

SUÏCIDEPREVENTIE BIJ (HUIS)ARTSEN

EEN ONDERZOEK NAAR SUÏCIDE EN EMOTIONELE PROBLEMEN
BIJ (HUIS)ARTSEN IN VLAANDEREN

HANNE CLAESSENS

SUÏCIDEPREVENTIE BIJ (HUIS)ARTSEN

EEN ONDERZOEK NAAR SUÏCIDE EN EMOTIONELE PROBLEMEN
BIJ (HUIS)ARTSEN IN VLAANDEREN

HANNE CLAESSENS

Beheersovereenkomst Preventie 2012-2016, Agentschap Zorg en Gezondheid - Domus Medica
Vlaams Actieplan Suïcidepreventie
Antwerpen, maart 2016

INHOUD

SAMENVATTING.....	1
ABSTRACT	3
DEEL 1. SITUERING.....	5
1. PROBLEEMSTELLING	5
2. RELEVANTIE.....	5
3. DE DOELSTELLING.....	6
4. DE DOELGROEP	6
5. BEGRIPSOMSCHRIJVING	6
DEEL 2. SUÏCIDE BIJ ARTSEN	8
1. METHODE.....	8
1.1. Opvragen van de data	8
1.2. Doodsoorzaak	8
1.3. De onderzoekspopulatie.....	9
1.4. Het beroep.....	9
2. ANALYSE EN RESULTATEN.....	11
2.1. Het suïcidecijfer	11
2.2. De suïcidemethode.....	14
2.3. Het profiel van overleden artsen door suïcide	14
Geslacht.....	14
Leeftijd	15
Woonplaats.....	15
Burgerlijke staat	16
Leefsituatie.....	16
Beroepstoestand	16
Sociaal statuut.....	17
2.4. Vergelijking in suïciderates tussen artsen en andere beroepsgroepen.....	17
DEEL 3. RISICOFACTOREN VOOR EMOTIONELE PROBLEMEN BIJ ARTSEN.....	21
1. METHODEN	21
2. ANALYSE EN RESULTATEN.....	23
2.1. Profiel deelnemers online bevraging	23
Leeftijd	23
Geslacht.....	23
Woonplaats.....	23
Aantal artsen in de praktijk	24
Lid van Domus Medica.....	24
Emotionele moeilijkheden.....	25
2.2. Theoretisch kader voor risico- en beschermende factoren.....	29
Het stress-kwetsbaarheidsmodel	29
Job Demands-Resourcesmodel	29
Entrapmentmodel	29
Drempelfactoren	30
Suïcidaal gedrag.....	30

2.3. Risicofactoren.....	32
2.3.1. Kwetsbaarheid.....	32
Geslacht.....	32
Leeftijd.....	34
Psychologische factoren/persoonlijkheidskenmerken.....	37
Voorbeschiktheid voor psychiatrische stoornissen.....	40
2.3.2. Uitlokkende factoren.....	43
2.3.2.1. Arbeidsinhoud.....	43
Emotioneel beladen werk.....	43
Diversiteit en complexiteit aan thema's.....	45
Administratie.....	45
2.3.2.3. Arbeidsomstandigheden.....	46
Werkdruk.....	46
Verantwoordelijkheid.....	50
2.3.2.4. Arbeidsvoorwaarden.....	52
2.3.2.5. Arbeidsrelaties.....	53
Relatie met patiënten.....	53
Relaties met collega's.....	54
2.3.3. Beleving.....	58
Medische cultuur.....	58
2.3.4. Drempelverlagende factoren.....	66
Kenniss over en toegang tot geneesmiddelen.....	66
Gebrek aan professionele ondersteuning.....	67
Gebrek aan omkadering.....	69
Gebrek aan kennis en vaardigheden.....	70
Copycat.....	71
Gebrek aan sociale steun van familie en vrienden.....	71
2.3.5. Gewicht van de risicofactoren.....	73
DEEL 4. STRATEGIEËN EN GOOD PRACTICES.....	75
1. METHODE.....	75
2. ANALYSE EN RESULTATEN.....	75
2.1. Strategieën.....	75
2.2. Criteria voor interventies.....	82
DEEL 5. BESPREKING EN CONCLUSIES.....	85
1. BEPERKINGEN EN STERKTES VAN HET ONDERZOEK.....	85
2. SAMENVATTING EN CONCLUSIES.....	86
2.1. De incidentie en aard van suicide bij Vlaamse artsen.....	86
2.2. Risicofactoren voor suicidaliteit en andere emotionele problemen bij (huis)artsen.....	87
2.3. Acties ter ondersteuning van (huis)artsen met emotionele problemen.....	93
3. ALGEMEEN BESLUIT EN AANBEVELINGEN.....	94
FIGUREN EN TABELLEN.....	97
REFERENTIES.....	98
GERAADPLEEGDE BRONNEN.....	101

OMSCHRIJVING

Claessens H. Suïcidepreventie bij (huis)artsen. Een onderzoek naar suïcide en emotionele problemen bij (huis)artsen in Vlaanderen. Antwerpen: Domus Medica; 2016.

PROJECT SUÏCIDEPREVENTIE BIJ (HUIS)ARTSEN

Projectleider	<i>Hanne Claessens</i> , Onderzoeksmedewerker Domus Medica Lange Leemstraat 187, 2018 Antwerpen hanne.claessens@domusmedica.be 03 425 76 76
Interne coördinator	<i>Frans Govaerts</i> (en <i>Rik Baeten</i>), Coördinator Preventie Domus Medica
Stuurgroep	<i>Prof. Dr. Dirk Avonts</i> , huisarts en verbonden aan de Vakgroep Huisarts-geneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg Universiteit Gent <i>Prof. Dr. Gwendolyn Portzky</i> , Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie, Universiteit Gent <i>Dr. Erik Boydens</i> , huisarts en oprichter van Doctors4Doctors <i>Dr. Pieter Quisquater</i> , huisarts en onafhankelijk adviseur <i>Ine Vermeersch</i> , Suïcidepreventiewerker CGG Gent <i>Charlotte Lanneau</i> , Suïcidepreventiewerker CGG Mandel en Leie <i>Dr. Lut De Deken</i> , huisarts en medewerker Domus Medica
Advies	<i>Nikita Vancayseele</i> , Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, Universiteit Gent <i>Eva De Jaegere</i> , Preventiemanager Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie
Ondersteuning	<i>Annemie Verwilt</i> , Domus Medica
Opdrachtgever	Agentschap Zorg en Gezondheid, Vlaams Actieplan Suïcidepreventie
Samenwerkingspartners	Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie Universiteit Gent Eenheid voor Zelfmoordonderzoek Suïcidepreventiewerking van de CGG Doctors4Doctors



VLAAMS ACTIEPLAN
SUÏCIDEPREVENTIE 2012-2020



Vlaanderen
is zorg

SAMENVATTING

Situering: Uit internationale studies is gebleken dat artsen een verhoogd risico lopen op suïcidaliteit. Hierover zijn geen Vlaamse gegevens beschikbaar.

Doelstelling: Dit onderzoek bekijkt de omvang en specificiteit van suïcide onder (huis)artsen in Vlaanderen. De incidentie van zelfdoding bij Vlaamse artsen in de periode 2004-2012 wordt nagegaan. De risicofactoren voor geestelijke gezondheidsproblemen en suïcidaliteit, die gelinkt kunnen worden aan professionele activiteiten, en acties ter preventie van emotionele moeilijkheden en ter ondersteuning van deze beroepsgroep worden weergegeven. We definiëren enkele criteria waaraan interventies ter bevordering van het welzijn van Vlaamse artsen dienen te voldoen.

Methoden: Een analyse van variabelen uit sterftecertificaten van 2004 tot en met 2012 leidde tot gegevens over de incidentie van suïcide bij artsen in Vlaanderen. Suïcide bij artsen en Vlamingen wordt vergeleken a.d.h.v. suïciderates, opgesplitst naar geslacht. Het profiel van de overleden artsen en de vergelijking met suïciderates in enkele andere beroepsgroepen wordt gemaakt. Een literatuurstudie en diepte-interviews met deskundigen geven een beeld van de algemene artsencontext, zowel internationaal als in verschillende specialisaties. A.d.h.v. een digitale postbus, waar huisartsen anoniem ideeën rond suïcidepreventie konden posten, en een online bevraging bij 302 Vlaamse huisartsen werden de bevindingen over de algemene artsenpopulatie getoetst aan de Vlaamse huisartsencontext.

Resultaten: 44 Vlaamse artsen overleden door zelfdoding tussen 2004 en 2012, waaronder 34 personen die nog actief waren in het artsenberoep op het ogenblik van overlijden. Tussen 2004 en 2011 stierven jaarlijks gemiddeld 5,1 Vlaamse artsen, 3,9 mannen en 1,3 vrouwen. Met een gemiddelde jaarlijkse suïciderate van 24,5 suïcides per 100.000 actieve artsen per jaar benaderen artsen de gemiddelde jaarlijkse suïciderate bij Vlaamse 25-65-jarigen in de periode 2004-2008. Mannelijke artsen kennen een lagere suïciderate dan Vlaamse mannen (25 versus 35,1), vrouwelijke artsen worden gekenmerkt door een sterk verhoogde suïciderate tegenover Vlaamse vrouwen (23,7 versus 14,1). Door onvolledige registratie van suïcides en beroepsinformatie blijft dit waarschijnlijk een onderschatting van de werkelijkheid.

De belangrijkste risicofactoren voor emotionele problemen en suïcidaliteit bij artsen zijn de hoge werkdruk, de emotionele en de administratieve taakinhoud, persoonlijkheidskenmerken zoals perfectionisme, groot verantwoordelijkheidsgevoel en faalangst, de hoge verwachtingen in een cultuur die artsen oplegt om een gezond rolmodel te zijn en zorgen voor ineffectieve coping, de druk van collega's en patiënten, het zelfstandigenstatuut, eenvoudige toegang tot geneesmiddelen en het gebrek aan steun en omkadering.

Een mentaliteitswijziging is nodig. Het taboe op geestelijke gezondheidsproblemen in de beroepsgroep dient doorbroken te worden. Samenwerking en intervisie kan dit ondersteunen. De kennis over zelfzorg moet verbeterd worden. Zolang deze mentaliteitswijziging zich niet voltrokken heeft, is vertrouwelijke hulpverlening op maat van de arts nodig. Er is (nog) geen draagvlak voor ontraden van zelfmedicatie en de arbeidsgeneesheer wekt weinig vertrouwen bij artsen. Interventies moeten rekening houden met kwetsbare artsengroepen, hulpverlening

dient laagdrempelig te zijn, moet aandacht hebben voor bijzondere kenmerken van de arts als patiënt en tegelijkertijd moet de arts, indien gewenst, ten volle patiënt kunnen zijn.

Conclusie: Een accumulatie van risicofactoren daagt de kwetsbaarheid van de Vlaamse huisarts uit. Tegelijkertijd verhinderen heel wat drempels een zeker niveau van welzijn. Een mentaliteitswijziging van een onkwetsbare naar een menselijke arts en van peer pressure naar peer support moet zich voltrekken, in combinatie met maatregelen op vlak van de organisatie van de zorg - zowel voor als door (huis)artsen - opdat artsen op een gezonde manier kunnen functioneren en kwalitatieve zorg kunnen leveren. Vertrouwelijke zorg voor artsen moet er binnen het huidige klimaat voor zorgen dat zij de drempel naar hulp durven en kunnen nemen.

ABSTRACT

Background: Previous international studies have shown an elevated suicide risk among physicians. Until this study no data were available to support these findings in Flanders (Belgium).

Objectives: This research studies the size and specificity of suicide among physicians - and among general practitioners specifically - in Flanders. The incidence of physician suicide between 2004 and 2012 was examined. Risk factors for well-being and suicidality linked to the profession, strategies for prevention of emotional discomfort and ways to support this occupational group are explored. Criteria for actions addressing Flemish physicians well-being are outlined.

Methods: An analysis of variables from death certificates in the period 2004 through 2012 delivered data on the incidence of suicide among Flemish physicians. A comparison of physician suicide and suicide among the general Flemish population is made by means of annual suicide rates by sex. The profile of the deceased physicians and a comparison with certain other occupational groups is presented. A literature review and in-depth interviews with experts provide an inside into the general context of doctors, international as well as in different specialisms. Findings from the general population are pretested in a Flemish general practitioner context by means of a digital mailbox, where general practitioners could anonymously post their thoughts on suicide prevention, and an online survey of 302 Flemish general practitioners.

Results: 44 Flemish doctors died by suicide in the period 2004 through 2012, of which 34 were actively engaged in the profession at the moment of death. We saw an average of 5.1 suicides a year in the group of Flemish doctors from 2004 through 2011, 3.9 men and 1.3 women. The average annual rate in active physicians of 24.5 per 100,000 over the period of 2004-2008 comes near to the average annual rate in the Flemish people aged between 25 and 65. The suicide rate of male physicians is lower than that of Flemish men (25 versus 35.1), female physicians are characterized with a strongly elevated suicide rate in comparison to Flemish women (23.7 versus 14.1). Because of incomplete registration of suicide and occupational information, these data probably are an underestimation of reality.

The most important risk factors to emotional problems in physicians are the high workload, the highly emotional and administrative job content, specific personality traits, e.g. perfectionism, high sense of responsibility and fear of failure, high expectations in a culture that commits physicians to be a healthy role model which results in ineffective coping, pressure of colleagues and patients, self-employment, easy access to medication and lack of support.

A change of attitude is needed. The taboo on mental health problems in the profession has to be broken. Cooperation and peer-to-peer coaching can be supportive measures to prevent emotional discomfort and suicidality. Knowledge on self-care has to be improved. Meanwhile confidential assistance tailored to the needs of the physician is required. Discouragement of self-medication cannot find broad support (yet) and occupational medicine does not generate confidence in physicians. Interventions have to take into account vulner-

able groups of doctors, care has to be easily accessible and has to pay attention to specific traits of the physician as a patient and, at the same time, offer physicians the time and possibility to fully be a patient, if desired.

Conclusions: An accumulation of risk factors provoke the vulnerability of physicians. At the same time a number of barriers keep physicians from a certain level of well-being. An attitude change from an invulnerable towards a human doctor and from peer pressure towards peer support is needed, combined with measures on behalf of organization of care, delivered by (family) physicians as well as for them, in order that doctors can function in a healthy way and can deliver qualitative care. Confidential care for physicians must lower the threshold to support in the situation at hand.

DEEL 1. SITUERING

1. PROBLEEMSTELLING

Uit internationale studies is gebleken dat artsen een verhoogd risico lopen om te sterven door zelfdoding (Rosta & Aasland, 2013; Eneroth et al., 2014)). Een onderzoek bij Noorse artsen tussen 1960 en 2000 toont aan dat artsen een lagere mortaliteit hebben dan de algemene bevolking voor alle doodsoorzaken, behalve voor zelfdoding (Aasland et al.; 2011). In de VS sterven elk jaar 300 à 400 artsen door zelfdoding (Sher, 2011). Volgens Dyrbye is de suïciderate bij mannelijke artsen 40% hoger dan bij mannen in de algemene bevolking, bij vrouwen 130% (Schernhammer, 2005; Dyrbye et al., 2008). Volgens Sher lopen mannelijke artsen 70% meer risico dan andere mannen op overlijden door zelfdoding. Bij vrouwen bedraagt dat risico 250 tot 400% (Sher, 2011). Het relatieve suïciderisico bij mannelijke artsen zou 1,1 tot 3,4 bedragen tegenover de algemene bevolking, bij vrouwen 2,5 tot zelfs 5,7. Tegenover andere professionals is dat risico nog hoger: bij mannelijke artsen 1,5 tot 3,8, bij vrouwelijke artsen 3,7 tot 4,5 (Lindfors et al., 2009; Balch et al., 2009; Sher, 2011). De sterfte door zelfdoding lijkt dus hoger te liggen bij artsen dan bij de algemene bevolking én hoger dan bij andere beroepsgroepen, hoewel onderzoek uit Nieuw-Zeeland aantoont dat artsen geen hoog suïciderisico hebben (Skegg et al., 2010) en een studie uit Engeland en Wales in de periode 1979-1995 stelt dat alleen vrouwelijke artsen een verhoogd risico hebben (Hawton et al., 2001). Het probleem ontstaat reeds tijdens de opleiding. Verschillende studies bij geneeskundestudenten rapporteren dat 3 tot 15% van deze studenten een periode van suïcidale ideatie doormaken (Dyrbye et al., 2008).

2. RELEVANTIE

Maatschappelijke relevantie

Onderzoek toont aan dat het welzijn van artsen bovendien een directe invloed heeft op de kwaliteit, efficiëntie en productiviteit van de gezondheidszorg en de patiëntveiligheid (Wallace et al., 2009). Zo leidt burn-out bij artsen, dat op zich aanleiding kan zijn tot suïcidaal gedrag (Dyrbye et al., 2008, Dyrbye et al., 2014), mogelijk tot lagere standaarden, risicovoller voorschrijfgedrag, aanvragen van onnodige tests (Wallace et al., 2009), medische fouten, middelenmisbruik, relationele problemen, ontslag (Dyrbye et al., 2014) en absenteïsme (Wallace et al., 2009). De patiënten van deze artsen zijn minder tevreden en hun therapietrouw is lager (Wallace et al., 2009).

