en betrokken zijn, wordt misschien onvoldoende aangeraakt. Waardoor je als beginnende arts wordt meegesleept door de miserie van de andere en er in wordt gesleept, terwijl er ook een andere manier is om daar professioneel mee om te gaan.'

4.5 KAN PSYCHOSOCIALE ZORG BIJDAGEN TOT EEN BURN-OUT BIJ HUISARTSEN?

Alle geïnterviewde artsen konden zich voorstellen dat in sommige gevallen psychosociale zorg kan bijdragen tot burn-out bij huisartsen.

'Als je inderdaad als huisarts een burn-out krijgt dat dat ofwel door een heel hoge werkdruk komt in het algemeen ofwel met veel te hoge concentratie aan moeilijke patiënten. Patiënten waar je heel veel energie insteekt, zonder er veel voldoening uit te krijgen.'

'Ik kan mij dat voorstellen, zeker als dat in combinatie gaat met andere dingen die ook moeilijk lopen. Als je privéleven perfect gaat, en je hebt af en toe wat lastige momenten op het werk dan is dat eigenlijk niet erg, maar vb. voor een arts die in een scheiding zit, die op persoonlijk vlak ook moeilijkheden heeft, kan ik mij inbeelden dat dat dan te veel wordt die dingen.'

'Ik denk dat het één van de belangrijkste dingen is (die bijdraagt tot burn-out). Iedereen kan wel tegen een overlijden, een palliatief proces, ik denk dat je dat ook meer kunt inschatten. Ik denk dat je daar niet zo makkelijk een burn-out van krijgt. Ik denk dat het eerder is van ofwel het teveel aan werk en je alles willen aantrekken ofwel die zaken die je te veel meeneemt, of te veel in wilt doen, of te weinig begrenst, of als je daar sowieso de persoon niet voor bent, kan ik me echt voorstellen.'

Psychosociale zorg kan je confronteren met je eigen psychische kwetsbaarheden als arts.

'Het is niet zozeer de psychosociale zorg op zich denk ik die bijdraagt tot burn-out, maar wel het triggeren van je eigen psychische kwetsbaarheden als arts. Door het omgaan met psychosociale zorg. En het omgaan met andere aspecten van het beroep. Als je in je persoonlijkheidsstructuur een aantal elementen hebt, waardoor je daar allemaal heel losjes mee om kunt, dan ga je geen burn-out doen. Als je een persoonlijkheidsstructuur met een aantal zaken zit waarin het werken met psychosociale zorg eigenlijk je doet stuiten op je eigen grenzen die terug te leiden zijn tot je eigen conditionering, dan kan je een burn-out krijgen denk ik.'

4.6 WAT KAN DE BELASTING DOOR PSYCHOSOCIALE ZORG VERMINDEREN?

4.6.1 Beperkter psychosociaal takenpakket voor de huisarts - betere doorverwijsmogelijkheden

Alle geïnterviewde artsen vonden dat patiënten wel met hun psychosociale noden bij de huisarts

terecht moeten kunnen. In sommige gevallen moet je duidelijk je rol afbakenen en de patiënt indien nodig verwijzen.

‘Ik kan heel empathisch zijn, maar ik kan ook heel duidelijk zijn van “ok, je mag nu wel bij mij komen met dit probleem, maar dat is nu echt niets voor de huisarts. Daar en daar kan je gaan, weet je waar je moet gaan, het OCMW weet je dat zijn”. Dat is dan een consult van 1 minuut. Soms moet je dat wel doen om duidelijk te stellen wat je rol is.’

4.6.1.1 Maatschappelijk werk

De artsen vonden dat maatschappelijk werk voor heel wat verlichting zou kunnen zorgen op het vlak van administratie, voorzieningen, ontrafelen van psychosociale problematiek, doorverwijzingen...

‘We zitten hier met de luxe van maatschappelijk werk in huis sinds een paar jaar en dat ontlast ons gigantisch. In die zin, ontlasten is een groot woord, want mensen komen nog altijd bij ons voor die problematiek, maar het is geen probleem meer waarvoor ze alleen bij jou komen. Het is wel een probleem als jij het allemaal moet oplossen, als je daar alleen staat als huisarts, als solo arts, kan ik wel iets hebben van “ja, ik weet dat ik daar iets mee moet doen, maar in welke tijd, en met welke tools”. Terwijl hier moet dat niet mijn tijd zijn, om dan te beginnen rondbellen naar CAW’s waar ze een nachtopvang kunnen vinden of wat dan ook, ik zeg dan gewoon van “ok. Dit is een schets van het probleem, en maatschappelijk werk volgt het op...”’

De meeste artsen verkozen om maatschappelijk werk in de praktijk zelf te integreren om de drempel zo laag mogelijk te houden. Anderen opperden dan weer om de bestaande voorzieningen binnen OCMW’s en mutualiteiten zo goed mogelijk te benutten.

‘Die mensen komen ook vaak met futiliteiten die echt wel niet voor ons zijn. Het briefje van de school: je kind zal gevaccineerd worden, kan je eens de geboortedatum invullen... Bij iemand anders moet je dat niet invullen hé, die vullen dat zelf in. Dan komen ze wel naar hier. Ofwel is het het secretariaat dat daar extra mee belast wordt, of jij. Daarvoor al zou het al heel leuk zijn moest hier maatschappelijk werk zijn, al was het maar een halve dag in de week. Dat je zo’n problemen... dat is niet onze job hé, ik moet niet zo’n papieren invullen.’

4.6.1.2 Eerstelijnspsycholoog

10 van de 11 artsen vonden dat psychologen in een groot aantal gevallen psychosociale zorg van huisartsen zouden kunnen overnemen en dat psychologen daar ook beter voor opgeleid zijn.