Een project dat zich richt op welzijn van en suïcidepreventie bij artsen bevordert dus niet alleen het welzijn van individuele artsen, maar is ook noodzakelijk voor de kwaliteit van de zorg. Het tekort aan artsen maakt van hun welzijn bovendien een belangrijk topic. Artsen die ontevreden, gestresseerd of burn-out zijn, zijn vaker afwezig, gaan vroeger op pensioen, veranderen sneller van werk of verlaten de geneeskunde helemaal (Wallace et al., 2009). Als artsen tijdelijk of definitief hun praktijk moeten stoppen, betekent dit extra werkbelasting voor collega's en verhoogt ook hun risico op burn-out (Jonckheer et al., 2011).

Wetenschappelijke relevantie

Hoewel de problematiek gekend is, zijn er geen Vlaamse gegevens beschikbaar om het probleem te staven. Cijfers zijn niet beschikbaar en de specificiteit van de Vlaamse context vereist nader onderzoek naar de uitwerking van risico- en beschermende factoren uit

internationaal onderzoek op Vlaamse artsen. De specificiteit van het artsenberoep vereist bovendien een toetsing van de gekende Vlaamse risico- en beschermende factoren aan het medisch beroep. Good practices in suïcidepreventie zijn gedocumenteerd en Vlaanderen vormt daarbij een pionier. De artsenwereld is echter onontgonnen terrein. De eerste initiatieven in Vlaanderen om artsen in (psychische) nood naar hulpverlening te begeleiden, zien sinds kort het daglicht en lijken tegemoet te komen aan een belangrijke behoefte. Met dit onderzoek willen we een bredere waaier van interventies analyseren en komen tot aanbevelingen voor effectieve acties, hetzij omdat ze aangrijpen op belangrijke risicofactoren, hetzij omdat er een draagvlak voor bestaat. Op basis van dit onderzoek stellen we bovendien criteria op voor interventies naar artsen.

3. DE DOELSTELLING

De doelstellingen van dit onderzoek zijn enerzijds het bepalen van de omvang en specificiteit van de problematiek van suïcidaliteit bij (huis)artsen in Vlaanderen. Hiervoor wordt de incidentie van zelfdoding bij artsen in Vlaanderen bekeken gedurende de afgelopen 10 jaar. Risicofactoren die inwerken op Vlaamse (huis)artsen en gelinkt kunnen worden aan hun professionele activiteit worden omschreven.

Anderzijds wil dit onderzoek bijdragen aan een concreet plan met doeltreffende acties om suïcidaliteit bij (huis)artsen te doen dalen. Daarom formuleert dit rapport acties en good practices ter preventie van suïcidaliteit bij (huis)artsen en selectiecriteria voor interventies en bekijkt welke acties bijval vinden bij Vlaamse huisartsen. Op basis van de bevindingen in dit rapport kunnen de meest doeltreffende acties worden uitgetekend in een globaal en integraal plan ter bevordering van het welzijn van artsen.

4. DE DOELGROEP

De incidentie van zelfdoding onder artsen wordt nagegaan bij Vlaamse artsen tijdens de periode van 2004 tot 2012. Cijfers per beroepsgroep zijn niet als dusdanig voorhanden in Vlaanderen en kunnen worden ingeschat a.d.h.v. sterftecertificaten. O.b.v. de huidige registratie is het onmogelijk om het aantal suïcides bij huisartsen te achterhalen a.d.h.v. de gegevens van de sterftecertificaten. Risico-factoren en good practices worden o.b.v. literatuuronderzoek en interviews met deskundigen beschreven voor de algemene artsenpopulatie (nationaal en internationaal en over de verschillende specialisaties heen). Vervolgens toetsen we deze bevindingen aan de mening van Vlaamse huisartsen.

Dit onderzoek geeft dus een idee van de omvang van de problematiek bij Vlaamse artsen, omschrijft de aard van de problematiek bij artsen in het algemeen en Vlaamse huisartsen in het bijzonder. De toetsing die Domus Medica deed bij Vlaamse huisartsen kan herhaald worden bij andere artsen groepen. Op die manier kan een ruimer actieplan opgesteld worden.

5. BEGRIPSOMSCHRIJVING

Er is weinig literatuur of deskundigheid specifiek over suïcidaliteit bij artsen. Daarom maken we, in navolging van Jean Wallace (Wallace et al., 2009), vaak gebruik van het ruimere begrip ‘welzijn’ om het complexe en het multidimensionele karakter van gezondheid van artsen te vatten (Wallace et al., 2009). Bovendien zien we gezondheid van artsen in het licht

van het nieuwe, dynamische concept 'gezondheid' van Machteld Huber dat veerkracht en zelfredzaamheid als uitgangspunt neemt. *'Gezondheid als het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.'* Naast de negatieve kant van geestelijke gezondheid, namelijk burn-out, vermoeidheid, emotionele uitputting, depressie, verslaving, suïcide, belichten we ook gezondheidsbevorderende strategieën en hulpbronnen, wat vaak neerkomt op de afwezigheid van de genoemde risicofactoren.

DEEL 2. SUÏCIDE BIJ ARTSEN

1. METHODE

1.1. Opvragen van de data

Het Agentschap Zorg en Gezondheid beheert de gegevens die geregistreerd worden o.b.v. de aangiften van overlijdens. Domus Medica vroeg de gegevens op van alle overlijdens met doodsoorzaak 'suicide (X60-X84)' en 'ongevallen onbepaalde intentie (Y10-Y34)' voor inwoners van het Vlaams Gewest voor de periode 2004 tot 2013. Van deze overlijdens werden volgende variabelen opgevraagd: doodsoorzaak a.d.h.v. de ICD-10 code (3 digits), jaar van overlijden, geslacht, provincie, geboortjaar, huidige beroepstoestand, sociale staat in laatst uitgeoefende beroep, laatst uitgeoefende beroep(en), burgerlijke staat en leefsituatie. De gegevens van 2013 waren nog niet beschikbaar bij het afronden van de analyses van dit onderzoeksrapport.

De aanvraag bij het Agentschap Zorg en Gezondheid leverde gegevens van 10 694 overlijdens van 2004 tot en met 2012 met doodsoorzaak X60-X84 en Y10-Y34.

De gegevens werden geanalyseerd a.d.h.v. SPSS.

1.2. Doodsoorzaak

ICD-10 codes X60 tot X84 geven suïcides weer, waarbij de overledene zich opzettelijk verwond heeft met de dood tot gevolg. ICD-10 codes Y10 tot Y34 zijn ongevallen met onbepaalde intentie. Bij deze overlijdens is het niet duidelijk of ze het gevolg zijn van intentionele zelfverwonding, een ongeluk of aanval. Omdat verondersteld wordt dat een groot aantal van de overlijdens die geregistreerd worden als overlijdens door onbepaalde intentie, in feite suïcides zijn, en op aanraden van het Agentschap Zorg en Gezondheid werden de data over beide groepen opgevraagd.¹

Onder de data bevonden zich 1008 overlijdens met ICD-10 code Y10 tot Y34, of ongevallen met onbepaalde intentie. Het betreft 10,1% van de suïcides. Onder de personen die te identificeren waren als arts of niet-arts, ging het telkens ongeveer bij 9% van de suïcides om een ICD-10 code Y.

Wanneer in wat volgt gerapporteerd wordt over suïcides bedoelen we dus de verkregen data van het Agentschap Zorg en Gezondheid en dus de overlijdens met doodsoorzaken X60-X84 en Y10-Y34.

1. Bij de publicatie van suïcidecijfers door de Vlaamse overheid worden ICD-10-codes Y10-Y34 vaak vermeld, maar niet systematisch samengeteld met de ICD10-codes X60-X84. De laatste jaren is er een toename van de rubriek Y10-Y34. Het parket sluit vaak enkel uit dat het een doding betrof en spreekt zich niet verder uit, waardoor het onduidelijk blijft of het om een zelfdoding of een ongeval ging. In dit onderzoek worden ook de codes Y10-Y34 meegerekend. Dit betekent waarschijnlijk een overschatting van de cijfers, aangezien niet alle overlijdens met onbepaalde intentie effectief zelfdodingen zijn. Deze overschatting blijft echter beperkt, aangezien het aantal overlijdens met ICD-10 code Y10-Y34 relatief klein is.

1.3. De onderzoekspopulatie

Omdat artsen die het normale studietraject doorlopen, beginnen werken vanaf de leeftijd van 25 jaar, nemen we deze leeftijd als ondergrens voor onze onderzoekspopulatie. In het geval van andere beroepsgroepen zal in de analyse gekeken worden naar de leeftijd vanaf wanneer men dit beroep kan uitoefenen.

Er wordt geen bovengrens gehanteerd wanneer het gaat om het profiel van de overleden artsen door zelfdoding, aangezien een arts zich zeer sterk identificeert met zijn beroep en omdat eventuele persoonlijkheidskenmerken, die het risico op zelfdoding verhogen, ook na de pensioenleeftijd doorwerken. Bovendien was er geen eenduidige leeftijdsgrens te trekken in de data. Er waren gepensioneerde artsen van 56 en 63 jaar en een actieve arts van 70.

Bij de berekening van suïciderates includeren we enkel beroepsactieve personen. Voor overleden artsen en andere beroepsgroepen die in de analyse opgenomen worden, is het beroepsstatuut op het sterftecertificaat doorslaggevend. Voor de populatiegroottes van artsen en andere zorgverleners baseren we ons op gegevens van het RIZIV, namelijk alle beroepsbeoefenaars die tijdens het betreffende jaar meer dan één verstrekking hebben uitgevoerd. De Orde van Vlaamse Balies leverde ons gegevens over advocaten, de Psychologencommissie over psychologen. Wat de Vlaamse populatie betreft hanteren we de pensioenleeftijd van 65 jaar als bovengrens en de leeftijd van 25 jaar als ondergrens (Agent-schap Zorg en Gezondheid, s.d.).

93,1% van de personen die overleden door zelfdoding van 2004 tot en met 2012 waren 25 jaar of ouder.

Tabel 1. Suïcides in Vlaanderen

Jaar	Suïcides	Suïcides bij +25-jarigen
2004	1150	1057 (91,9%)
2005	1188	1118 (94,1%)
2006	1122	1050 (93,6%)
2007	1047	983 (93,9%)
2008	1136	1049 (92,3%)
2009	1219	1142 (93,7%)
2010	1221	1132 (92,7%)
2011	1300	1204 (92,6%)
2012	1311	1218 (92,9%)
Totaal	10694	9953 (93,1%)

1.4. Het beroep

De variabele 'laatst uitgeoefend beroep' betreft een vrij tekstveld op de overlijdensaangifte. Voor elk overlijden van 2004 tot en met 2012 met doodsoorzaak X60-X84 en Y10-Y34 werd deze vrije tekst gecodeerd naar de categorieën 'arts' en 'niet-arts'. Dit betekent dat de vrije tekst voor elk overlijden gelezen werd en dat bewoordingen als 'arts', 'geneesheer', 'dokter'

of verschillende specialisaties werden omgezet in de code 'arts'. Enkele andere beroepsgroepen (advocaat, psycholoog, apotheker, tandarts, kinesist, verpleegkundige) werden op dezelfde wijze gecodeerd. Deze codering ging somsgepaard met een interpretatie door de onderzoeker. Aangezien deze variabele niet steeds werd ingevuld op de overlijdensaangifte, is er naar alle waarschijnlijkheid een onderschatting van het aantal suicides op beroepsniveau.

Het vrije tekstveld 'laatst uitgeoefend beroep' werd dus niet steeds ingevuld of ingevuld met 'onbekend' of 'inconnu'. Het ging om 665 suicides bij +25-jarigen waarbij de variabele niet werd ingevuld en 1059 waarbij het beroep niet gekend was. Dat maakt een totaal van 1724 overlijdens met doodsoorzaken X60-X84 en Y10-Y34 of 17,3% die als 'missing' gecodeerd werden voor de variabele 'laatst uitgeoefend beroep'.

Bij andere overlijdens lazen we 'student', 'zonder' of 'sans' en ook 'invalide' kwam voor. Deze werden wel gecodeerd als 'niet-arts'. Voor deze overlijdens gingen we immers ook het voorlaatst en/of derde laatst uitgeoefend beroep na, maar nergens betrof het volgens deze gegevens een arts. Mogelijk betekent het een onderschatting van het aantal artsen in de analyse. De variabelen 'voorlaatste beroep' en 'derde laatste uitgeoefend beroep' werden slechts heel beperkt ingevuld.

Bij navraag bij het Agentschap bleek dat er sinds 2012 een nieuwe afspraak werd gemaakt bij de data-entry. Als informatie 'laatst uitgeoefend beroep' op het sterftecertificaat het statuut (zelfstandige, bediende, arbeid(st)er, help(st)er, zonder beroep, onbekend) weergaf in plaats van het beroep en dus geen nieuwe informatie aanbracht, wordt dat statuut niet meer overgetypt onder "beroep". Er kan echter niet gegarandeerd worden dat de verantwoordelijke ambtenaar wel degelijk niets heeft ingevuld bij 'laatst uitgeoefend beroep' als het statuut van de overledene identiek was, hoewel dit niet nodig was.

Doordat de manier van registreren vanaf 2012 anders verloopt, dienen we voorzichtig te zijn als we data van 2004 tot 2011 vergelijken met data vanaf 2012. In onze analyse werden personen waarvoor het beroep werd ingevuld zoals het statuut voor 2012 gerekend tot de beroepsgroep 'niet-artsen', vanaf 2012 tot de missings.

2. ANALYSE EN RESULTATEN

2.1. Het suïcidecijfer

Uit de verkregen data berekenden we het aantal overlijdens door zelfdoding bij artsen. We telden 44 suïcides bij artsen over de periode 2004 tot en met 2012. Het hoogste aantal werd geteld in 2010, namelijk 8 zelfdodingen, het laagste, 3, in 2007. Tussen 2008 en 2010 was de sterfte door zelfdoding bij artsen hoger dan in de andere jaren. Over de periode 2004 tot 2011 (2012 niet meegerekend o.w.v. andere registratie methode) tellen we jaarlijks gemiddeld 5,1 zelfdodingen bij artsen, 3,9 bij mannelijke en 1,3 bij vrouwelijke artsen. Vanaf 2008 ligt de sterfte door zelfdoding bij artsen hoger dan in de eerdere jaren. Van 2004 tot en met 2007 bedraagt het gemiddelde aantal zelfdodingen per jaar 3,8, vanaf 2008 tot en met 2011 is dat 6,5. Dat is voornamelijk te wijten aan een stijging van het aantal suïcides onder mannelijke artsen van gemiddeld 2,75 naar 5 per jaar. We zijn ons ervan bewust dat uitspraken over deze groep en trends in deze cijfers o.w.v. de kleine aantallen steeds met omzichtigheid moeten worden benaderd.

Tabel 2. Suïcides bij Vlaamse artsen

Jaar	Mannen	Vrouwen	Totaal
2004	3 (2)	1 (1)	4 (3)
2005	4 (3)	0 (0)	4 (3)
2006	2 (1)	2 (2)	4 (3)
2007	2 (2)	1 (1)	3 (3)
2008	5 (5)	1 (1)	6 (6)
2009	3 (0)	3 (3)	6 (3)
2010	7 (6)	1 (1)	8 (7)
2011	5 (3)	1 (1)	6 (4)
2012	2 (1)	1 (1)	3 (2)
Totaal	33 (23)	11 (11)	44 (34)

Cursief: o.b.v. data van 2012, met andere registratiemethode

Voor de berekening van suïciderates hanteerden we cijfers van beroepsactieve overleden artsen (o.b.v. de sterftcertificaten).

O.b.v. de populatiegroottes verkregen bij het RIZIV en het Agentschap Zorg en Gezondheid werd per jaar het aantal suïcides bij artsen per 100.000 artsen berekend en het aantal suïcides per 100.000 Vlamingen in de leeftijdsgroep van 25-65-jarigen. Om de grote schommelingen te wijten aan de kleine suïcideaantallen onder artsen op te vangen, berekenden we ook de three-year moving averages.

Globaal bekeken zien we een stijging van de suïciderate bij artsen over de periode 2004-2006 tot 2008-2010, gevolgd door een lichte daling in 2009-2011 (o.b.v. three-year moving averages, 2012 niet meegerekend wegens andere registratiemethode). Over de periode van 2004 tot en met 2011 stierven gemiddeld 24,5 artsen per 100.000 artsen per jaar door zelfdoding (25 mannelijke artsen en 23,7 vrouwelijke artsen per 100.000 respectievelijk mannelijke en vrouwelijke

artsen). In die periode was de gemiddelde suïciderate per jaar bij 25-65-jarige Vlamingen gelijkwaardig, namelijk 24,7 suïcides per 100.000 25-65-jarigen, de verdeling naar geslacht verschilde echter sterk (35,1 per 100.000 mannen en 14,1 per 100.000 vrouwen).