‘De hele eerste lijn schreeuwt om psychologen. Als er iets is waar zowel de WGC als de solo artsen, als de vakbonden, de hele sector het er over eens zijn, is dat dat wel iets dringend is.’

Eén arts wees op het probleem van ‘professionalisering van bijstandshulp’ en stond wat ambivalent ten opzichte van het uitbreiden van psychologische hulpverlening.

‘Vroeger gingen ze eens naar de pastoor konden ze daar eens hun probleem kwijt nu wordt dit volledig geprofessionaliseerd, een dilemma wordt geprofessionaliseerd. Zou ik het afmaken met mijn lief of niet...’

In sommige gevallen krijg je als arts het gevoel dat je klem zit, dat er geen voorzieningen zijn en dat je het dan maar zelf moet zien op te lossen.

‘Ik vind de rol van de huisarts is, als er een fysieke presentatie is, mogelijks wel aanduiden van “dit is

een psychologische factor”, en mensen overtuigen van “daar kan je iets aan doen” vb. bij de psycholoog die in het kabinet naast je zit. Maar niet van ik doe dat hier nu zelf. Wat mensen dikwijls wel verwachten hé. Maar ik voel me daar niet zo goed bij. Ik heb nu een heel aantal casussen waarin ik zo het gevoel had, er is geen keuze. De psychiaters geven alleen maar pillen, psycholoog kunnen ze niet betalen, de psycholoog van het OCMW die babbelt er wat rond, allochtone psychiatrie, ze kunnen niet aan de slag, ze hebben geen tolken, CGGZ zit al vol voor 2 jaar...waar zit je dan.’

Alle artsen zagen een psycholoog binnen de praktijk als een sterke meerwaarde.

‘Ik denk nog het meest aan psychologen in je multidisciplinair team. Ik geloof nu echt dat dat iets is dat binnen het multidisciplinair team zou kunnen werken, meer nog dan maatschappelijk werk. Omdat daar al instanties voor zijn. Een psycholoog is niet iets wat op de eerste lijn toegankelijk bestaat. Zo alleen voor OCMW cliënten bestaat het.’

Een versterking van de eerstelijnspsychologie zou kunnen vermijden dat mensen ooit in de tweede lijn of in een opname terecht komen en is dus belangrijk voor preventie.

De meeste artsen vonden het recente proefproject eerstelijnspsychologen in Gent een goed initiatief maar zaten met de schrik dat die binnen de kortste keren ook overspoeld gaan worden, zoals eerder in de CGGZ en bij de mobiele teams het geval was. Een goede indicatiestelling voor de ELP is daarom van groot belang.

‘Ik denk dat mensen met een zware psychiatrische diagnoses (bipolaire stoornis, zware depressie) niet gebaat zijn met een ELP maar chronische zorg nodig hebben. Maar er zijn omstandigheden, periodes, levensfaseproblemen waar mensen baat kunnen hebben aan een korte interventie, een paar gesprekken.’

4.6.1.3 Groepsoverleg binnen de praktijk met een psychiater

In 1 WGC was er op tweewekelijkse basis een overleg onder begeleiding van een psychiater. Hierbij kwamen casussen omtrent psychosociale problematiek aan bod. Het draait niet zozeer om de diagnostiek of behandeling, maar wel hoe je er als arts mee moet omgaan.

4.6.1.4 Vlottere doorverwijzing naar de tweede lijn

Tot recent liepen de wachttijden in CGGZ voor de meest frequente zorgvragen (angst, depressie) soms op tot 18 maand. Per 1 september 2013 is het voor bepaalde zorgvragen niet meer mogelijk om op een wachtlijst te komen. Veel artsen blijven dan de patiënten zelf zien, vaak bij gebrek aan alternatief.

‘Ja die wachttijden in CGGZ zijn echt wel een probleem, heel veel mensen blijven er tussenin hangen. Ik heb zo mensen die ik regelmatig terug zie. Uiteindelijk gaat het dan wel weer en hoeven ze soms niet meer doorverwezen te worden. Die vraag, die situatie was er op dat moment wel. Maar er zit zo een opstopping in die wachtlijsten dat je dan vaak die mensen zelf ziet, een beetje moet activeren, toch aan het werk houden...’

Algemeen gesproken is het gemakkelijker om een patiënt bij een psychiater te krijgen dan bij een psycholoog, zeker wat betreft wachttijden. Voor veel patiënten blijft er natuurlijk een financiële (beperkt aantal psychiaters die met derdebetalerssysteem werken) maar ook psychologische drempel.

Huisartsen gaven wel aan dat het vaak bij een medicamenteuze behandeling blijft en dat er weinig psychotherapie aan te pas komt.

Als mensen dringend moeten opgenomen worden is het vaak moeilijk om een plek te vinden in psychiatrische ziekenhuizen.

‘Als er acuut wat is dan bel je ziekenhuizen, maar dan moet je 3-4 centra bellen eer je wat vindt. Bij de derde heb ik iets van sorry, ik heb echt iemand die moet opgenomen worden, als jullie geen plek hebben, dan moet jullie arts ze maar beoordelen en naar een ander ziekenhuis overbrengen, want ik moet haar nu kwijt en ik ben bezig met m'n spreekuur.’

4.6.2 Persoonlijke ondersteuning van de huisarts

In groep werken werd als een beschermende factor gezien. Het biedt de mogelijkheid om te ventileren onder elkaar, zaken te overleggen, patiënten te delen of zelfs te verwijzen naar een collega.

‘In ons artsenoverleg, als er zo eens een situatie is die je dusdanig aangrijpt, dat je zo wat vastzit, van “hoe moet ik daar mee om”, dan kan je dat even delen met collega’s. Soms gaan die geen bruikbare suggesties doen, maar gewoon even herkennen van “inderdaad dat is lastig”, en dan kun je ook weer voort. Ik vind dat zeker een voordeel om in je eigen discipline met meerderen te zijn en dan met het multidisciplinair samenwerken is ook voor psychosociale problemen een zeer grote meerwaarde.’

Een patiënt delen met een collega kan er voor zorgen dat je niet ‘onmisbaar’ wordt.

‘Vaak ben jij dan de enige persoon die die situatie kent en dat is niet goed. Voor de patiënt niet, want bij iemand anders die zo’n complex dossier niet beheert, kunnen ze nooit een echt constructief voorstel krijgen. Nooit zo goed als jij het zou kunnen doen. Dan word je zelf zo onmisbaar, wat voor jezelf een gevaarlijk gevoel is om er te blijven zijn voor mensen. Als je weet dat het een complex dossier is, dan delen we dat, zijn we met 2 artsen. En we wisselen elkaar af.’

‘Je kan niet blijven werken met iemand waarvoor je op de duur totale irritatie voelt, dat is onmogelijk. Dan verwijs ik door naar een collega.’

Artsen zijn nogal geneigd om zich sterk te houden, zelf niet snel aan te geven als hen iets te veel wordt.

‘Ik denk dat er veel meer aandacht moet zijn ook voor de zorg voor zorgverleners. En niet alleen cursussen over hoe moet ik omgaan met psychosociale problematiek. Maar veel meer de kwetsbaarheid durven toegeven van de zorgverlener. Dat taboe een beetje doorbreken. Dat een huisarts een supermens zou zijn. Geen enkele huisarts heeft geen kwetsbaarheden, die ergens resoneren bij een patiënt. We komen met zo veel thematieken in contact, waar er altijd iets zal zijn waarop je resoneert.’

4.7 TIPS OVER HOE JE ALS HUISARTS MET PSYCHOSOCIALE ZORG KAN OMGAAN

Op het einde van het interview werd de vraag gesteld of de artsen nog tips hadden over hoe je als arts kunt omgaan met psychosociale zorg. Veel van deze passen binnen de principes van een goede arts-patiëntrelatie en psychotherapeutische counseling.

4.7.1 Aandacht voor de arts- patiënt interactie en persoonlijk functioneren

Grenzen stellen

‘Hoewel ik heb moeten leren op die 7 jaar tijd, om af te grenzen, consulten niet langer te maken dan nodig, om jezelf te beschermen.’

Niet alle zorgen op jou nemen

Tijdens het consult komen vaak, al dan niet vanuit de ICE, psychosociale elementen naar boven. Maar daar hoeft je als arts niet altijd op in te gaan. Ook is het beter om af te stappen van het idee dat jij alles moet gaan oplossen.

‘Als je jong bent en er komt iemand bij u die dat bordje brengt met dat probleem op, dan ben je erg geneigd om dat bizar gevoel te hebben dat je dat probleem moet aanpakken. Ik kan heel gemakkelijk dat aapje dat ze op mijn schouder willen zetten, terug op hun schouder zetten. Dat is door een leerschool gekomen. Je moet er niet altijd 100% op ingaan, je moet goedweten wat jouw eigen taak als huisarts blijft, als het te moeilijk wordt voor je, of te intens dat je kunt doorverwijzen. Dat je alleszins niet het gevoel moet hebben dat je voor hen moet zorgen, zoals ik zei als ze dat aapje bij jou zetten, moet je het gewoon kunnen terugzetten.’

Verschillende inzichten komen pas na enkele jaren ervaring.

‘Ik heb niet het gevoel van ik moet dat hier nu oplossen. En dat dacht ik vroeger wel. Dat is een groot verschil met de eerste 5 jaar. Dat is pas gemakkelijker geworden na 10 jaar.’

‘Het is niet omdat mensen het aan jou komen zeggen, dat je de enige vertrouwenspersoon bent, of dat je de enige bent die daar iemand zou in kunnen begeleiden. Je kunt echt wel beroep doen op netwerkers, mantelzorgers, die allemaal hun steentje bijdragen.’

Afstand houden – de juiste empathie

Voldoende afstand houden, je voldoende los kunnen maken van de patiënt is van belang. Neem het niet mee naar huis.

‘Ooit kreeg ik het verwijt van een patiënt: jij luistert wel naar mij dat is allemaal goed en wel, maar ben ik buiten en je bent mij vergeten. Maar zo moet het zijn. Je moet je kunnen focussen op het moment en als je praktijk gedaan is, focus op iets anders. Ga je naar de voetbal, focus je op de voetbal, ga je naar de cinema, focus je daarop, draag je praktijk niet mee naar de cinema.’

Ventileren kan goed zijn, maar je kan er beter ook niet in overdrijven.

‘Ventileren tot op zekere hoogte, maar niet herkauwen. Als je alle problemen nog eens herhaalt, neem je het mee in je rugzak.’

Kies voor de juiste vorm van empathie. Zorg dat je de gevoelens van de patiënt niet te veel op jou gaat nemen, laat je als het ware niet ‘besmetten’ door de gevoelens van de patiënt.

Het is van belang om van jezelf te weten hoe je op bepaalde patiënten reageert, dat je je bewust bent van de emoties die patiënten bij jou kunnen opwekken.