De suïciderate (three-year moving average) bij artsen vanaf 2006-2008 ligt hoger dan de rate in de Vlaamse bevolking. Het grootste verschil tussen beide rates zien we in 2008-2010, waar de suïciderate bij artsen 32,3 en die bij Vlamingen 24,8 bedraagt. Tussen de suïciderates bij artsen en bij +25-jarige Vlamingen bestaat een significant verschil voor 2010 ($\chi^2(1)=4,32$; $p<.05$) en voor 2012 ($\chi^2(1)=5,16$; $p<.05$)).

De suïciderate bij mannelijke artsen ligt steeds onder de suïciderate bij Vlaamse mannen (uitgezonderd in 2008, gecompenseerd in het three-year moving average). Het verschil tussen mannelijke artsen en Vlaamse mannen is significant voor 2004 ($\chi^2(1)=5,45$; $p<.05$), 2006 ($\chi^2(1)=15,37$; $p<.001$), 2010 ($\chi^2(1)=4,45$; $p<.05$) en 2012 ($\chi^2(1)=17,90$; $p<.001$). De suïciderate bij vrouwelijke artsen ligt steeds hoger dan die bij Vlaamse vrouwen (uitgezonderd in 2005, gecompenseerd in het three-year moving average) tot (meer dan) het dubbele. Wat vrouwelijk artsen en Vlaamse vrouwen betreft, is het verschil in suïciderate significant in 2006 ($\chi^2(1)=13,26$; $p<.001$) en 2009 ($\chi^2(1)=22,05$; $p<.001$). De suïciderate bij vrouwelijke artsen benadert en overstijgt zelfs de suïciderate bij mannelijke artsen. De sterk verhoogde suïciderate bij vrouwelijke artsen maakt dat de Vlaamse rate en de rate bij artsen over de periode 2004-2011 gelijk wordt, ondanks de lagere suïciderate bij mannelijke artsen.

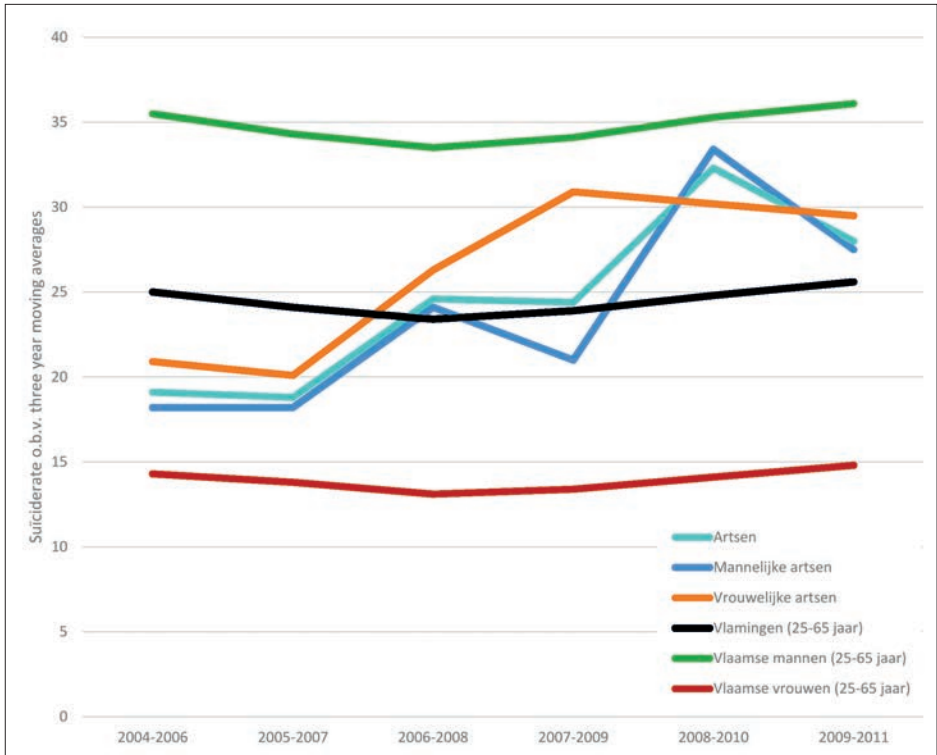
Tabel 3. Suïciderates bij actieve artsen en actieve Vlamingen

Jaar	Artsen			25-65-jarige Vlamingen		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
2004	18,2	21,9	19,3	35,2	13,8	24,6
2005	27,3 (18,2)	0 (20,9)	19,1 (19,1)	36,5 (35,5)	14,8 (14,3)	25,7 (25)
2006	9,1 (18,2)	40,8 (20,1)	18,8 (18,8)	34,8 (34,3)	14,2 (13,8)	24,6 (24,1)
2007	18,1 (24,1)	19,4 (26,3)	18,5 (24,6)	31,5 (33,5)	12,3 (13,1)	22 (23,4)
2008	45 (21)	18,7 (30,9)	36,5 (24,4)	34,1 (34,1)	12,9 (13,4)	23,6 (23,9)
2009	0 (33,4)	54,4 (30,2)	18,3 (32,3)	36,8 (35,3)	15,1 (14,1)	26,1 (24,8)
2010	55,1 (27,5)	17,5 (29,5)	42,1 (28)	35,1 (36,1)	14,2 (14,8)	24,7 (25,6)
2011	27,5	16,7	23,7	36,5	15,2	26
2012	9,2	16	11,7	38,1	13,8	26
Gemiddelde rate	23,3	22,8	23,1	35,4	14	24,8
Gemiddelde rate zonder 2012	25 (23,7)	23,7 (26,3)	24,5 (24,5)	35,1 (34,8)	14,1 (13,9)	24,7 (24,5)

*Three-year moving average gepresenteerd in jaar x is de gemiddelde suïciderate van jaar x-1, jaar x en jaar x+1

Cursief: o.b.v. data van 2012, met andere registratiemethode

Figuur 1. Suïciderates bij actieve artsen en actieve Vlamingen o.b.v. three-year moving averages



2.2. De suïcidemethode

70,4% van de artsen stierf door zelfverwonding, 29,6% door zelfvergiftiging. Onder niet-artsen stierf slechts 12,5% door zelfvergiftiging. Waar bij niet-artsen zelfvergiftiging ook gebeurde a.d.h.v. alcohol en allerhande gassen, dampen en chemicaliën, gebeurde dat bij artsen enkel a.d.h.v. geneesmiddelen.

De voornaamste doodsoorzaak, zowel bij artsen als bij niet-artsen is ophanging, wurging of verstikking (bij 14 van de 44 artsen of bij 31,8%). Bij artsen komt deze doodsoorzaak in verhouding minder vaak voor dan bij niet-artsen en dit verschil is significant ($\chi^2(1)=5,510$; $p<.05$). Bij artsen is de tweede voornaamste doodsoorzaak vergiftiging met geneesmiddelen, namelijk bij 29,6%. Deze komt bijna even vaak voor als ophanging, wurging of verstikking. Bij niet-artsen is deze groep in verhouding veel kleiner, 9,5%. Ook dit verschil is significant ($\chi^2(1)=20,439$; $p<.001$). Sprong voor of tegen een voertuig komt bij artsen ook significant vaker voor dan bij niet-artsen ($\chi^2(1)=4,385$; $p<.05$). Voor de andere doodsoorzaken bestaat geen significant verschil tussen artsen en niet-artsen.

Tabel 4. Doodsoorzaken/methode van suïcide bij overledenen door suïcide onder artsen en niet-artsen in Vlaanderen

Methodedoodsoorzaak	Artsen	Niet- artsen
Zelfverwonding ICD-10 code X70-X84, Y20-X34	70,4%	87,5%
Ophanging, wurging, verstikking	31,8%	49,6%
Sprong voor bewegend voorwerp	11,4%	4,7%
Vuurwapen	9,1%	6,4%
Verdrinking	4,5%	9,6%
Scherp voorwerp	4,5%	1,4%
Rook, vuur, vlammen, stoom, heet voorwerp	0%	0,7%
Stomp voorwerp	0%	0,1%
Sprong, val	0%	3,7%
Ongeluk met motorvoertuig	0%	0,4%
Niet gespecificeerd	9,1%	10,9%
Vergiftiging ICD-10 code X60-X69, Y10-Y19	29,6%	12,5%
Vergiftiging met geneesmiddelen	29,6%	9,5%
Vergiftiging met alcohol	0%	0,2%
Vergiftiging met gas/damp/chemicaliën	0%	2,8%
Totaal	100%	100%

2.3. Het profiel van overleden artsen door suïcide

Geslacht

Suïcide komt meer voor onder mannen dan onder vrouwen (Kerkhof & Van Luyn, 2010). De man-vrouw verhouding in het totaal van suïcides bij 25+’ers tussen 2004 en 2012 bedraagt

71,5% versus 28,5% of 2,5:1. Bij artsen is het overwicht aan suicides bij mannen nog meer uitgesproken dan bij de volledige populatie, namelijk 75 versus 25%. 33 zelfdodingen gebeurden bij mannen, 11 bij vrouwen of 3:1. Het verschil in de verdeling naar geslacht tussen artsen en niet-artsen die overleden door zelfdoding is niet significant.

Tabel 5. Verdeling naar geslacht bij overledenen door suïcide onder artsen en niet-artsen in Vlaanderen

	Mannen	Vrouwen
Artsen	33 (75%)	11 (25%)
Niet-artsen	5843 (71,5%)	2325 (28,5%)

Leeftijd

Veel artsen stierven in de leeftijdsgroep van 45-54 jaar, 38,6% van de overlijdens door zelfdoding bevond zich in deze leeftijdscategorie. Slechts 1 arts stierf door zelfdoding vóór de leeftijd van 35. De oudste arts die suïcide pleegde in de periode 2004-2012 was 80 jaar.

Tabel 6. Verdeling naar leeftijd bij overledenen door suïcide onder artsen in Vlaanderen

	Artsen (%; 95% CI)
25-34	1 (2,3; 0,4-11,8)
35-44	10 (22,7; 12,8-36,9)
45-54	17 (38,6; 25,7-53,4)
55-64	9 (20,5; 11,2-34,5)
65-74	4 (9,1; 3,6-21,1)
75-84	3 (6,8; 2,4-18,2)
85-94	0 (0)
95-104	0 (0)
Totaal	44 (100)

Woonplaats

In Limburg stierven de meeste artsen door zelfdoding, namelijk 31,8% of 14 artsen, gevolgd door Antwerpen met 25% of 11 artsen.

Tabel 7. Verdeling naar woonplaats bij overledenen door suïcide onder artsen in Vlaanderen

	Artsen (%; 95% CI)
Antwerpen	11 (25; 14,6-39,4)
Vlaams-Brabant	7 (15,9; 7,9-29,4)
Limburg	14 (31,8; 20,0-46,6)
Oost-Vlaanderen	6 (13,6; 6,4-26,7)
West-Vlaanderen	6 (13,6; 6,4-26,7)
Totaal	44 (100)

Burgerlijke staat

Er is een relatie tussen burgerlijke staat en suïcidecijfers. Zowel bij vrouwen als bij mannen zijn de suïcidecijfers naar verhouding laag onder gehuwden en ongehuwden, terwijl suïcide vaak voorkomt onder gescheiden mannen en weduwnaren en verhoogd is onder gescheiden vrouwen (Kerkhof & Van Luyn, 2010). Er bestaat wetenschappelijke evidence dat een huwelijk een beschermende demografische factor is voor suïcidaal gedrag (Nock et al., 2008b). De meerderheid van de artsen die stierf door zelfdoding was echter gehuwd, namelijk 56,8% of 25 artsen.

Tabel 8. Verdeling naar burgerlijke staat bij overledenen door suïcide onder artsen in Vlaanderen

	Artsen (%; 95% CI)
Ongehuwd	8 (18,2; 9,5-32,0)
Gehuwd	25 (56,8; 42,2-70,3)
Weduwstaat	2 (4,5; 1,3-15,1)
Uit echt gescheiden	9 (20,5; 11,2-34,5)
Van tafel en bed	0 (0)
Onbekend	0 (0)
Totaal	44 (100)

Leefsituatie

Sociale integratie (familiale steun, verbondenheid) is een beschermende factor voor suïcidaal gedrag (Nock et al., 2008a). Artsen die stierven door zelfdoding maakten in 72,7% (32 artsen) deel uit van een privé-huishouden, slechts 27,3% woonde alleen. Geen van de overleden artsen verbleven in een instelling.

Tabel 9. Verdeling naar leefsituatie bij overledenen door suïcide onder artsen in Vlaanderen

	Artsen (%; 95% CI)
Alleenwonend	12 (27,3; 16,4-41,9)
Privé-huishouden	32 (72,7; 58,2-83,7)
Instelling	0 (0)
Andere	0 (0)
Niet ingevuld	0 (0)
Totaal	44 (100)

Beroepstoestand

Volgens internationale literatuur is werkloosheid een risicofactor voor suïcidaal gedrag (Kerkhof & Van Luyn, 2010; Nock et al., 2008a). Artsen die stierven door zelfdoding waren in 77,3% van de gevallen actief. Een vijfde was gepensioneerd.

Tabel 10. Verdeling naar beroepstoestand bij overledenen door suïcide onder artsen in Vlaanderen

	Artsen (%; 95% CI)
Actief	34 (77,3; 63,0-87,2)
Student(e)	0 (0)
Werkloos	0 (0)
Gepensioneerd	9 (20,5; 11,2-34,5)
Invalide	0 (0)
Zonder beroep	0 (0)
Andere	1 (2,3; 0,4-11,8)
Totaal	44 (100)

Sociaal statuut

86,4% of 38 artsen die stierven door zelfdoding, waren werkzaam als zelfstandige, zoals het merendeel van de artsen.

Tabel 11. Verdeling naar sociaal statuut bij overledenen door suïcide onder artsen in Vlaanderen

	Artsen (%; 95% CI)
Zelfstandige	38 (86,4; 73,3-93,6)
Bediende	4 (9,1; 3,6-21,2)
Arbeid(st)er	0 (0)
Help(st)er	0 (0)
Zonder beroep	0 (0)
Onbekend	1 (2,3; 0,4-11,8)
Andere	1 (2,3; 0,4-11,8)
Totaal	44 (100)

2.4. Vergelijking in suïciderates tussen artsen en andere beroepsgroepen

Naast artsen werden ook enkele andere beroepsgroepen in de hulpverlening nader bekeken. Via een vergelijking tussen beroepsgroepen trachten we tot een zinvolle interpretatie van het aantal suïcides bij artsen te komen. Naast artsen bekeken we nog enkele andere zorgverleners, namelijk tandartsen, kinesisten, verpleegkundigen. Verder kozen we voor apothekers, omdat zij, net als artsen (en verpleegkundigen), toegang hebben tot geneesmiddelen; psychologen omdat zij eveneens een emotioneel belastende jobinhoud kunnen hebben en advocaten omdat zij, net als artsen, een hoge sociaaleconomische status hebben. We bekeken de beroepsactieve overledenen en populaties.

In absolute cijfers zien we de hoogste sterfte door zelfdoding bij verpleegkundigen van 2004 tot 2012. Ook in de beroepsgroep artsen komt suïcide vaak voor in vergelijking met de andere beroepen. We bekijken deze sterftecijfers in verhouding tot het aantal personen dat deze beroepen uitoefent.²

Apothekers kennen over 8 jaar (2012 niet meegerekend o.w.v. de andere registratiemethode) de hoogste gemiddelde suïciderate (86,7 zelfdodingen per 100.000 apothekers). De suïciderate bij artsen ligt bijna steeds significant lager dan bij apothekers, behalve in 2005 wanneer het omgekeerde gold en in 2008 en 2010 wanneer er geen significant verschil tussen beide rates was (2004: $\chi^2(1)=98,781$; $p<.001$, $p<.001$, 2006: $\chi^2(1)=59,682$; $p<.001$, 2007: $\chi^2(1)=16,061$; $p<.001$, 2009: $\chi^2(1)=118,190$; $p<.001$, 2011: $\chi^2(1)=57,857$; $p<.001$). Hieruit kunnen we concluderen dat toegang tot geneesmiddelen en kennis over dodelijke middelen het risico op zelfdoding sterk doet stijgen. Apothekers worden gevolgd door verpleegkundigen, eveneens met een sterk verhoogde suïciderate (gemiddeld 62,9 per 100.000 verpleegkundigen per jaar). De suïciderate bij artsen ligt steeds significant lager dan de suïciderate bij verpleegkundigen, uitgezonderd in 2008. In 2004 en 2006 werd geen significant verschil gevonden (2005: $\chi^2(1)=35,904$; $p<.001$, 2007: $\chi^2(1)=25,999$; $p<.001$, 2008: $\chi^2(1)=4,415$; $p<.05$, 2009: $\chi^2(1)=48,026$; $p<.001$, 2010: $\chi^2(1)=15,135$; $p<.001$, 2011: $\chi^2(1)=47,462$; $p<.001$). Zij hebben toegang tot geneesmiddelen (en dus suïcidemiddelen) en dat de arbeidsomstandigheden van verpleegkundigen van die aard zijn dat zij een verhoogd suïciderisico hebben, konden we reeds veronderstellen o.b.v. onderzoek door IDEWE, waaruit een verhoogd risico op burn-out bij verpleegkundigen bleek (Vandenbroeck et al., 2012).