‘Ik denk dat het belangrijkste is om je zelf beter te leren kennen, zo wat dieptewerk te doen in jezelf bijv. aan de hand van mindfulness. Uw radar voor patiëntencontacten die je belasten of die je emotioneel uitzuigen, wordt heel veel gevoeliger gemaakt, zodat je sneller gaat doorhebben van er zit hier iets mis. Je wordt veel sneller bewust van dingen waarbij je zelf niet goed voelt. Als je dat niet door hebt, dan ben je aan het voortrollen op een pad dat je uiteindelijk afmat tot je er bij neervalt en

misschien is dat dan burn-out. Terwijl als je vroeg genoeg doorhebt, dit pad is niet goed voor mij, dan kan je een andere weg inslaan. Kan je iets anders doen met jezelf, met je patiënt of met je praktijk. Maar dan kan je keuzes maken. Terwijl als je van jezelf niet beseft dat je niet goed aan het gaan bent ...dan stelt er zich geen keuze voor. Ben je gewoon aan het verder rennen in dezelfde richting. De tool ligt bij jezelf, om gevoeliger te worden voor wat er leeft bij jezelf.'

Zelf oog hebben voor je draagkracht/draaglast verhouding.

'Ik denk dat het helpt als je eigen privéleven goed loopt, dat je weerbaar bent, dat je zelf niet draaglast/draagkracht zo aan het kwakken bent, omdat die emoties dan snel die draaglast doen stijgen. Dus dat betekent : tegenover die psychosociale "niet goed" gevoelens moeten "goed"gevoelens staan daar buiten. Dat kun je doen door die dingen daar buiten intenser 'opladend' te maken. Misschien door sport of dingen met je gezin die je leuk vindt of gewoon de verdeling van de tijd te bewaken dat je met elk bezig bent. Als het ene je afmat en het andere is neutraal, heb je veel neutraal nodig, om een beetje afmattend te krijgen. Is je leven daar buiten 'waaw het leven is mooi', ok dan kun je misschien wat meer uren bezig zijn met dingen die je meer belasten, dus dat is ook een persoonlijke voorwaarde om daar mee om te gaan, dat je voor de rest goed spoort.'

4.7.2 Aangepaste doelstellingen

Niet te oplossingsgericht denken – erkennen dat er geen oplossing is

'De meeste huisartsen lijken te functioneren als oplossingsgerichte denker, willen voor alles direct een antwoord. Uit dat patroon moet je kunnen stappen op die momenten.'

'Oplossingsgericht denken dat dat niet pakt in zo'n soort situaties, als je daar dezelfde protocollen probeert toe te passen als voor strikt somatische zaken, zo werkt dat niet.'

'Ik denk als je huisartsgeneeskunde ziet als somatische zaken oplossen, afronden, ja dan kan ik me voorstellen dat psychosociale problematiek niet zo fijn is en dat je zoiets hebt van oh nee niet weeral. Ik denk als je ingesteldheid is dat dat er nu eenmaal bij hoort en dat dat ook kan, de geschikte plaats is om het bespreekbaar te maken, dan ga je daar op voorhand niet al negatief naar kijken. Ik denk als je je gewoon open stelt van het kan, het mag, dat dat misschien al goed is. Focus niet op het probleem, op oplossingsgericht, maar op het traject begeleiden. Mensen zijn niet alleen maar hun psychiatrisch probleem of hun sociaal probleem, ze hebben ook andere zaken in hun leven die doorlopen en het speciale aan huisartsgeneeskunde is dat die dingen elkaar kunnen ontmoeten.'

Pas je doelstelling aan en probeer je rol anders te definiëren.

'Als je doel is om al die problemen op te lossen, dan denk ik dat je het foute doel voor ogen hebt en dat je veel meer risico hebt op burn-out dan als je denkt ik ga gewoon die persoon in zijn kracht laten en kijken hoe ik die op dat vlak kan begeleiden.'

'Leg je verwachtingen niet te hoog, hoop niet dat de patiënt geneest.'

De draagkracht van de patiënten vergroten

'Het is wel zo dat veel problemen onoplosbaar zijn, of zeker niet direct op te lossen, maar dan denk ik dat het onze taak is om de draagkracht te verhogen of om hen handvaten te geven om er om mee om te gaan. Hoe groot dat de problemen dan ook zijn. Ik voel wel soms iets van uitzicht of machteloosheid, maar dan probeer ik mijn rol anders te definiëren, niet van zozeer een oplossing te vinden maar de draagkracht van de mensen vergroten.'

Erkennen dat er geen oplossing is en dat dan ook zo overbrengen naar de patiënt, kan een hulpmiddel zijn.

‘Maar dat erkennen dat er geen oplossing is, dat is even slikken, en dat vereist denk ik een vaardigheid. Ik denk dat je die kunt aanleren. Ik denk dat er bepaalde technieken kunnen gebruikt worden vb. uit mindfulness.’

‘Misschien moeten we dat ergens uitspreken, dat we dat niet gaan kunnen oplossen. Dat vereist even een durf, van het spijt me, maar dit probleem ga ik nooit voor u kunnen oplossen. Dat kunnen uitspreken vereist ook een zekere maturiteit in je handelen. Je kunt niet alles oplossen en dat uitspreken is ook belangrijk voor de patiënt, voor het consult gedrag daarna.’

Zie inspanningen los van het resultaat

‘Ik ben verantwoordelijk voor wat ik doe, maar niet voor het resultaat. Ik kan u stimuleren om te stoppen met drinken, maar jij kan dronken met je auto rijden en tegen een boom rijden. 1 van de methodes die ik toepas is dat ik mijn resultaat loskoppel van mijn inspanning. Ik kan tevreden zijn met een inspanning, los van de resultaten. En dat is ook een methode om niet onderuit te gaan.’

4.7.3 Overige

Ga niet op om het even welk moment dieper in op psychosociale problematiek. Situeer de patiënt binnen de cirkel van gedragsverandering. Kies het geschikte moment om psychosociale problematiek uit te werken.

‘Dat je bij die psychosociale consulten niet zomaar gelijk wanneer moet graven. Je moet ergens weten van “het is nu de moment om dieper te gaan of niet”. Ergens een stuk dat durven afgrenzen. Ik kan dat tegenwoordig wel voelen, als er iemand bij mij zit met psychosociale problemen, maar dat het geen enkele zin heeft om daar dieper op in te gaan. Dan heeft het ook geen zin om daar energie aan te hangen. Dan moet je helaas even op een oppervlakkiger niveau blijven. Ergens omdat je weet dat op dat moment de patiënt er niet aan toe is om een vooruitgang te maken.’

Soms kan het helpen als je het moeilijke gedrag van de patiënt kunt zien als een deel van zijn pathologie.

‘Ok dat is zo’n patiënt, dat hoort bij de pathologie. Terwijl iemand anders, van wie ik niet weet, die zich zo gedraagt, dat is veel zwaarder omdat ik dan niet goed weet waarom iemand zich zo gedraagt, je begrijpt dat niet goed. Terwijl als je het kunt kaderen in een psychiatrische problematiek, dat helpt mij om er mee om te gaan.’

Voldoende afwisselend werk kan fungeren als buffer.

‘Zo wat dingen tussendoor, wat afwisseling, je moet niet alleen maar psychosociale patiënten zien, je moet ook af en toe een uitstrijkje doen, spiraaltje steken. Die afwisseling vind ik belangrijk, anders wordt het echt wel te zwaar. Als iemand heel veel ventileert, voel je daar wel in mee, het moet niet de hele dag zo doorgaan. Daarom wat afwisseling met luchtigere dingen. Daar hoeft je minder bij na te denken, dat is meer technisch, meer routine. Het is voor jezelf ook wel fijn als je af en toe wat kan ademen.’

‘Als ik een beroep zou willen hebben dat alleen maar over psychosociale zorg gaat, dan had ik een andere job gekozen vb. maatschappelijk werk of psycholoog. Terwijl ik nu de combinatie best wel ok vind. Een hechting, een gynaecologisch onderzoek, een verdere uitwerking van iets anders, dat brengt ook allemaal afwisseling. Dat bloedonderzoek dat klopt hier niet en dat je dan toch eens verder moet

gaan zoeken. Dat is op een andere manier, dat je kennis nog eens getoetst wordt.'

Zorg voor voldoende bezigheden naast je praktijk, hobby's, loopbaandiversificatie (lesgeven, stagiairs opleiden...)

'Ik ben altijd van het principe geweest dat huisartsgeneeskunde een job is, maar dat je daarnaast iets anders moet doen. Zorg dat je genoeg poten hebt onder je stoel, als er 1 afbreekt, heb je nog genoeg om niet om ver te vallen.'

Zie de psychosociale context als verrijking. Aandacht voor het psychosociale kan je ook net behoeden voor burn-out, omdat het zorgt voor variatie, het maakt elke patiënt uniek.

'Dat is ook het mooie er aan, dat het zo veel complexer is, dat is het menselijke, dat is het andere facet van psychosociale problematiek, dat je daar ook de mooie kanten van het leven door ziet. Want uiteraard als het gaat over psychosociale problematiek, zit je niet alleen over miserie te spreken maar over al het psychosociale. Ook over dingen die de draagkracht verhogen. En daardoor wordt elke patiënt anders.'

'Zien waar komt die spanningshoofdpijn vandaan, ok dan weet je niet wat je tegenkomt, maar je maakt plots wel contact met mensen. En je ziet dat mensen ook met veel andere dingen bezig zijn, en dan heb je weer aanknopingspunten om wel iets constructiefs met die spanningshoofdpijn te doen misschien. En het maakt vooral dat elk contact weer anders is. En persoonlijk wordt. Je kiest daar een stuk zelf voor, hoe rijk dat je je job zelf wilt maken. Namelijk hoe geïnteresseerd je in het patiënten spoor bent. Hoe meer patiënten spoor denk ik hoe meer diversificatie in je job en hoe meer dat je verwonderd bent over wat mensen allemaal kunnen zijn en kunnen tegenkomen.'

5 DISCUSSIE

5.1 VERGELIJKING RESULTATEN EN LITERATUUR

5.1.1 *Wat is er belastend aan psychosociale zorg?*

Net zoals in de literatuur bleek uit de interviews dat de ene huisarts meer affiniteit heeft met psychosociale problematiek dan de andere. Dit heeft een belangrijke invloed op de mate waarin huisartsen psychosociale zorg als belastend ervaren. Hoe hoger de affiniteit voor psychosociale zorg, hoe meer belastend.^{4,32}

Het feit dat psychosociale problematiek de objectieve werkbelasting verhoogt door frequentere en langere consulten, werd in de interviews bevestigd.⁴ Als de werkdruk groter is (bijvoorbeeld tijdens een griep epidemie), vonden artsen psychosociale consulten extra belastend.

In de literatuur is aangetoond dat gebrek aan wederkerigheid -zoals eerder gedefinieerd - een oorzaak is van subjectieve werkbelasting bij psychosociale zorg.²⁴ Daarnaast wordt beschreven dat patiënten die somatiseren, subjectief als belastend worden ervaren.²² Deze twee factoren komen ook naar voor in de interviews. Daarnaast kwamen enkele nieuwe elementen aan het licht die niet expliciet in de literatuur vermeld worden. De geïnterviewde artsen meldden dat er bij psychosociale zorg meer grensoverschrijdend gedrag is, dat het om complexere zorgvragen gaat en dat de doelstelling van de arts en die van de patiënt vaak uiteen liggen. Veel hangt af van de soort pathologie. De zogenaamde As I-problematiek zoals bijvoorbeeld een burn-out of levensfaseprobleem werden als minder belastend gezien dan echte psychiatrische pathologie bijvoorbeeld een persoonlijkheidsstoornis. De eigenschappen van de patiënt en zijn medewerking bepalen voor een stuk of het als belastend wordt gezien of niet. Dit heeft opnieuw te maken met wederkerigheid.