Tandartsen en artsen hebben een gelijkaardige gemiddelde suïciderate over deze 8 jaar (respectievelijk 25,8 per 100.000 tandartsen en 24,5 per 100.000 artsen). Zij schommelen hierbij rond de Vlaamse suïciderate in de beroepsactieve bevolking vanaf 25-jaar, die eerder berekend werd. Wanneer een significant verschil tussen de suïciderates van artsen en tandartsen gevonden wordt, is de rate bij artsen significant lager dan bij tandartsen. In 2004, 2006, 2009 en 2011 werd geen significant verschil gevonden (2007: $\chi^2(1)=11,219$; $p<.01$, 2010: $\chi^2(1)=6,571$; $p<.05$).

De suïciderates bij advocaten, psychologen en kinesisten liggen opmerkelijk lager. De suïciderate bij artsen ligt van 2007 tot en met 2010 hoger dan bij kinesisten, maar niet significant. Kinesisten lijken minder dan andere hulpverleners te kampen met emotionele problemen. De suïciderate bij artsen ligt hoger dan bij advocaten en significant hoger in 2010 en 2011 (2010: $\chi^2(1)=7,002$; $p<.01$, 2011: $\chi^2(1)=4,829$; $p<.05$). De sociaaleconomische status die advocaten en artsen delen, werkt voor artsen mogelijk minder beschermend dan voor advocaten. De suïciderate bij artsen hoger dan bij psychologen, tenzij in 2004 (2004: $\chi^2(1)=25,999$; $p<.001$, $p<.001$, 2006: $\chi^2(1)=8,675$; $p<.001$, 2010: $\chi^2(1)=11,659$; $p<.001$). De emotioneel belastende jobinhoud wordt bij psychologen mogelijk beter opgevangen door scholing, zelfzorg en/of intervisie.

2. Berekeningen voor artsen, apothekers, tandartsen (stomatologen, paradontologen, orthodonten), kinesisten, verpleegkundigen zijn gebaseerd op populatiegroottes aangeleverd door het RIZIV (beroepsbeoefenaars die tijdens het betreffende jaar meer dan één verstreking hebben uitgevoerd), voor advocaten op cijfers van de Orde van Vlaamse Balies, voor psychologen op cijfers van de Psychologencommissie.

Tabel 12. Prevalentie van suïcide bij beroepsactieve personen per beroepsgroep in Vlaanderen

Jaar	Artsen	Apothekers	Tandartsen	Kinesisten	Verpleegkundigen	Advocaten	Psychologen
2004	3	3	1	1	4	1	3
2005	3	0	0	3	10	2	0
2006	3	2	1	1	4	0	2
2007	3	1	2	0	9	2	0
2008	6	1	0	0	3	0	0
2009	3	3	1	0	13	0	0
2010	7	1	3	0	13	2	1
2011	4	2	1	2	16	1	0
2012	2	1	0	2	7	2	1
Totaal	34	14	9	9	79	10	7

Cursief: o.b.v. data van 2012, met andere registratiemethode

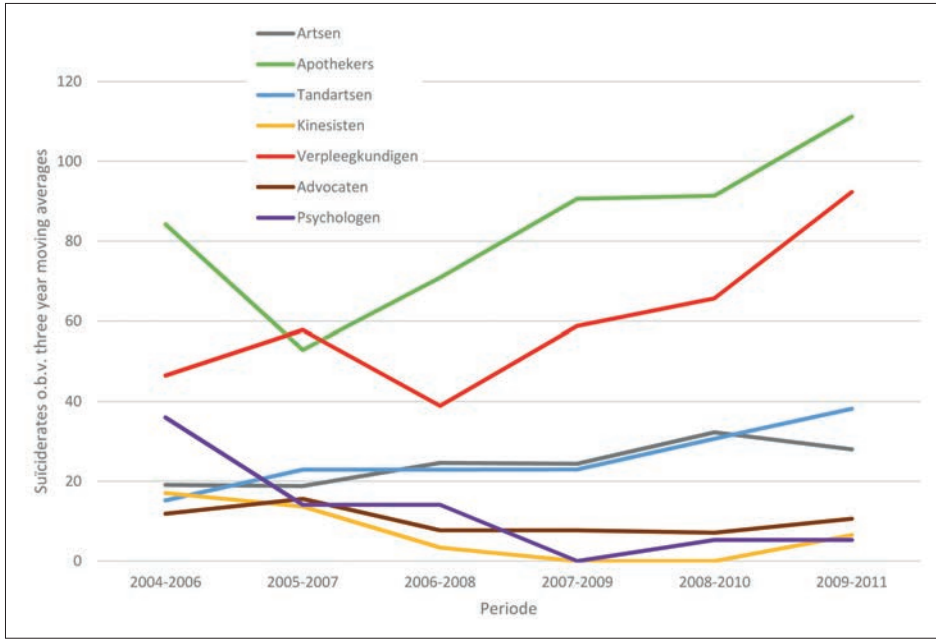
Tabel 13. Suïciderates (en three-year moving averages*) per beroepsgroep in Vlaanderen

Jaar	Artsen	Apothekers	Tandartsen	Kinesisten	Verpleegkundigen	Advocaten	Psychologen
2004	19,3	147,3	22,9	10,4	32	11,9	65,6
2005	19,1 (19,1)	0 (84,2)	0 (15,2)	30,9 (17,1)	77,7 (46,5)	23,7 (11,9)	0 (36)
2006	18,8 (18,8)	105,3 (52,9)	22,8 (22,9)	10,1 (13,7)	29,9 (57,8)	0 (15,6)	42,4 (14,1)
2007	18,5 (24,6)	53,4 (70,9)	45,9 (22,9)	0 (3,4)	65,6 (38,9)	23,1 (7,7)	0 (14,1)
2008	36,5 (24,4)	54 (90,6)	0 (23)	0 (0)	21,3 (58,8)	0 (7,7)	0 (0)
2009	18,3 (32,3)	164,5 (91,4)	23 (30,7)	0 (0)	89,5 (65,7)	0 (7,1)	0 (5,3)
2010	42,1 (28)	55,6 (111,2)	68,9 (38,2)	0 (6,5)	86,4 (92,3)	21,4 (10,6)	15,9 (5,3)
2011	23,7	113,4	22,6	19,4	101,1	10,5	0
2012	11,7	59,8	0	19	43,4	20,3	13
Gemiddelde rate	23,1	83,7	22,9	10	60,8	12,3	15,2
Gemiddelde rate zonder 2012	24,5 (24,5)	86,7 (83,5)	25,8 (25,5)	8,9 (6,8)	62,9 (60)	11,3 (10,1)	15,5 (12,5)

*Three-year moving average gepresenteerd in jaar x is de gemiddelde suïciderate van jaar x-1, jaar x en jaar x+1

Cursief: o.b.v. data van 2012, met andere registratiemethode

Figuur 2. Suïciderates per beroepsgroep in Vlaanderen o.b.v. three-year moving averages



DEEL 3. RISICOFACTOREN VOOR EMOTIONELE PROBLEMEN BIJ ARTSEN

1. METHODEN

Methode 1: Literatuurstudie

PubMed werd doorzocht op artikels vanaf 2000. Er werd gezocht a.d.h.v. zoektermen als physician, suicide, (mental) health e.d. Op aanraden van deskundigen werden bijkomende bronnen geraadpleegd. In deze literatuur werd gericht gezocht naar risico- en beschermende factoren, good practices en criteria voor hulpverlening. Omdat de literatuur die specifiek handelt over suicidaliteit bij artsen beperkt is, werd de search uitgebreid naar (geestelijke) gezondheidsproblemen en burn-out en naar andere zorgberoepen. We focussen voornamelijk op werkgerelateerde determinanten. De lijst met bronnen is een niet-exhaustieve lijst.

Methode 2: Interviews met deskundigen

Volgende deskundigen werden gecontacteerd voor een interview:

- Andy De Witte, psychiater en psychotherapeut, diensthoofd van de dienst psychiatrie in de GZA-ziekenhuizen St.-Vincentius en St.-Augustinus, bestuurslid van de Vlaamse Vereniging Psychiatrie, gewezen voorzitter van de sectie PAAZ van, voorzitter van Doctors4Doctors, privépraktijk te Miander, Wilrijk (20/10/2014)
- Luc Debaene, voormalig huisarts, Projectcoördinator Communicatievaardigheden en Huisartsgeneeskunde, verantwoordelijk voor communicatieonderwijs voor studenten geneeskunde aan de Universiteit Antwerpen (21/10/2014)
- Lode Godderis, hoofddocent arbeidsgeneeskunde en toxicologie aan de KULeuven, directeur onderzoek bij IDEWE (30/10/2014)
- Tine Daeseleire, Master in de Psychologie en gedragstherapeute, stichter van The Human Link, medewerker van Doctors4Doctors (31/10/2014)
- Michel Bafort, arts-gynaecoloog, Voorzitter van de Orde van Artsen in Oost-Vlaanderen, oprichter van Arts in Nood (29/01/2015)
- Geert Dom, hoofddocent psychiatrie aan de Universiteit Antwerpen, hoofdgeneesheer Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen in Boechout (13/02/2015)

Tijdens diepte-interviews werd gepeild naar de kennis en ervaring van de deskundigen en werden de onderzoeksvragen belicht vanuit hun vakgebied.

Methode 3: Digitale postbus

Aan de hand van enkele richtvragen konden artsen anoniem hun ideeën over suicidepreventie met de onderzoekers delen. 51 personen vulden de digitale postbus in gedurende ongeveer 1 maand.

De digitale postbus werd bekend gemaakt via de algemene nieuwsbrief, kringnieuwsbrief en website van Domus Medica, via een flyer op verschillende evenementen en een mailing naar contacten van Domus Medica.

Methode 4: Online bevraging

Aan de hand van een online bevraging werden de resultaten van bovenstaande onderzoeksmethoden getoetst aan de context van de Vlaamse huisarts. In deze bevraging werden

hoofdzakelijk stellingen voorgelegd die voortkomen uit de eerdere onderzoeksmethoden, met de bedoeling na te gaan of er consensus over bestaat. Het betreft risicofactoren en strategieën ter preventie. We toetsen bij huisartsen of deze risicofactoren aanwezig zijn, hoe belangrijk ze zijn en of er een draagvlak voor de strategieën bestaat a.d.h.v. een schaal met 5 antwoordmogelijkheden (helemaal niet eens, niet eens, neutraal, eens, helemaal eens). Met enkele open vragen kijken we of de deelnemers nog aspecten kunnen aanbrengen die nog niet gekend zijn.

De bevraging werd gedurende een maand verspreid via de website en nieuwsbrief van Domus Medica naar alle leden en naar enkele persoonlijke contacten. De bevraging werd op verschillende ogenblikken bekend gemaakt.

Tijdens een periode van ongeveer 1 maand openden 312 personen de bevraging en beantwoordden de eerste vraag 'Bent u huisarts?'. 302 personen waren huisarts, 10 personen niet. Deze 10 kregen de boodschap dat de bevraging enkel gericht was naar huisartsen. De 302 huisartsen konden de bevraging verder invullen. 224 vragenlijsten van huisartsen zijn bruikbaar. 189 huisartsen doorliepen de bevraging volledig. 78 huisartsen beantwoordden geen enkele andere vraag dan 'Bent u huisarts'. Deze werden geschrapt uit het bestand. De vragen naar het profiel van de deelnemers werden aan het einde van de vragenlijst gesteld, waardoor we deze data ter beschikking hebben van 189 huisartsen.

De gegevens werden geanalyseerd a.d.h.v. SPSS.

2. ANALYSE EN RESULTATEN

2.1. Profiel deelnemers online bevraging

Leeftijd

De gemiddelde leeftijd van de deelnemers bedroeg 43 jaar. De verdeling van de leeftijd van de deelnemers is vrij gelijkmatig verdeeld over de verschillende leeftijdscategorieën tot de pensioenleeftijd. De groep 25 tot 34 jaar is in verhouding sterk vertegenwoordigd.

De artsen die bij Domus Medica gekend zijn, zijn over het algemeen ouder dan de huisartsen die deelnamen aan de bevraging. Het gemiddelde bedraagt er 50,2 jaar. De groep jongeren is sterker vertegenwoordigd onder de deelnemers dan in de huisartsenpopulatie volgens de gegevens van Domus Medica. Bij deze laatste zijn ook veel huisartsen boven de pensioenleeftijd.

Tabel 14. Leeftijd deelnemers aan de online bevraging

Leeftijd	Bevraging	Gegevens Domus Medica
-24	0 (0%)	130 (1,7%)
25 tot 34	59 (31,2%)	1335 (17,5%)
35 tot 44	45 (23,8%)	1414 (18,5%)
45 tot 54	36 (19%)	1407 (18,4%)
55 tot 64	47 (24,9%)	2015 (26,4%)
65 tot 74	2 (1,1%)	928 (12,1%)
75 tot 84	0 (0%)	363 (4,7%)
+85	0 (0%)	55 (0,7%)
Totaal	189 (100%)	7647 (100%)

Geslacht

Bijna 65% van de deelnemers aan de online bevraging is vrouw, 35,4% man. Van de artsen die bij Domus Medica gekend zijn is 59,4% man en 40,6% vrouw. De man-vrouw verhouding is dus omgekeerd in de bevraging dan in de werkelijke populatie. Mogelijk zijn vrouwen meer begaan met dit onderwerp.

Tabel 15. Geslacht deelnemers aan de online bevraging

Geslacht	Bevraging	Gegevens Domus Medica
Man	67 (35,4%)	5948 (59,4%)
Vrouw	122 (64,6%)	4069 (40,6%)
Totaal	189 (100%)	10017 (100%)

Woonplaats

De meeste huisartsen die de bevraging invulden, kwamen uit Antwerpen, gevolgd door Oost-Vlaanderen en Vlaams-Brabant. Iets minder huisartsen uit West-Vlaanderen en Limburg namen deel. Wanneer we dit vergelijken met de verdeling van de huisartsenpopulatie over Vlaanderen (databestand Domus Medica) zien we dat de spreiding gelijkaardig is.

Tabel 16. Woonplaats deelnemers aan de online bevraging

Woonplaats	Bevraging	Gegevens Domus Medica
West-Vlaanderen	25 (13,2%)	1605 (17,6%)
Oost-Vlaanderen	47 (24,9%)	2115 (21,9%)
Vlaams-Brabant en Brussel	39 (20,9%)	1905 (19,7%)
Antwerpen	50 (26,5%)	2632 (27,3%)
Limburg	26 (13,8%)	1244 (12,9%)
Andere	2 (1,1%)	153 (0%)
Totaal	189 (100%)	9654 (100%)

Aantal artsen in de praktijk

Bij de deelnemers in de praktijk werken gemiddeld 2,8 huisartsen. 61 deelnemers of 32,3% werkt in een solopraktijk, 47 of 24,9% in een duopraktijk, 81 of 42,8% in een groepspraktijk. De grootste groepspraktijk bestaat uit 13 medewerkers.

Bij Domus Medica zijn 2576 (25,7%) huisartsen gekend die werken in een groepspraktijk op een totaal van 10.040 huisartsen. De deelnemers aan de bevraging komen dus vaker uit een groepspraktijk dan huisartsen uit de volledige populatie.

Een praktijk telt gemiddeld 0,5 HAIO's (huisartsen in opleiding). 109 huisartsen werken in een praktijk zonder HAIO (57,7%). Bij 38,1% van de praktijken (72) is 1 HAIO aanwezig, bij 4,2% (8 praktijken) 2 of 3 HAIO's. Onder de deelnemers blijken huisartsen uit praktijken met HAIO's sterker vertegenwoordigd dan in de algemene populatie, waar ongeveer 10% van de praktijken een opleidingspraktijk is.

Tabel 17. Praktijkvorm deelnemers aan de online bevraging

Praktijkvorm	Frequentie
Solopraktijk	61 (32,3%)
Duopraktijk	47 (24,9%)
Groepspraktijk	81 (42,8%)
Totaal	189 (100%)

Tabel 18. Aantal HAIO's in de praktijk van deelnemers aan de online bevraging

Aantal HAIO's	Frequentie
0	109 (57,7%)
1	72 (38,1%)
2	7 (3,7%)
3	1 (0,5%)
Totaal	189 (100%)

Lid van Domus Medica

Onder deze 189 deelnemers waren 154 leden van Domus Medica of 81,5% van de bevragden.