De belasting door psychosociale zorg wordt beïnvloed door factoren die bij de arts zelf liggen. In de literatuur worden in dit verband een gebrek aan opleiding en aan evidence based richtlijnen²⁵, het feit dat psychosociale zorg een andere soort energie vraagt en de ongewenste effecten van empathie vermeld. Deze invloedsfactoren kwamen in de interviews terug. Het onderzoek leverde enkele meer specifieke redenen op waarom psychosociale zorg belastend kan zijn voor huisartsen. Het feit dat je als arts vaak geen invloed hebt op psychosociale problematiek, dat je bij dit soort zorg minder op 'automatische piloot' kunt werken o.a. door het gebrek aan richtlijnen en door de complexiteit van psychosociale problematiek. Psychosociale zorg heeft een grotere emotionele impact op de arts zelf. Dit houdt dan weer verband met empathie. Sommige artsen vermeldde gevoelens van onmacht, frustratie, ergernis bij psychosociale zorg, wat de subjectieve belasting kan verhogen. Bepaalde situaties kunnen herkenbaar zijn voor de huisarts en zijn daarom meer belastend. Vermoeidheid, je zelf niet goed in je vel voelen, zelf met een aantal psychische en/of sociale problemen zitten, maken je als arts extra kwetsbaar voor dit soort belasting.

Te familiaal omgaan en te veel meegaan in het verhaal van de patiënt (affectieve empathie) werden benoemd als valkuilen binnen de psychosociale zorg. Alle geïnterviewde artsen konden zich voorstellen dat in sommige gevallen de belasting door psychosociale zorg kan bijdragen tot een burn-out.

5.1.2 Hoe kan de belasting door psychosociale zorg verminderd worden?

5.1.2.1 Beperkter psychosociaal takenpakket van de huisarts – betere doorverwijsmogelijkheden

Bijna alle artsen gaven aan dat het - zeker om overbelasting te voorkomen- van belang is dat je voor jezelf uitmaakt wat je gaat doen na het detecteren van een psychosociale nood. Ga je hier zelf verder mee aan de slag of verwijs je door? Een randvoorwaarde voor dit laatste is de beschikbaarheid van doorverwijsmogelijkheden.

De geïnterviewde artsen deden vooral een oproep voor toegankelijke psychologen in de eerste lijn. 10 van de 11 artsen vonden dat eerstelijnspsychologen in een groot aantal gevallen psychosociale zorg van huisartsen zouden kunnen overnemen. Maatschappelijk werk al dat niet geïntegreerd in de praktijk zou taken op het vlak van administratie, ontrafelen van psychosociale problematiek, van de huisarts kunnen overnemen. In één bepaald WGC werd een overleg met een psychiater voorzien, wat voor de artsen als ondersteunend werd ervaren.

Het ontoereikende aanbod van de CGGZ werd als een groot probleem gezien. Bij gebrek aan alternatief volgen artsen vaak zelf deze patiënten op hoewel zij gelimiteerd zijn qua kennis en expertise. Een vlottere doorstroming naar de tweede lijn zou zowel patiënt als huisarts ten goede komen.

5.1.2.2 Betere opleiding en ondersteuning van de huisarts

Huisartsen beter opleiden omtrent psychosociale zorg zal hun competenties op dit domein versterken en voorkomen dat ze door een gebrek aan kennis psychosociale zorg als belastend gaan ervaren. Anderzijds stelt zich de vraag of huisartsen zich wel met psychosociale interventies moeten inlaten. Dit hangt grotendeels af van de beschikbare tijd hiervoor, de kosten, persoonlijke interesse en competenties van de huisarts. Er is ook weinig geweten over de mogelijke schadelijke effecten van psychosociale interventies door huisartsen.²⁵ Niet alleen theorie over de pathologie, maar ook hoe je er als arts mee omgaat, is van belang. Zo kan het interessant zijn om te weten wat bijvoorbeeld bepaalde psychiatrische ziektebeelden met je doen binnen de arts-patiëntrelatie zoals in het geval van persoonlijkheidsstoornissen.

Uit de interviews bleek dat empathie een rol speelt bij de belasting door psychosociale zorg bij huisartsen. In de opleiding wordt veel aandacht besteed aan empathisch luisteren. Een mogelijk ongewenst effect hiervan is dat artsen soms te sterk meegaan in het verhaal van de patiënt. Dit kan leiden tot zogenaamde compassion fatigue. Het aanleren van klinische empathie die het midden houdt tussen cognitieve en affectieve empathie, zou huisartsen kunnen behoeden voor ongewenste effecten van empathie.

Daarnaast formuleerden de geïnterviewden nog enkele praktische tips hoe je als arts kan voorkomen dat psychosociale zorg te belastend wordt. Veel van deze elementen zijn basisprincipes van een gezonde arts-patiëntrelatie en psychotherapeutische counseling. Wat niet goed is voor de hulpverlener is doorgaans op lange termijn ook niet goed voor de patiënt. Inzicht in de arts-patiëntinteractie, aandacht voor je persoonlijk functioneren, grenzen stellen, aangepaste doelstellingen zijn persoonlijke strategieën om met psychosociale zorg om te gaan.

5.2 AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK

Het risico voor burn-out bij huisartsen is groter dan in andere beroepsgroepen. Er is een belangrijke uitstap uit het beroep en er dreigt een schaarste doordat binnenkort veel huisartsen bijna de pensioengerechtigde leeftijd bereiken. Overbelaste artsen functioneren minder goed. Preventie van burn-out en overbelasting bij huisartsen is dus zowel in het belang van de beroepsgroep als van de algehele volksgezondheid.