Tabel 19. Lidmaatschap van deelnemers aan de online bevraging

Lid	Frequentie
Nee	35 (18,5%)
Ja	154 (81,5%)
Totaal	189 (100%)

Emotionele moeilijkheden

Aan het einde van de bevraging werd gevraagd welke emotionele problemen de deelnemers zelf al ervaren hadden. De deelnemers konden meerdere problemen aanduiden. 91% had al eens emotionele moeilijkheden. Meer dan drie vierde van de deelnemers (77,2%) rapporteerde oververmoeidheid, bijna de helft (47,1%) kampte al eens met somberheid en een vijfde (20,6%) had al eens een burn-out. 15,3% leed al eens aan een depressie en 4,8% aan een alcohol- of middelenverslaving. 10,1% of 19 huisartsen die de bevraging volledig doorliepen dacht al eens aan zelfdoding. Mogelijk sprak deze bevraging huisartsen die zelf al eens emotionele moeilijkheden ervoeren meer aan dan anderen.

Tabel 20. Emotionele moeilijkheden bij deelnemers aan de online bevraging

Emotionele moeilijkheden	Ja	Nee
Geen	17 (9%)	172 (91%)
Oververmoeidheid	146 (77,2%)	43 (22,8%)
Somberheid	89 (47,1%)	100 (52,9%)
Burn-out	39 (20,6%)	150 (79,4%)
Alcohol- of middelenverslaving	9 (4,8%)	180 (95,2%)
Depressie	29 (15,3%)	160 (84,7%)
Zelfmoordgedachten	19 (10,1%)	170 (89,9%)
Andere*	36 (19%)	153 (81%)

*36 huisartsen gaven aan met andere emotionele moeilijkheden te kampen:

Relationele problemen:

- conflict op het werk
- conflict met ex-collega
- conflict met patiënten
- zorgen om partner
- Moeilijk werk-privé evenwicht, familieleden die meer aandacht vragen (2)
- Weinig sociaal contact wegens tijdgebrek

Psychiatrische/psychologische problemen:

- Paniekaanvallen, angstgevoelens (3)
- Anorexia nervosa
- Overmatig piekeren
- Midlife existentieel
- Postnatale vermoeidheid
- Prikkelbaarheid
- Frustraties
- Psychosomatiek

Fysieke problemen:

- Migraine
- 7 maanden out door operatie
- Somatische problemen door stress, zoals IBS
- Onrust, boosheid o.w.v. diagnose kanker waardoor onzeker

Werkgerelateerde problemen:

- Druk van de wachtdiensten (2), slaapproblemen tijdens nachtwacht
- Idee om te stoppen, gedachten aan stoppen met huisarts en iets compleet anders gaan doen, overwerkt en daardoor zin om iets anders te doen (3)
- Crash (twee weken niet kunnen werken, schuldgevoel)
- Op rand van burn-out
- Minder zin zonder echte burn-out en overbelasting

Emotionele moeilijkheden per leeftijdsgroep

Onder de bevroegden geven de 45 tot 64-jarigen het vaakst aan nog geen emotionele problemen te hebben gehad (65+'ers niet meegerekend wegens het kleine aantal). Oververmoeidheid zien we al bij meer dan vier vijfde van de huisartsen in de leeftijdsgroepen 25-34 en 35-44 jaar. Vervolgens daalt dit percentage tot 68,1% bij 55 tot 64-jarigen. Dat vooral de jongere groep al eens kampte met oververmoeidheid lijkt te wijzen op een evolutie naar meer vermoeidheid bij huisartsen. Somberheid zien we eveneens al bij ongeveer de helft van de deelnemende huisartsen in de leeftijdscategorie 25-34 jaar, waarna dit enkele procenten daalt.

Burn-out treffen we vaker aan bij de oudere leeftijdsgroepen, een vijfde van de huisartsen in de leeftijdsgroep 35-44, een vierde in de groep 45-54 en 27,7% in de groep 55-64 jaar. Naarmate men ouder wordt, is de kans groter dat men er al mee te maken had.

Een alcohol- of middelenverslaving zien we meer vanaf de leeftijd van 45 jaar, net zoals depressie. In de leeftijdsgroep van 45 tot 54 jaar kampte 27,8% van de deelnemende huisartsen al eens met een depressie. De oudere artsen (+55 jaar) kennen dit minder.

Naarmate de deelnemers ouder zijn, kregen er al vaker eens te kampen met zelfmoordgedachten, tot 12,8% in de leeftijdsgroep 55-64 jaar.

Emotionele moeilijkheden per woonplaats

Deelnemende huisartsen uit Antwerpen en Oost-Vlaanderen lijken het vaakst emotionele moeilijkheden te kennen. Antwerpenaren rapporteren het vaakst oververmoeidheid, gevolgd door Oost- en West-Vlamingen. Somberheid zien we het vaakst in Vlaams-Brabant en Brussel, burn-out in Oost-Vlaanderen, alcohol- en middelenverslaving in Limburg. Depressie zien we vooral in West-Vlaanderen en Limburg, net zoals zelfmoordgedachten.

Artsen uit West-Vlaanderen en Limburg lijden vaker aan depressie dan in andere provincies. In Oost-Vlaanderen en Vlaams-Brabant lijden ze er minder aan.

Tabel 21. Emotionele moeilijkheden per leeftijdsgroep bij deelnemers aan de online bevraging

	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	Totaal
Geen	4 (6,8%)	2 (4,4%)	4 (11,1%)	5 (10,6%)	1 (50%)	16
Oververmoeidheid	48 (81,4%)	38 (84,4%)	28 (77,8%)	32 (68,1%)	0 (0%)	146
Somberheid	31 (52,5%)	22 (48,9%)	16 (44,4%)	20 (42,6%)	0 (0%)	89
Burn-out	8 (13,6%)	9 (20%)	9 (25%)	13 (27,7%)	0 (0%)	39
Alcohol- of middelenverslaving	2 (3,4%)	1 (2,2%)	3 (8,3%)	3 (6,4%)	0 (0%)	9
Depressie	6 (10,2%)	6 (13,3%)	10 (27,8%)	6 (12,8%)	1 (50%)	29
Zelfmoordgedachten	6 (8,5%)	4 (8,9%)	4 (11,1%)	6 (12,8%)	0 (0%)	19
Andere	9 (15,3%)	10 (22,2%)	7 (19,4%)	10 (21,3%)	0 (0%)	36
N	59	45	36	47	2	189

Tabel 22. Emotionele moeilijkheden per woonplaats bij deelnemers aan de online bevraging

	West-Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Vlaams-Brabant en Brussel	Antwerpen	Limburg	Andere	Totaal
Geen	3 (12%)	3 (6,4%)	3 (8,6%)	3 (6%)	4 (15,4%)	0 (0%)	16
Oververmoeidheid	19 (76%)	36 (76,6%)	39 (74,4%)	42 (84%)	18 (69,2%)	2 (100%)	146
Somberheid	11 (44%)	23 (48,9%)	20 (51,3%)	21 (42%)	12 (46,2%)	2 (100%)	89
Burn-out	5 (20%)	14 (29,8%)	6 (15,4%)	11 (22%)	3 (11,5%)	0 (0%)	39
Alcohol- of middelenverslaving	1 (4%)	2 (4,3%)	1 (2,3%)	1 (2%)	2 (7,7%)	2 (100%)	9
Depressie	7 (28%)	2 (4,3%)	3 (7,7%)	9 (18%)	7 (26,9%)	1 (50%)	29
Zelfmoordgedachten	5 (20%)	3 (6,4%)	3 (7,7%)	3 (6%)	5 (19,2%)	0 (0%)	19
Andere	3 (12%)	8 (17%)	7 (17,9%)	13 (26%)	4 (15,4%)	1 (20%)	36
N	25	47	39	50	26	2	189

Emotionele moeilijkheden per geslacht

Als we terugkijken hoe de emotionele problemen verdeeld waren onder mannelijke en vrouwelijke deelnemers, zagen we dat mannen in verhouding vaker dan vrouwen geen moeilijkheden rapporteerden. Oververmoeidheid komt iets vaker voor bij vrouwelijke artsen, net zoals somberheid, terwijl zwaardere problematieken zoals burn-out, een alcohol- of middelenverslaving, een depressie en zelfmoordgedachten nochtans vaker gerapporteerd worden door mannelijke huisartsen.

Tabel 23. Emotionele moeilijkheden per geslacht bij deelnemers aan de online bevraging

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Geen	8 (11,9%)	8 (6,6%)	16
Oververmoeidheid	49 (73,1%)	97 (79,5%)	146
Somberheid	28 (41,8%)	61 (50%)	89
Burn-out	17 (24,4%)	22 (18%)	39
Alcohol- of middelenverslaving	7 (10,4%)	2 (1,6%)	9
Depressie	13 (19,4%)	16 (13,1%)	29
Zelfmoordgedachten	9 (13,4%)	10 (8,2%)	19
Andere	10 (14,9%)	26 (21,3%)	36
N	67	122	189

Emotionele moeilijkheden per praktijkvorm

Deelnemende huisartsen uit een solo praktijk rapporteren vaker geen problemen dan huisartsen die samen met anderen werken. Oververmoeidheid zien we het vaakst in groepspraktijken, terwijl somberheid, burn-out, alcohol- en middelenverslaving en depressie vaker voorkomen bij soloartsen.

Tabel 24. Emotionele moeilijkheden per praktijkvorm bij deelnemers aan de online bevraging

	Solo	Duo	Groep	Totaal
Geen	8 (13,1%)	2 (4,3%)	6 (7,4%)	16
Oververmoeidheid	44 (72,1%)	36 (76,6%)	66 (81,5%)	146
Somberheid	35 (57,4%)	17 (36,2%)	37 (45,7%)	89
Burn-out	16 (26,2%)	10 (21,3%)	13 (16%)	39
Alcohol- of middelenverslaving	6 (9,8%)	1 (2,1%)	2 (2,5%)	9
Depressie	15 (24,6%)	4 (8,5%)	10 (12,3%)	29
Zelfmoordgedachten	7 (11,5%)	2 (4,3%)	10 (12,3%)	19
Andere	8 (13,1%)	10 (21,3%)	18	36
N	61	47	81	189

2.2. Theoretisch kader voor risico- en beschermende factoren

Suïcidaal gedrag wordt veroorzaakt door een complex samengaan van verschillende factoren dat voor elk individu uniek is. Voor de eerste onderzoeksvraag naar risico- en beschermende factoren voor suïcidaliteit bij artsen, stelden we een theoretisch kader op om een ordening aan te brengen in deze factoren. Dit kader is gebaseerd op verschillende modellen die we aantreffen in de literatuur.

Het stress-kwetsbaarheidsmodel

Het stress-kwetsbaarheidsmodel gaat ervan uit dat suïcidaal gedrag voortkomt uit duurzame factoren die de individuele kwetsbaarheid verhogen of verlagen, in combinatie met stressoren die het actuele gedrag losmaken of onderhouden (Goldney, 2008 in van Hemert et al., 2012). De voorbeschikkende kwetsbaarheid is het resultaat van onderliggende, permanent aanwezige factoren (Vandeuren, 2012). Kwetsbaarheid voor suïcidaliteit kan bepaald worden door genetica of biologie, zoals een (erfelijk) probleem in de serotoninehuishouding, of door traumatische ervaringen in het verleden. Verschillende persoonlijkheidskenmerken – denken we aan impulsiviteit of probleemoplossend vermogen – maken mensen kwetsbaar voor suïcidaliteit (Portzky et al., 2009 in Vandeuren, 2012). Ook de aanwezigheid van psychiatrische stoornissen vergroot het risico op de ontwikkeling van suïcidaal gedrag. 74 tot 100% van de mensen die overlijden door suïcide zou een psychiatrische stoornis hebben (Cavanagh et al., 2003 in van Hemert et al., 2012).

Stressoren, zoals werkdruk, een overlijden, een echtscheiding enz., kunnen bij kwetsbare personen een suïcidale episode uitlokken (van Hemert et al., 2012).

Job Demands-Resourcesmodel

Het Job Demands-Resources model is een model om de relaties tussen werkkenmerken en werkuitkomsten te bestuderen. Het oorspronkelijke model werd ontwikkeld door Schaufeli en Bakker in 2004 en werd later uitgebreid, zodat oorzaken en gevolgen van zowel een negatieve als een positieve toestand verklaard kunnen worden. Aan de ene kant van het continuüm staat stress, één van de elementen uit het stress-kwetsbaarheidsmodel, aan de andere kant staat volgens het Job Demands-Resourcesmodel bevlogenheid. Hoge werkeisen (job demands) leiden tot stressreacties en ongezondheid. Werkeisen zijn fysieke, sociale of organisationele aspecten van een job, die voortdurende fysieke of mentale inspanning vergen. Ze putten uit en verhogen de kans op burn-out. Voorbeelden hiervan zijn fysieke belasting, maar ook werkonzekerheid, conflicten of werkdruk. Wanneer men echter over veel energiebronnen beschikt (job resources) stijgt de motivatie en productiviteit van een werkracht. Energiebronnen zijn fysieke, sociale of organisationele aspecten van een job die functioneel zijn om doelen te bereiken, de belasting van werkeisen beperken of persoonlijke groei en ontwikkeling stimuleren. Feedback of sociale steun zijn hiervan voorbeelden. Energiebronnen zullen de negatieve effecten van werkeisen verminderen en zorgen voor bevlogen werkrachten. Bevlogenheid slaat op voldoening, vitaliteit en toewijding (Schaufeli et al., 2013).

Entrapmentmodel

Het entrapmentmodel (Williams et al., 2005 in van Hemert, 2012) beschrijft het psychologische proces waarlangs kwetsbare individuen onder invloed van stressoren kunnen komen

tot suïcidaal gedrag. Dit deel van het theoretisch kader bekijkt hoe personen hopeloosheid beleven en omgaan met stressoren. Coping wordt o.a. beïnvloed door attitudes en vaardigheden, maar ook de sociale omgeving (Vandeurzen, 2012). Effectieve coping kan suïcidaal gedrag voorkomen.

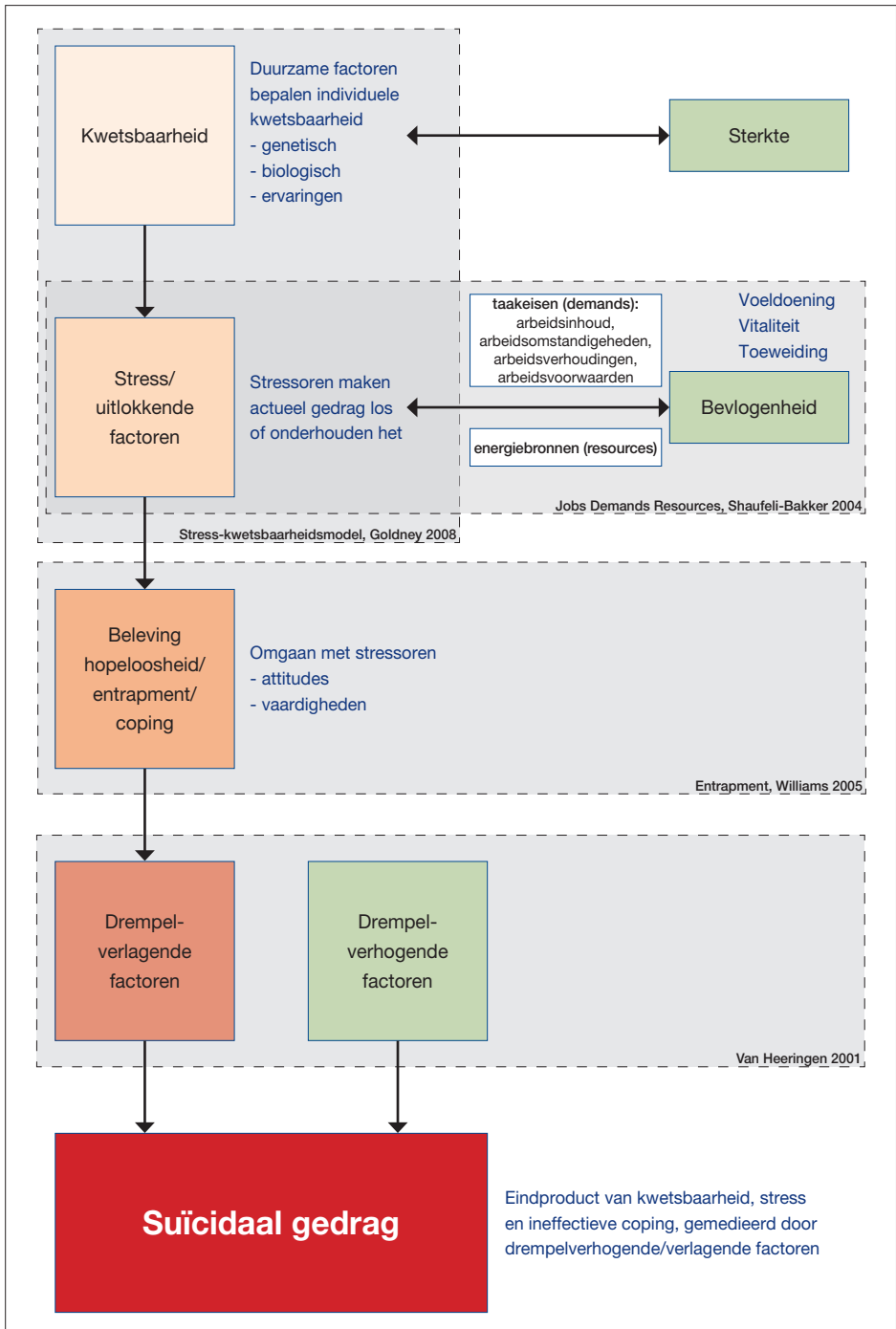
Drempelfactoren

Van Heeringen (van Heeringen, 2001 in Vandeurzen, 2012) introduceerde drempelfactoren. Drempelverhogende factoren zijn beschermende factoren die kunnen voorkomen dat een suïcidale persoon overgaat tot suïcidaal gedrag. Kennis van hulpverlening kan maken dat iemand de juiste hulp vindt om een crisis te boven te komen. Drempelverlagende factoren zijn net triggers voor suïcidaal gedrag, zoals voorbeelden in de media of suïcidemiddelen die voor het grijpen liggen.

Suïcidaal gedrag

Besluitend uit deze theoretische modellen kunnen we stellen dat suïcidaal gedrag het resultaat is van een voorbeschikkende kwetsbaarheid, de aanwezigheid van stressfactoren, waar men niet effectief mee omgaat, en drempelfactoren die suïcidaal gedrag toegankelijker maken.

Figuur 3. Theoretisch kader risicofactoren voor suïcidaal gedrag



2.3. Risicofactoren

Suïcidaliteit is complex en multifactorieel. Artsen vormen hierop geen uitzondering. Artsen die sterven door zelfdoding hebben meestal problemen in verschillende domeinen van het leven, gecompliceerd door psychiatrische aandoeningen en alcoholgebruik (Hawton et al., 2004). In dit deel van het rapport bekijken we voornamelijk risicofactoren. Beschermende factoren zijn dan de afwezigheid van deze risicofactoren. In dit onderzoek bekeken we ze in het licht van strategieën ter preventie van zelfdoding.

De resultaten uit de literatuurstudie, interviews met deskundigen, de digitale postbus, focusgroep met de stuurgroep en online bevraging werden volgens het theoretisch kader samengebracht. Op die manier kunnen voor de verschillende niveaus in het theoretisch model de resultaten vergeleken worden. We beginnen steeds met bevindingen over de algemene artsenpopulatie, zowel uit internationale als uit Vlaamse bronnen, o.b.v. de literatuurstudie, om deze vervolgens te toetsen aan de opinie van de Vlaamse huisarts a.d.h.v. de online bevraging en citaten uit de digitale postbus. De online bevraging bestond uit stellingen en een schaal met 5 antwoordmogelijkheden (helemaal niet eens, niet eens, neutraal, eens, helemaal eens). Vaak zal enkel gerapporteerd worden hoeveel huisartsen het eens waren met de stelling, wat neerkomt op antwoordcategorieën 'eens' en 'helemaal eens'. Bevindingen uit de interviews met deskundigen zijn zowel aanvullend op de algemene visie uit literatuur als op de Vlaamse context. Op enkele plaatsen verwijzen we ook naar de Vlaamse cijfers uit de analyse van de sterftecertificaten.

2.3.1. Kwetsbaarheid

Geslacht

Vrouwen vertonen over het algemeen meer suïcidaal gedrag dan mannen, maar het suïcidecijfer bij mannen ligt hoger dan bij vrouwen. Vrouwen ondernemen meer pogingen die minder dodelijk zijn. In Vlaanderen stierven in 2012 814 mannen en 298 vrouwen. Drie op vier was dus man (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2014a; van Landschoot et al., 2015). Dit bleek ook uit de analyse van de Vlaamse sterftecertificaten. Het overwicht aan suïcides bij mannen was bij artsen nog iets meer uitgesproken dan bij vrouwen, namelijk 75% versus 71,5% mannen bij niet-artsen. 33 zelfdodingen gebeurden bij mannen, 11 bij vrouwen.

Vrouwelijke artsen lopen een sterker verhoogd risico dan mannelijke artsen (Hawton et al., 2001; Schernhammer et al., 2004). O.b.v. 25 studies besluit Schernhammer dat het sterftecijfer door zelfdoding bij mannelijke artsen 40 procent hoger ligt dan bij mannen in de algemene bevolking, terwijl dit bij vrouwelijke artsen maar liefst 130 procent hoger zou zijn (Schernhammer, 2005). Men schat het relatieve suïciderisico van mannelijke artsen op 1,1 tot 3,4 en voor vrouwelijke artsen op 2,5 tot 5,7, in verhouding tot de algemene bevolking (Balch et al., 2009; Lindfors et al., 2009; Sher, 2011). Waar in de algemene Amerikaanse bevolking het suïcidecijfer bij mannen viermaal hoger ligt dan bij vrouwen, zou dat verschil bij artsen volledig wegvallen (Center et al., 2003). Volgens een studie uit Engeland en Wales zouden enkel vrouwelijke artsen een verhoogd risico hebben (Hawton et al., 2001), zoals ook blijkt uit de analyse van de Vlaamse sterftecertificaten. Volgens een studie in Quebec zouden vrouwelijke artsen bovendien jonger suïcide plegen dan mannelijke artsen (Gagné et al., 2011). Nochtans zouden vrouwelijke artsen volgens Tyssen op latere leeftijd meer gezondheidsproblemen hebben dan mannen, terwijl er weinig verschil is aan het begin van hun carrière (Tyssen, 2007).

Het verschil in het suïciderisico tussen vrouwelijke artsen en vrouwen in de algemene bevolking kan terug te brengen zijn tot kennis van en toegang tot suïcidemiddelen, die de pogingen van vrouwelijke artsen lethaler maken dan van vrouwen in de algemene bevolking (Center et al., 2003), waardoor het aantal zelfdodingen bij vrouwelijke artsen in verhouding veel hoger uitkomt.

Het verschil in kwetsbaarheid tussen vrouwelijke en mannelijke artsen kan te wijten zijn aan:

1. Bepaalde 'vrouwelijke' eigenschappen (die blijkbaar ook kenmerkend zijn voor artsen en hen tot risicogroep maken – zie verder onder persoonlijkheidskenmerken) maken hen kwetsbaar voor suïcide. Vrouwen zijn gevoeliger voor stressgerelateerde problemen, zijn vaker zorgend van aard, hebben een groter identificatievermogen (Luyten, 2008), zijn empathischer (Bafort, persoonlijke mededeling, 2015) en vaker getraumatiseerd in het verleden (Luyten, 2008).
2. Vrouwen vinden vaak moeilijker evenwicht tussen werk en gezin dan mannen (Wallace et al., 2009; van Schaik et al., 2010). De hoofdverantwoordelijkheid voor het gezin ligt in onze maatschappij nog steeds bij de vrouw (Bafort, persoonlijke mededeling, 2015). Vrouwelijke artsen moeten vaak meer verschillende rollen vervullen dan mannen. Verschillende rollen geven verschillende rolverwachtingen en meerdere sets van rolverwachtingen tegelijkertijd kunnen conflicterende taken meebrengen. Voldoen aan de ene taak kan voldoen aan een andere moeilijk maken. Verschillen in socialisering legt grotere verwachtingen op aan vrouwelijke artsen dan aan mannelijke (Adam, 2008). Vrouwen met kinderen werken vaak minder uren, mannen met kinderen niet. Vrouwen dragen daarbij meer verantwoordelijkheid voor ouders en schoonouders. Veel artsen ervaren een schuldgevoel tegenover patiënten als ze bij hun kinderen zijn en omgekeerd. Het perfectionisme dat veel artsen kenmerkt is vaak ook aanwezig in hun ouderschap (Myers et al., 2008).
3. Arbeidsomstandigheden zijn een factor die gezondheidsproblemen in de hand kunnen werken. Ze zijn vaak minder gunstig voor vrouwen dan voor mannen. Vrouwelijke artsen in academische settings maken minder makkelijk promotie, hebben een lager salaris, minder middelen en lijden onder micro-ongelijkheden. Stress voor vrouwelijke artsen kan gerelateerd worden aan hun minderheidsstatus, zoals zich ook voordoet bij andere minderheidsgroepen (Robinson, 2003). Carrière maken in een door mannen gedomineerd beroep en seksuele intimidatie (van Schaik, 2010) maken academische werksettings voor vrouwen extra belastend. Myers et al. halen aan dat doorgeven van wachten o.w.v. zwangerschap voor schuldgevoelens kan zorgen (Myers et al., 2008).

Wat burn-out betreft worden geen geslachtsverschillen vastgesteld (Sercu et al., 2012 en Vandenbroeck et al., 2012). Volgens onderzoek bij ziekenhuisartsen en verpleegkundigen in Vlaanderen door IDEWE hebben sommige factoren wel een verschillende impact op mannen of vrouwen, maar compenseren andere factoren die impact dan weer (Godderis, persoonlijke mededeling, 2014). De interferentie werk- en thuisomgeving kan bijvoorbeeld een oorzaak zijn van burn-out (Luyten, 2008), waarvoor vrouwen kwetsbaarder zijn. Bij de totstandkoming van burn-out zijn persoonsgebonden factoren bovendien minder belangrijk dan werkgebonden factoren (Luyten, 2008).

De vervrouwelijking van het artseneroep draagt anderzijds wel bij tot de gezondheid van artsen. Ze bieden tegenwicht tegen het traditionele macho ethos in de medische opleiding

en praktijk. Vrouwen drinken en roken minder en nemen vaker deel aan screenings. Op die manier fungeren ze als rolmodellen voor hun mannelijke collega's (Myers et al., 2008). Vrouwen zijn vaak beter in het 'relationele' in enge en brede zin. Dit blijkt een belangrijke beschermende factor te zijn (De Witte, persoonlijke mededeling, 2014). Ze organiseren hun praktijk ook anders. Ze verkiezen groepspraktijken, terwijl mannen eerder solo werken en ondervertegenwoordigd zijn in gemeenschapscentra e.a. Vrouwen zoeken specialismen die controleerbaar zijn en lopen minder kans op rechtszaken, omdat ze meer aandacht hebben voor de relatie met patiënten (Myers & Gabbard, 2008).

Toetsing bij Vlaamse huisartsen:

Een vrouwelijke arts verwoordt de tweestrijd tussen werk en gezin als volgt:

- *Je bent een slechte moeder - want je doet het niet zoals het hoort - of je bent een slechte arts - want je bent onvoldoende (niet continu) beschikbaar.*

Uit de online bevraging bij huisartsen blijkt dat 57,9% van de bevroegden het ermee eens (of helemaal mee eens) zijn dat vervrouwelijking van het artseneroep maakt dat artsen zich kwetsbaarder kunnen opstellen. Ondanks de vervrouwelijking van het beroep, ervaart bovengenoemde arts echter ook dat vrouwelijke artsen vaak meedraaien in de machocultuur:

- *Door sommige collega's wordt er gestoefd over hoe snel ze wel weer niet herbeginnen werken na een bevalling – alsof dat iets goeds is. Vooral mannelijke collega's, maar ook die superwoman-vrouwen, begrijpen niet waarom je slechts beperkte uren en niet elke avond wil werken.*

Als we terugkijken hoe de emotionele problemen verdeeld waren onder mannelijke en vrouwelijke huisartsen die deelnamen aan de online bevraging (tabel 10), zagen we dat mannen vaker dan vrouwen geen moeilijkheden rapporteerden. Oververmoeidheid komt iets vaker voor bij vrouwelijke artsen, net zoals somberheid, terwijl burn-out, een alcohol- of middelenverslaving, een depressie en zelfmoordgedachten vaker voorkomen bij mannelijke artsen.

Leeftijd

In Vlaanderen steeg het aantal zelfdodingen in 2012 grosso modo tot de leeftijd van 54 jaar, daalde dan tot bij de leeftijdsgroep 60 tot 64 jaar en steeg dan opnieuw tot hetzelfde niveau als voorheen bij de leeftijdsgroep 70 tot 74 bij vrouwen en 75 tot 79 bij mannen, waarna beide curves dalen tot de leeftijd van 80-84 en dan erg sterk stijgen (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2014d).

Hoewel artsen volgens Gold et al. ouder zouden zijn dan andere suïcideslachtoffers (Gold et al., 2013), lezen we veel vaker dat studenten en jonge artsen kwetsbaarder zijn voor emotionele problemen en suïcidaliteit dan oudere artsen:

1. Symptomen van depressie en suïcidale ideatie komen vaker voor in de opleiding dan in de stageperiode en aan het begin van de carrière. Depressie en suïcidale ideatie zouden dalen bij elk stadium in de carrière (Dyrbye et al., 2014).
2. Het risico op depressie zou ook stijgen met elk jaar dat studenten jonger zijn bij het afstuderen (Grotmol et al., 2013).

3. Volgens een studie door UMC Groningen voldoet 13% van de artsen in opleiding aan de criteria voor burn-out (van Schaik et al., 2010). Jonge artsen rapporteren bijna tweemaal vaker burn-out dan hun oudere collega's (Wallace et al., 2009). 20,6% van de Nederlandse artsen in opleiding lopen kans om burn-out te geraken. 37% voldoet aan de norm die het Centraal Bureau voor de Statistiek hanteert voor emotionele uitputting, bijna viermaal hoger dan het Nederlands gemiddelde (van der Heijden, 2006).
Volgens onderzoek door IDEWE bij ziekenhuisartsen en verpleegkundigen speelt leeftijd nochtans geen rol bij de ontwikkeling van burn-out (Vandenbroeck et al., 2012). Wel de functie, het opleidingsniveau en of je leidinggevende bent. Deze zaken worden vaak wel beïnvloed door leeftijd, maar leeftijd op zich zorgt niet voor burn-out. Een piek van burn-out zien we bij de leeftijdsgroep 30- tot 40-jarigen (Godderis, persoonlijke mededeling, 2014). In de VS komt burn-out in elke levensfase meer voor bij artsen dan bij peers (Dyrbye et al., 2014).

Volgende risicofactoren zijn volgens de literatuurstudie aanwezig bij studenten en jonge artsen:

1. De werkdruk bij artsen in opleiding is erg groot. Veel jonge artsen werken als ze ziek zijn. Ze maken erg lange werkdagen (Paice et al., 2002; van der Heijden, 2006), ze slaan maaltijden over en slapen te weinig (Paice et al., 2002). Er blijft bovendien weinig tijd over om problemen die zich voordoen te bespreken met anderen. (Paice et al., 2002). Jonge artsen hebben zelf weinig invloed op hun werkomstandigheden (van der Heijden, 2006).
2. Ze moeten vaak verantwoordelijkheid nemen die verder gaat dan hun competenties en ervaringen, terwijl ze geen beroep kunnen doen op supervisie (Paice et al., 2002). Dit alles terwijl ze complexe behandelingen leren en een grote verantwoordelijkheid dragen voor patiënten (van der Heijden, 2006).
3. Er ontstaan conflicten en communicatieproblemen, voornamelijk met oudere collega's, die kritisch, overdreven veeleisend, incompetent, gevoelloos zijn of hen vernederen (Paice et al., 2002). Artsen in opleiding ervaren vaak verbaal geweld van hiërarchisch meerderen, vaak omdat deze cynisch of opgebrand zijn of niet goed in hun vel zitten. Dat zien we bijvoorbeeld bij sommige chirurgen die onder stress staan. Dezen reageren zich af op stagiairs, die geen verweer hebben, o.a. omdat ze nog punten moeten krijgen voor hun stage (Debaene, persoonlijke mededeling, 2014).
4. Confrontatie met ziekte en dood, de beperkingen van geneeskunde en de eigen sterfelijheid is hard voor een jonge arts (Paice et al., 2002). Dit wordt nog bemoeilijkt door het werkveld waar een aantal artsen cynisch zijn en zich afsluiten voor emoties bij zware problematieken (Debaene, persoonlijke mededeling, 2014).
5. De overgang van opleiding naar werk is een grote uitdaging: zich vestigen, een nieuwe omgeving, het 'business aspect' van geneeskunde leren kennen (Dyrbye et al., 2014).
6. Artsen in opleiding worden geconfronteerd met een 'struggle for the fittest'. Ze moeten kiezen voor een specialisatie, rekening houdend met het feit dat plaatsen beperkt zijn (Debaene, persoonlijke mededeling, 2014).
7. In transitiejaren in de opleiding komen latente thema's waarmee jonge mensen worstelen makkelijker aan de oppervlakte. Zo is het stagejaar een 'versneld proces van bewustwording waarin tegelijk heel veel invloeden onbewust op de studenten inspelen', aldus Dr. Debaene. Dit maakt dat sommige studenten gaan decompenseren en soms plots van opleiding of specialisatie willen veranderen (Debaene, persoonlijke mededeling, 2014).