Een uitbreiding van de geestelijke gezondheidszorg is noodzakelijk om aan de toenemende psychosociale noden te voldoen, maar ook om te voorkomen dat huisartsen te veel psychosociale zorg moeten ondervangen en hierdoor overbelast kunnen raken. De aanwezigheid van een goed uitgebouwde en terugbetaalde eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (psychologen, maatschappelijk werk, psychiatrische thuiszorg) zou huisartsen toelaten hun rol op psychosociaal vlak bescheidener te definiëren. Vooral terugbetaalde eerstelijnspsychologen zouden heel wat taken op het gebied van psychosociale zorg van de huisarts kunnen overnemen en zijn er bovendien beter voor opgeleid. Bij toereikende doorverwijsmogelijkheden zouden huisartsen voor een stuk zelf kunnen bepalen in welke mate zij instaan voor psychosociale zorg.

Het gevaar van affectieve empathie is iets wat in de opleiding geneeskunde en in bijscholingen in bod kan komen. Het principe van intervisie zou binnen de LOK aangeboden kunnen worden.

5.3 BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK – IMPLICATIES VOOR VERDER ONDERZOEK

Het vooropgestelde man/vrouw evenwicht en een evenredig aantal WGC- en niet-WGC-artsen werd niet bekomen. Artsen die in een WGC werken hebben vaak meer interne doorverwijsmogelijkheden in het kader van psychosociale problematiek (maatschappelijk werk en/of psycholoog in huis). WGC-artsen hebben mogelijk ook meer interesse in psychosociale zorg. Anderzijds kan het dat in een WGC een hogere concentratie aan psychosociale problematiek heerst en daardoor een grotere belasting vormt. Een nomenclatuurnummer voorzien voor bepaalde psychosociale interventies werd niet vernoemd. WGC-artsen die in een forfaitair systeem werken, zullen hier misschien niet direct aan denken. Het feit dat slechts 1 solo arts werd geïnterviewd, kan mogelijk een onvolledig beeld van de situatie geven. In groep werken werd immers beschreven als een beschermende factor voor dit soort belasting. De geïnterviewde artsen hadden wel een diverse loopbaanduur.

Een grootschaliger onderzoek met ook meer solo-artsen en niet-WGC-artsen zou mogelijk extra elementen kunnen opleveren. Uit de interviews komen al een aantal persoonlijke factoren voor die artsen kwetsbaar maken voor dit soort belasting. Vermoedelijk zijn er nog andere invloedsfactoren die door de beperkte omvang van dit onderzoek niet aan het licht gekomen zijn. Het betreft een complexe interactie tussen arts-, patiënt- en klacht karakteristieken die moeilijk van elkaar te onderscheiden zijn. Daarnaast zou het effect van bepaalde interventies zoals een terugbetaalde eerstelijnspsycholoog, maatschappelijk werk binnen huisartsenpraktijken, op de werkbelasting bij huisartsen gemeten kunnen worden.

Vragenlijst

PERSONALIA

1. Leeftijd:
2. Geslacht: man – vrouw
3. Aantal jaren werkzaam als huisarts:
4. Praktijkvorm: solo – duo – groep – WGC / wijk:
5. Heeft u de afgelopen jaren bijscholing gevolgd omtrent psychosociale problematiek: ja - neen
6. Zou u graag meer - minder – gelijk met psychosociale zorg bezig zijn?

BELASTING DOOR PSYCHOSOCIALE ZORG?

1. Vindt u dat het psychosociale zorg verlenen uw rol is?
2. Vindt u het op één of andere manier belastend of heeft u het ooit als belastend ervaren?
3. Indien ja, wat maakt het dan belastend, of meer belastend dan bepaalde andere taken?
4. Vindt u dat mensen met bepaalde psychosociale klachten oneigenlijk beroep doen op de huisarts? Kunt u hiervan een voorbeeld geven?
5. Welke emoties wekken patiënten op die komen met psychosociale klachten, en wat doet u daar dan mee?
Hebben die emoties invloed op uw functioneren? (cirkel gedachte – emotie – gevolg)?
6. Kunt u een vb. geven van een patiënt met psychosociale problematiek waar u het nog recent heel moeilijk mee had?
7. Denkt u dat bepaalde eigenschappen u weerbaarder / kwetsbaarder maken voor dit soort belasting?
8. Kunt u zich voorstellen dat de werkbelasting door psychosociale zorg bijdraagt tot een burn-out?

SUGGESTIES VOOR VERMINDERING VAN DE BELASTING

1. Welke strategieën / voorzieningen wendt u aan binnen psychosociale zorg? Wat kan ondersteunend werken?
Verwijzingen
Binnen de praktijk – sociale kaart? – CGGZ? - CAW? – psychiaters? – psychiatrische thuiszorg? – mobile team?
2. Wat zijn de randvoorwaarden voor deze strategieën / voorzieningen? Wat zijn mogelijke knelpunten? (wachtlijsten? Kostprijs?)
3. Zou een terugbetaalde eerstelijnspsycholoog een meerwaarde bieden?
4. Heeft u tips voor artsen die het moeilijk hebben met psychosociale zorg?