8. Verder is er bij studenten de spanning tussen loyaal zijn aan een (beginnende) relatie en het veeleisende van de beroepsopleiding. Sommige studenten geven bijvoorbeeld een relatie op voor een specialisatie (Debaene, persoonlijke mededeling, 2014).

Uit verschillende bronnen kunnen we bovendien afleiden dat suïcidaliteit bij medische studenten hoger is dan bij leeftijdsgenoten:

1. Het aantal suïcides bij studenten in een medische opleiding is hoger dan bij dezelfde leeftijdsgroep in de algemene bevolking (Schernhammer, 2005; Hampton, 2005 en Dyrbye et al., 2008).
2. In een Amerikaans onderzoek kwam suïcidale ideatie voor bij 10% van de medische studenten (burn-out bij 50%) (Dyrbye et al., 2008; Dyrbye et al., 2014).

Toetsing bij Vlaamse huisartsen:

In de online bevraging toetsten we bovenstaande risicofactoren bij Vlaamse huisartsen. Slechts 32% van de bevrageden vindt dat jonge artsen effectief meer kans maken op emotionele problemen. Bij de leeftijdsgroep tot 30 jaar ligt dit aandeel iets hoger (38,1%). 67,7% van de bevrageden vindt echter wel dat jonge artsen meer kans lopen op emotionele problemen, omdat ze competitie ervaren, omdat ze moeten presteren met het oog op hun specialisatie en carrière. Bij de jongere artsen ligt dit aandeel nog hoger (73,8%). Uitputting bij jonge artsen, door lange werkdagen, slaapgebrek, overslaan van maaltijden e.d. wordt door 80,2% van de deelnemers als een risicofactor voor emotionele problemen gezien. Bij de jongere artsen ligt dat nog een stuk hoger (88,1%).

59,4% van de deelnemers vindt dat jonge artsen meer kans lopen op emotionele problemen, omdat ze te weinig supervisie krijgen. 43,3% van de bevrageden vindt dat artsen in opleiding meer kans lopen op emotionele problemen, omdat ze te veel verantwoordelijkheid krijgen. Bij de jonge artsen is dat 50%, bij de oudere slechts 39,5%. 57,2% van de bevrageden vindt confrontatie met lijden, ziekte en dood een belangrijke risicofactor bij jonge artsen.

Volgens 48,9% van de deelnemers is het cynisme op de werkvloer een risicofactor voor emotionele problemen bij jonge artsen. Jonge artsen ervaren dit minder als risicofactor dan oudere artsen (42,8% versus 49,6%). 46% van de deelnemers aan de online bevraging vindt dat artsen in opleiding meer kans lopen op emotionele problemen omdat ze (verbaal) geweld ervaren van hiërarchisch meerderen. We zien hier een grote groep die zich neutraal opstelt. Bij de jongeren zien we geen stijging, wel meer mensen die het helemaal eens zijn (19% versus 10,1%). De oudere artsen zijn het hier dan weer wel vaker mee eens (48,3%).

In het profiel van de deelnemers aan de online bevraging zagen we dat van de deelnemende huisartsen jonger dan 35 jaar vier vijfde al eens kampte met oververmoeidheid en meer dan de helft met somberheid, terwijl dit vanaf de leeftijd van 45 jaar opvallend minder voorkomt. Andere (ernstigere) klachten zien we vaker bij de oudere leeftijdsgroepen.

Uit de analyse van de sterftcertificaten blijkt dat artsen het vaakst suïcide plegen in de leeftijdsgroep 45-54 jaar. 38,6% van de overlijdens door zelfdoding heeft in deze leeftijds-

categorie plaats. Slechts 1 arts die tussen 2004 en 2012 overleed door zelfdoding was jonger dan 35. 22,7% respectievelijk 20,5% van de suicides vond plaats in de leeftijdsgroep 35-44jaar respectievelijk 55-64 jaar. Opnieuw moeten we het risico op zelfdoding onder de jongste artsen nuanceren, wat niet wegneemt dat zij ook reeds at risk zijn en bovendien erg kwetsbaar zijn door hun positie en door hun onervarenheid.

Psychologische factoren/persoonlijkheidskenmerken

Bij veel artsen treffen we enkele persoonlijkheidskenmerken, zonder dewelke het vaak moeilijk is om te slagen als arts, maar die tegelijkertijd maken dat ze een groter risico lopen op geestelijke gezondheidsklachten. Hier is waarschijnlijk sprake van een zekere zelfselectie. De aard van de job zal dergelijke persoonlijkheden aanspreken en andersom zullen deze persoonlijkheden de studie en jobinhoud ook au sérieux nemen (Meyers, 2011). Bovendien kunnen persoonlijkheidskenmerken, zoals een grote zorgdrang, in combinatie met ervaringen, zoals het ontberen van zorg, ertoe leiden dat iemand kiest voor een beroep als hulpverlener. 'De vraag is waar de kritische grens ligt waarop een persoonskenmerk overslaat naar pathologie. Een sterkte kan een zwakte worden, al naargelang de omstandigheden,' aldus Dr. De Witte (De Witte, persoonlijke mededeling, 2014).

Volgende factoren die bevorderlijk zijn voor burn-out, depressie en angst vonden we in de literatuur en treffen we in meer of mindere mate aan bij artsen:

1. Perfectionisme (Wada et al., 2011; Meyers, 2011; Cras, 2014)
2. Individualisme, nood aan autonomie en controle, ook over de eigen gezondheid (Meyer, 2011)
3. Workaholic, A-persoonlijkheid (Wallace, 2009)
4. Hoge scores op neuroticisme en 'reality weakness' (wat zou zorgen voor minder hulpzoekend gedrag) (Grotmol et al., 2013)
5. Overmatig verantwoordelijkheidsgevoel (Wada et al., 2011; Brooks et al., 2011; Cras, 2014)
6. Verlangen om iedereen tevreden te stellen (Brooks et al., 2011; Cras, 2014), schuldig voelen/schuldgevoel (over zaken buiten eigen controle) (Brooks et al., 2011; Cras, 2014), twijfel aan zichzelf/chronische twijfel (Brooks et al., 2011; Cras, 2014)
7. Obsessief compulsief gedrag (Brooks et al., 2011), controledrang (Cras, 2014)
8. Bij studenten: altruïsme, competitiviteit, verantwoordelijkheid, mededogen, lage tolerantie voor onzekerheid of falen (Stark, 2011), obsessief compulsief gedrag (Meyer, 2011; Brooks et al., 2011; Austin et al., 2013), zelftwijfel, schuldgevoelens (Wada et al., 2011).

Perfectionisme is een belangrijke risicofactor. Het leidt tot zorgvuldige en alomvattende diagnoses en gedetailleerde behandelingen, maar vormt eveneens een kwetsbaarheidsfactor voor burn-out, suicide en angst. Perfectionisme gaat vaak samen met rigiditeit, koppigheid, het onvermogen om taken te delegeren als ze niet volledig worden uitgevoerd zoals men het zelf zou willen, overmatig toegewijd zijn aan werk, beperken van vrije tijd en vriendschappen, waardoor men eenzaam en geïsoleerd kan raken (Meyers, 2011). Perfectionisme gaat vaak gepaard met zelftwijfel, schuldgevoelens, overdreven verantwoordelijkheidsgevoel. De hoge eisen eigen aan de job leiden er vaak toe dat artsen erg kritisch zijn tegenover zichzelf. De typische karaktertrekken van medische professionals

zorgen ervoor dat ze nog kritischer worden, wat de stress nog kan doen toenemen (Myers & Gabbard, 2008).

Deze kenmerken leiden tot een bepaalde cultuur in de geneeskunde: toewijding aan de patiënt, overwerk, beperken van vrije tijd. Tijd voor zichzelf nemen is egoïstisch, want dan negeer je je plichten tegenover de patiënt en het beroep (Myers & Gabbard, 2008). Allemaal hinderlijk voor goede coping (De Witte, persoonlijke mededeling, 2014). De persoonlijkheidskenmerken van artsen worden bestendigd in het beroep en in de opleiding. Bepaalde stressoren, inherent aan de medische cultuur, interageren met psychologische kenmerken van personen die arts worden en vormen een risico voor ongeveer alle artsen (Myers & Gabbard, 2008).

De identiteit van een arts is vaak gecentreerd rond zijn professionele rol, men spreekt van over-identificatie met het werk (Gold et al., 2014; Bafort, persoonlijke mededeling, 2014). Voor iemand wiens werk zijn persoonlijke en professionele identiteit vormt, is een crisis in werksituatie bedreigender dan voor iemand wiens persoonlijke identiteit minder afhangt van zijn werk. Terwijl bij een arts een jobprobleem vaker leidt tot zelfdoding, is dat bij anderen eerder de dood van familie of vriend of een crisis in de afgelopen twee weken (Gold et al., 2013).

Toetsing bij Vlaamse huisartsen:

Uit de reacties op de digitale postbus blijkt dat veel artsen zich bewust zijn van de valkuilen die bepaalde persoonlijkheidsfactoren vormen. Volgende kenmerken die artsen kwetsbaar maakt voor emotionele problemen, kwamen aan bod:

- *Perfectionisme, veeleisend zijn, kritisch zijn/zelfcriticus, plichtsbesef, blijven vechten tegen mogelijk falen*
- *Trots*
- *Idealisme*
- *Heel zorgend zijn/veel verantwoordelijkheid willen nemen, groot verantwoordelijkheidsgevoel, het op hun schouders nemen van ieders leed (de hulpverlenersreflex)*
- *Altruïsme, anderen belangrijker beschouwen dan zichzelf, een te grote investering in de patiënt*
- *Verantwoordelijk voelen*
- *Over-identificatie met het werk*

Bovendien linken enkelen ook de jobkeuze van artsen aan deze kenmerken:

- *Het type persoonlijkheid dat voor deze job kiest (perfectionistisch, zorgend,...)*
- *Persoonlijkheidskenmerken. Ik denk dat mensen die voor een job in de gezondheidszorg kiezen en dan vooral de "zachtere" disciplines zoals huisartsgeneeskunde, geriatrie, oncologie,... vaak een bepaald type persoonlijkheid hebben, geen grenzen trekken, zichzelf te veel wegcijferen voor de ander, dualisme: er zijn voor anderen, maar niet voor zichzelf.*

87,8% vindt het hebben van een groot verantwoordelijkheidsgevoel een risicofactor voor emotionele problemen. Artsen zonder emotionele moeilijkheden tot op het ogenblik van de bevraging zijn het significant vaker helemaal niet eens ($c^2(1) = 10,870$; $p < .01$) en significant minder vaak eens met deze stelling ($c^2(1) = 8,962$; $p < .01$) dan artsen die al eens kampten met emotionele problemen. 79% van de deelnemende huis-

artsen is het ermee eens dat perfectionisme een risicofactor vormt. Artsen zonder emotionele problemen tot op het ogenblik van de bevraging beantwoorden de stelling significant vaker met 'helemaal niet eens' ($c^2(1)=10,870$; $p<.01$). 87,3% is het ermee eens dat artsen een groter risico lopen op emotionele problemen, omdat ze het werk niet kunnen begrenzen. Artsen die nog geen moeilijkheden kenden, hielden zich vaker neutraal ($c^2(1)=6,966$; $p<.01$). Sterke identificatie met het werk vormt voor 73,4% van de huisartsen een risico op emotionele problemen.

- *Het 'hulpverlenende karakter' van veel artsen maakt hen kwetsbaar om over hun eigen grens te gaan in de zorg voor anderen. Uit sympathie met anderen zet een bepaald deel van de artsen zichzelf wat aan de kant. Een ander deel neemt teveel hooi op de vork en doet zo "de elastiek teveel uitrekken". Vaak worden problemen dus pas gemeld als het (bijna) te laat is.*

Vier vijfde van de deelnemers (81,7%) vindt dat bang zijn om te falen de kans op emotionele problemen voor artsen verhoogt. Artsen die nog geen emotionele problemen kenden, zijn het vaker helemaal niet eens met deze stelling ($c^2(1)=10,870$; $p<.01$). 67,8% is het ermee eens (of helemaal mee eens) dat artsen meer kans lopen op emotionele problemen omdat ze aan zichzelf twijfelen. Artsen die geen emotionele problemen hadden, zijn het significant vaker helemaal niet eens met deze stelling ($c^2(1)=4,5000$; $p<.05$). The Human Link in Antwerpen wordt bijvoorbeeld vaak gecontacteerd door artsen met stress, burn-out en angstproblemen, bv. angst om te falen (Daeseleire, persoonlijke mededeling, 2014).

De overgrote meerderheid van bevrageden is het ermee eens dat gevoelige artsen meer kans lopen op emotionele problemen (83,1%). Ook empathische artsen lopen volgens de meerderheid (66,7%) meer kans op emotionele problemen. Artsen die nog geen emotionele problemen kenden vinden dit veel minder vaak zo (43,8%). Artsen zonder emotionele moeilijkheden zijn het significant vaker helemaal niet eens met deze stelling ($c^2(1)=13,326$; $p<.001$). Bijna de helft van de bevrageden (47,2%) vindt dat artsen meer kans lopen op emotionele problemen als ze altruïstisch zijn. Onder de artsen die nog geen emotionele problemen kenden, antwoordt de helft 'neutraal' en slechts 25% is het eens met de stelling. Artsen die nog geen emotionele moeilijkheden kenden, zijn het significant vaker helemaal niet eens met deze stelling ($c^2(1)=9,098$; $p<.01$).

42% vindt nood hebben aan autonomie een risicofactor voor emotionele problemen. Artsen die geen emotionele problemen kenden, antwoorden significant vaker niet eens op deze stelling ($c^2(1)=4,177$; $p<.05$) en artsen die wel emotionele problemen kenden significant vaker eens ($c^2(1)=5,416$; $p<.05$). 44,5% is het ermee eens dat nood hebben aan controle bij artsen het risico op emotionele problemen vergroot. Artsen die al emotionele problemen ervoeren, zijn het significant vaker eens met deze stelling ($c^2(1)=4,513$; $p<.05$). Slechts 33,2% van de artsen vindt dat het willen hebben van controle op de eigen gezondheid een risicofactor vormt voor emotionele problemen. Artsen die al eens emotionele moeilijkheden hadden, zijn het significant vaker eens met deze stelling ($c^2(1)=4,513$; $p<.05$). Nochtans blijkt uit eerder onderzoek bij Vlaamse huisartsen en HAI0's dat huisartsen graag zelf de touwtjes in handen houden, wat wordt doorgetrokken naar de eigen gezondheid met zelfdokteren tot gevolg (Delporte et al., 2015).

Slechts 29,9% van de deelnemende huisartsen vindt competitiviteit onder artsen een risicofactor voor emotionele problemen.

Voorbeschiktheid voor psychiatrische stoornissen

In de literatuur treffen we het verband tussen suïcidaliteit en alcoholmisbruik en andere stoornissen:

1. Alcoholisme en misbruik van middelen spelen een rol in 15-27% van alle suïcides. Middelenmisbruik in het algemeen wordt geassocieerd met een 7,5 maal verhoogd risico op suïcide (Kerkhof & Van Luyn, 2010). Indien er een alcoholstoornis is, stijgt het suïciderisico wegens de ontremmende factor en het gebruik van alcohol op het ogenblik van de act (Dom, persoonlijke mededeling, 2015). In de VS wordt geschat dat een kwart van de suïcides wordt gepleegd door mensen die afhankelijk zijn van alcohol, in Zweden 31%, in voormalig Joegoslavië 41%. In Nederland sterft naar schatting 4% van de alcoholverslaafden aan suïcide, maar het risico op oudere verslaafden is veel hoger. Boven 40 jaar sterft 15% van de alcoholafhankelijken door suïcide. Psychiatrische comorbiditeit speelt hier een rol: van de alcoholisten die zich suïcideren, heeft 75% naast zijn alcoholafhankelijkheid een andere psychiatrische diagnose, meestal depressie (wat ook risicofactor voor suïcide is). Alcoholafhankelijkheid leidt bovendien tot maatschappelijk verval, wat ook tot suïcide kan leiden. Alcohol verlaagt eveneens impulscontrole (Kerkhof & Van Luyn, 2010).
2. In 2010 werd in Vlaanderen bij 1 op 7 suïcides depressie genoteerd als bijkomende doodsoorzaak op het sterftecertificaat (ermee rekening houdend dat slechts voor een kwart van de suïcideoverlijdens bijkomende doodsoorzaken werden ingevuld, is dit louter illustratief) (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2014e).

Nochtans bestaat er geen verband tussen hogere suïcidecijfers en een hogere prevalentie van psychiatrische stoornissen in een land (Reynders et al., 2009).