7 REFERENTIES

1. Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G. Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak. Health ServicesResearch (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2011.
2. Horst H van der, Vries H de. Van persoonlijke, integrale en continue zorg naar medisch maatwerk. Huisarts en Wetenschap 2001; 5: 226-229.
3. Groenewegen, P en Hutten JBF, Workload and job satisfaction among general practitioners: a review of the literature. Social Science en Medicine 1991; 10: 1111-1119.
4. Van den Berg MJ, Kolthof DJ, de Bakker DH, van der Zee J. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. De werkbelasting van huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2004.
5. Maslach, C en Jackson SE. Maslach burn-out Inventory, Manual Palo Alto: Consulting Psychologist Press 1986.
6. Michaels RM. Physician burnout. Pennsylvania Medicine 1996; 5: 18-21.
7. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. Lancet 2009; 28: 1714-21.
8. Brauw, M. de. Medici hebben een stressvol bestaan. Medisch Contact 1998: 965-968.
9. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. Family Practice 2008; 25: 245-65.
10. Hansez I, Mairiaux P, Firket P, Braeckman L. Recherche sur le Burnout au sein de la population active belge: rapport final. SPF Emploi 2010.
11. Fédération des MaisonsMédicales. Le burn-out: quand s'ouvrent les portes du vide... . Santé Conjuguée 2005(32).
12. Doctors get ill too. Editorial The Lancet 2009; 28: 1653.
13. Meijer SA, Zantinge EM, Verhaak PFM. Evaluatie versterking eerstelijns GGZ , NIVEL 2004.
14. Visscher A, Laurant M, Schattenberg G, Grol R. De rol van de huisarts inzake geestelijke gezondheidszorg, de resultaten van een landelijke enquête. Nijmegen: Center for quality of care research, UMC St Radboud 2002.
15. Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S., Bruffaerts R., Brugha T.S. et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatrica Scandinavica 2004; 420: 21-27.
16. van der Werf G, Zaat J. De geboorte van een ideologie: Woudschoten en de huisartsgeneeskunde . Huisarts en Wetenschap 2001; 44: 428-435.
17. Lucassen P, Terluin B. Alledaagse problemen: ook een zaak voor de huisarts . Huisarts en Wetenschap 2001; 44: 550-552.
18. Dowrick C, May C, Richardson M, Bundred P. The biopsychosocial model of general practice: rhetoric or reality? British Journal of General Practice 1996; 46:105-107.
19. Scott A, Wordsworth S. The effects of shifts in the balance of care on general practice workload. Family Practice 1998; 16: 12-17.
20. Sibbald B, Bojke C, Gravelle H. National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. BMJ 2003; 33: 22-25
21. Post D, Calkhoven JE, Krol B, Dijkstra M, Groothoff JW. Groeiend ongenoegen. Een onderzoek onder huisartsen (Increasing discontent. A study among GPs). Medisch Contact 2002; 57: 63-65.
22. Morrison I, Smith R. Hamster health care. BMJ 2000; 30: 1541-1542.

23. Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ* 2002; 32: 472-475.
24. Zantinge EM, Verhaak PFM, Bensing JM. The workload of GPs: patients with psychological and somatic problems compared. *Family Practice* 2005; 22: 293-297.
25. Zantinge EM, Verhaak PFM, de Bakker DH. Does the attention general practitioners pay to their patients' mental health problems add to their workload? A cross sectional national survey. *BMC family practice* 2006; 7: 71.
26. Bakker AB, Schaufeli WB. Patient demands, lack of reciprocity and burn-out: a five-year longitudinal study among general practitioners. *Journal of organizational behavior* 2000; 21: 425-441.
27. Huibers MJ, Beurskens A, Bleijenberg G, van Schayck CP. Psychosocial interventions by general practitioners. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007.
28. Zenasni F., Boujut E., Woerner A., Sultan S. Burnout and empathy in primary care. *British journal of general practice* 2012; 62: 346-347.
29. Truchot D, Roncari N, Bantégny D. Burn out, compliance du patient et retrait psychologique chez les médecins généralistes: une étude exploratoire. *L'encéphale* 2011; 37: 48-53.
30. Nielsen HG, Tulinius C. Preventing burnout among general practitioners: is there a possible route? *Education for primary care* 2009; 20: 353-359.
31. Figley CR. Compassion fatigue: toward a new understanding of the costs of caring. In: Hudnall Stamm B. *Secondary traumatic stress: self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Lutherville, MD: Sidran Press, 1995.
32. Benson J., Magraith K. Compassion fatigue and burnout. The role of Balint groups. *Australian Family Physician* 2005; 34: 497-498.
33. Huggard P. Compassion fatigue: how much can I give? *Medical education* 2003; 37: 163-164.
34. Halpern J. What is clinical empathy? *Journal of general internal medicine* 2003; 18: 670-674.
35. Schers H, Maat C, Ven C van de, Hoogen H van den, Grol R, Bosch W van den. Hoe denken huisartsen over continuïteit in de zorg. *Huisarts en Wetenschap*, 2002; 9: 450-454.
36. WHO (2001). *World health report. Mental health: new understanding, new hope*.
http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf
37. Newman, M. Recommendations for a cost offset model of psychotherapy allocation using generalized anxiety disorder as an example. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000; 68: 549-555.
38. De Maeseneer J, Wittevrongel L, Vincke A, Herman E, Desmyter F, Decroos V. *Onderzoeksrapport eerstelijnspsycholoog*. Vlaams agentschap zorg en gezondheid 2009.
39. Belgische wetgeving
http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1987080732&table_name=wet
40. Poppe E. De functie van de eerstelijnspsycholoog binnen de geestelijke gezondheidszorg: een cruciale schakel binnen de huidige evolutie van vermaatschappelijking van de gezondheidszorg? 2011.
41. Krasner M.S., Epstein R.M., Beckman H., Suchman A.L., Chapman B., Mooney C.J., Quill T.E. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA* 2009; 12: 1284-1293.
42. Rabin S., Maoz B., Shorer Y., Matalan A. Balint groups as 'shared care' in the area of mental health in primary medicine. *Mental health in family medicine* 2009; 6: 139-143.
43. <http://www.riziv.be/care/nl/doctors/specific-information/impulseo/impulseo7.asp>