Er zou ook sprake zijn van een zekere zelfselectie bij studenten geneeskunde o.w.v. psychiatrische stoornissen of traumatische gebeurtenissen in het gezin van herkomst:

1. Psychiatrische stoornissen en alcoholisme zouden meer voorkomen in families van artsen. Jongeren met suïcidaliteit of psychische stoornissen in het gezin van herkomst, kiezen makkelijker voor dit beroep (Meyers, 2011). Ook voor hulpverleners in het algemeen zou dit gelden. In het gezin van oorsprong van hulpverleners treffen we vaker dan bij anderen depressiviteit, schizofrenie, ernstige karakterstoornissen en alcoholisme aan (Luyten, 2008). Artsen die stammen uit een familie met alcohol- of ander middelenmisbruik nemen vaak de rol van redder of verzorger op zich en raken zo geïnteresseerd in geneeskunde. Volgens Myers en Gabbard gaan ze anderen verzorgen om 'een ziekte' thuis te 'verzorgen' (Myers & Gabbard, 2008).
2. Velen ondergingen traumatiserende ervaringen, zoals deprivatie van de ouderlijke zorg, persoonlijke ziekte, dood van een ouder, scheiding van de ouders, vaak namen ze al vroeg een zorgende rol op en gingen al langer voorbij aan eigen behoeften (Luyten, 2008).

Alcohol- en ander middelenmisbruik zou veelvoorkomend zijn onder artsen:

1. Men schat dat 4 tot 15% van de artsen een middelenverslaving ontwikkelt tijdens zijn of haar leven, afhankelijk van de bron (Wallace et al., 2009; Meyers, 2011; van der Wal et al., 2011).

2. Alcoholmisbruik (alcoholafhankelijkheid of 6 eenheden op 1 gelegenheid drinken in het afgelopen jaar) kwam voor bij 6,8% van de chirurgen in een studie van de Society of Surgical Oncology en in een studie bij 110 afgestudeerde chirurgen van de Universiteit van Wisconsin-Madison (Balch et al., 2009).
3. Alcoholmisbruik komt frequenter voor onder artsen dan in de algemene bevolking, in het bijzonder onder vrouwelijke artsen (van Schaik et al., 2010).
4. Vrouwelijke artsen hebben vaker een alcoholprobleem dan vrouwen in de algemene bevolking (Schernhammer, 2004).

Het risico op een depressie zou verhoogd zijn:

1. Artsen hebben meer kans op een stemmingsstoornis (Meyers, 2011).
2. Vrouwelijke artsen en studenten hebben een verhoogd risico op depressie (Wallace, 2012).
3. Artsen lijden vaker aan een depressieve stoornis. Onder medische studenten is een verhoogde incidentie van 15 tot 30% (van Schaik et al., 2010).

Stoornissen komen vaak samen voor bij artsen, vooral de combinatie van middelenmisbruik en stemmingsstoornissen (Myers & Gabbard, 2008).

Volgende stoornissen zouden geassocieerd zijn met zelfdoding bij artsen:

1. Depressie, bipolaire stoornis, alcohol- en druggebruik en -afhankelijkheid, angststoornis, borderline en andere persoonlijkheidsstoornissen zijn de psychiatrische stoornissen die het meest geassocieerd worden met zelfdoding bij artsen (Schernhammer et al., 2004; Myers & Gabbard, 2008; Sher, 2011).
2. Artsen lopen meer risico op zelfdoding door de aanwezigheid van psychiatrische ziekten in combinatie met de neiging tot meer suïcidale ideatie en neiging tot impulsiviteit, vooral in geval van stress. Dit maakt dat ze vaker reageren op suïcidale gevoelens (Myers & Gabbard, 2008).
3. Gezichtsverlies is ondraaglijk voor narcistische persoonlijkheden en kan zo aanleiding geven tot zelfdoding (Meyers & Gabbard, 2008).
4. Uit een psychologische autopsie bij 38 artsen die stierven door zelfdoding in Engeland of Wales tussen 1991 en 1993, bleek dat bij 25 artsen een psychiatrische stoornis aanwezig was, voornamelijk depressie en alcoholmisbruik. Het meest voorkomende patroon was dat een arts problemen had thuis en op het werk, gecompliceerd door depressie, drug- en alcoholgebruik. De meerderheid had een psychiatrische stoornis op het ogenblik van overlijden, velen hadden een geschiedenis van eerder psychiatrische aandoeningen en suïcidepogingen (Hawton et al., 2004).

Andere bronnen spreken het verhoogde risico tegen of relativeren dit:

1. Volgens sommige studies komt depressie even vaak voor bij artsen als in de algemene bevolking (Center et al., 2003; Wallace, 2012). Dit wijst erop dat andere factoren het hoge aantal sterfte door zelfdoding onder artsen kunnen verklaren (Sher, 2011).
2. Artsen hebben minder vaak een gekend alcoholprobleem of middelenmisbruik volgens het National Violent Death Reporting System in de VS (Gold et al., 2013).
3. Artsen hebben een gelijkaardig risico op middelenmisbruik als niet-artsen volgens Gold et al. Misbruik van medicijnen en opiaten op voorschrift komt wel vaker voor bij artsen. Sommige specialiteiten, zoals anesthesisten, zijn oververtegenwoordigd (Gold et al.,

2006). Onderzoek toont ook aan dat artsen niet meer risico lopen op middelenmisbruik dan andere professionelen met dezelfde socio-economische achtergrond. Artsen zouden wel vaker voorgeschreven drugs gebruiken, omwille van de grotere toegankelijkheid (Myers & Gabbard, 2008).

4. 18% van de artsen in ziekenhuizen hebben een risicovol drankgebruik, maar slechts 1% van deze risicodrinkers zijn mogelijk alcoholafhankelijk. Het voorkomen van alcoholafhankelijkheid bij artsen is dus waarschijnlijk lager dan in de algemene bevolking, hoewel risicogebruik wel meer voorkomt. Binge drinking komt minder vaak voor dan in de algemene bevolking (Joos et al., 2013).

Overmatig alcoholgebruik of risicovol gebruik beantwoordt niet altijd aan de criteria van een stoornis zoals omschreven in de DSM-5, maar kan toch belangrijke negatieve gevolgen hebben. Vergeleken met de algemene populatie ziet men bij de beroepsgroep artsen een hoger percentage van individuen die op een risicovol niveau alcohol gebruiken, maar tevens ook een lager percentage van individuen met alcoholafhankelijkheid. Overmatig alcoholgebruik is ook niet noodzakelijk specifiek gelinkt aan de beroepsgroep artsen. We zien dit vaker bij stressvolle beroepen en hoger opgeleiden (Dom, persoonlijke mededeling, 2015).

Toetsing bij Vlaamse huisartsen:

Volgens onderzoek aan de VUB drinken Vlaamse huisartsen vaker alcohol dan de algemene bevolking, ze drinken meer dagelijks, maar doen minder frequent aan binge drinken. Ongeveer 1 op 3 huisartsen is een risicodrinker. Deze hoge cijfers zijn mogelijk eerder te wijten aan socio-economische status dan aan het beroep zelf. Alcohol wordt vaak aangeboden aan artsen op sociale bijeenkomsten. Huisartsen tot 34 jaar en mannelijke huisartsen tussen 55 en 64 jaar zijn vaker risicodrinkers. Huisartsen die meer dan 60 uur per week werken en huisartsen die onder werkdruk meer alcohol en/of middelen gebruiken, verhogen hun kans op risicodrinken (Saeys et al., 2012).

Zowel de stelling 'artsen kiezen voor een zorgberoep vanuit een verleden van (geestelijke) gezondheidsproblemen in het gezin van herkomst' als de stelling 'artsen kiezen voor een zorgberoep vanuit een traumatische ervaring in het verleden' vindt weinig tot geen bijval bij de bevroegde huisartsen. Vooral wat de eerste stelling betreft zijn artsen zonder emotionele moeilijkheden tot op heden nog minder akkoord dan zij die wel al eens emotionele moeilijkheden hadden. Dit verschil was niet significant.

Luc Debaene ziet bij sommige studenten geneeskunde dat hun keuze om arts te worden ook geworteld is in kinderpijn en problemen in het gezin van herkomst. Door hun persoonlijke geschiedenis zijn ze extra kwetsbaar voor allerlei invloeden. Als ze dit op voorhand al een plaats hebben kunnen geven en kunnen verwerken, krijg je getalenteerde en sterke artsen. Vaak echter komen die thema's voor het eerst aan de oppervlakte tijdens de stage (Debaene, persoonlijke mededeling, 2014).

Ook in de digitale postbus werd melding gemaakt van ervaringen uit die kindertijd die het welzijn van de arts op latere leeftijd kunnen bepalen:

- *Het belangrijkste probleem is dat de persoonlijkheidsstructuur en levenservaringen, in het bijzonder vroegkinderlijke levenservaringen, van erg groot belang zijn voor de geeste-*

lijke gezondheid van de arts. Het is dus essentieel dat er niet alleen wordt gekeken naar de levensomstandigheden van de arts in het heden, maar dat problemen uit vroegere periodes snel worden herkend en aangepakt. Het bespreken van bewuste en onbewuste trauma's en levenservaringen bij artsen is dus essentieel. Het zou een grote fout zijn te denken dat het louter inspelen op de factoren in het heden een primaire mogelijkheid in zich houden tot preventie.

2.3.2. Uitlokkende factoren

Volgens de OESO (2012) verslechteren de arbeidsomstandigheden die relevant zijn voor de mentale gezondheid van werknemers. Niet alleen de werkonzekerheid neemt toe, ook de werkdruk. Voor ons land was de stijging van de werkdruk het afgelopen decennium bijzonder groot. De combinatie van hoge psychologische eisen en een lage beslissingsvrijheid is een combinatie die het risico verhoogt op veel voorkomende mentale stoornissen (Van Driessche, 2014). Prof. Lode Godderis ziet burn-out in alle sectoren. De risicofactoren en hulpbronnen komen overal voor. Alles hangt ervan af hoe het werk gerund wordt, georganiseerd wordt (Godderis, persoonlijke mededeling, 2014). 19 000 Belgen zitten thuis met een burn-out. 1 op 5 werknemers loopt een verhoogd risico er één te ontwikkelen. De helft van de Belgen ervaart meer werkstress dan 5 jaar geleden (2013, Werkbarometer Trendhuis). 4 op 10 wijt dat aan combinatie werk-gezin, 6 op 10 aan hoge werkdruk (Van Driessche, 2014).

Er zou geen evidentie bestaan die beroepsstress linkt aan een verhoogd suïciderisico (Center et al., 2003; van Schaik et al., 2010). Eerder kan stress suïcidaliteit bevorderen, indien psychologische moeilijkheden reeds aanwezig zijn (Center et al., 2003). Bovendien zijn deze stressoren niet specifiek voor het artsberoep (van Schaik et al., 2010). Bij medische studenten in de VS zou burn-out geassocieerd zijn met een verhoogd risico op suïcidale ideatie, herstel van burn-out is geassocieerd met minder suïcidale ideatie (Dyrbye et al., 2008).

Uitlokkende factoren of stressoren maken actueel gedrag los of onderhouden het. Het zijn fysieke, psychologische, sociale of organisatorische aspecten van het werk die aanhoudende fysieke of psychische inspanningen vergen en geassocieerd zijn met bepaalde fysieke en psychologische kosten. Ze vergen energie, putten uit en verhogen de kans op burn-out. In wat volgt, wordt bekeken welke uitlokkende factoren aanwezig zijn in het artsberoep en een risico vormen voor de bevoegenheid (voldoening, vitaliteit en toewijding) van een arts.

2.3.2.1. Arbeidsinhoud

Emotioneel beladen werk

Algemene artsenpopulatie:

Werkdruk, rolconflicten, emotioneel belastend werk (frequente confrontatie met aangrijpende situaties) en omgaan met mensen zijn typerend voor de zorgsector en vormen de voornaamste werkstressoren en oorzaken van burn-out (Luyten, 2008; Vanbelle et al., 2013; Godderis, persoonlijke mededeling, 2014). Volgens onderzoek van IDEWE komen hoge emotionele eisen dubbel zo vaak voor bij werknemers met burn-out symptomen (21% tegenover 10%) (Sercu et al., 2012).

Het risico op geestelijke gezondheidsproblemen bij artsen (en andere zorgverleners) wordt verhoogd door de emotionele jobinhoud (Rossler, 2012; Wallace et al., 2009):

- confrontatie met lijden, angst, falen en dood (Wallace et al., 2009; Brooks et al., 2011)
- zelfdoding van patiënten (Kumar, 2007)
- slecht nieuws brengen (Brooks et al., 2011)
- agressie van patiënten (Brooks et al., 2011)
- palliatieve zorgen, chronische ziekte en pijn, trauma's, mishandeling, seksueel misbruik (Michielsen, z.d.)

Emotionele uitputting bij artsen wordt volgens het KCE ook veroorzaakt doordat een arts zich niet altijd beslagen voelt om patiënten met psychologische en psychosociale problemen te ondersteunen. Het vergt veel tijd en energie zonder dat het resultaat oplevert en zonder gepaste verloning. Als dit soort problematieken een te groot aandeel vormt, kan dat tot emotionele uitputting leiden (Burn-out volgens KCE rapport 2011, Brems, 2014).

Toetsing bij Vlaamse huisartsen:

In de digitale postbus werd veelvuldig melding gemaakt van de zwaarte van het artsenberoep omwille van de voortdurende confrontatie met menselijk lijden, die men niet kan begrenzen. Enkele voorbeelden:

- *Frequent geconfronteerd worden met moeilijke dingen des levens*
- *In algemene context van klaagmaatschappij krijgt arts vele klaagverhalen te horen. Vanuit opleiding geen aandacht hoe om te gaan met het in aanraking komen met menselijk leed.*
- *De grote uitdaging van het beroep, confrontatie met zware emotionele problemen en het feit dat men er maar van uitgaat dat je dat als dokter maar moet aankunnen*
- *De veelheid aan persoonlijke verhalen van patiënten die soms aangrijpend zijn*
- *Zij worden voortdurend geconfronteerd met lichamelijk, psychisch en existentieel lijden. Acht tot tien uur per dag 'zorgverlener' zijn, is natuurlijk een grote risicofactor om zelf er eens door te gaan: wij hebben een 'groot-risico beroep' (er is een grens aan kunnen zorgen)*
- *Je werkt met mensen, niet met machines. Een arts wordt vaak blootgesteld aan het lijden van anderen, dat raakt je hoe dan ook.*
- *Het steeds bezig zijn met 'zieken' waardoor het perspectief van de wereld verandert*
- *Ik ben arts geworden met het idee om mensen te healen, beter te maken, hun problemen op te lossen. De praktijk waar ik nu in sta heeft vooral een ouder cliënteel. Met zo'n cliënteel wordt je vooral geconfronteerd met: allerlei ouderdomsklachten waar weinig aan te doen is, veel geklaag en 'gezaag', chronische pijnpatiënten, oudere mensen met het ene probleem na het andere, verlies van levenskwaliteit (niet meer kunnen stappen, niet meer horen, niet meer zien. Sociale problematiek van eenzaamheid, familiestruubelingen, drama's, verlies aan zelfredzaamheid, veel overleg en gedoe, rusthuisplaatsingsproblematiek. Stervensprocessen, aanslepende ziekte, kanker...)*
- *Steeds empathisch moeten zijn*
- *Patiënten vertellen hun diepste zielenroerselen, en verwachten van de arts dat die steeds empathisch is en hen met kennis van zaken probeert te helpen.*

Psychosociale thema's zijn vaak erg belastend voor huisartsen. Hier heeft men vaak het gevoel dat men machteloos staat:

- *Meer en meer psychosociale problemen bij patiënten. Vaak situaties waar niet onmiddellijk een oplossing voor kan worden gevonden vb. bij migranten met PTST of de eenzaamheidsproblematiek, patiënten met klein sociaal netwerk.*
- *Omgaan met vragen van patiënten met belangrijke psychische problematiek*
- *Patiënten met complexe problematiek waarvoor er onvoldoende aanbod is met name vanuit de GGZ.*
- *Moeilijke verwijzing naar psychische hulp voornamelijk voor mensen met beperkte middelen of taalbarrière, waardoor huisarts deze voor groot deel dient op te vangen.*
- *Meeleven met de problemen van de patiënten, waar je vaak machteloos staat (psychosociale context)*

79% van de deelnemende huisartsen is het ermee eens dat de emotioneel belastende jobinhoud het risico op emotionele problemen bij artsen verhoogt.

Nochtans vonden slechts 46,1% van de bevroegde huisartsen dat artsen door de zelfdoding of poging tot zelfdoding van een patiënt meer kans lopen op emotionele problemen. Bij bevroegden die nog geen emotionele problemen hadden gekend, lag dit iets lager.

Diversiteit en complexiteit aan thema's

Algemene artsenpopulatie:

Veel verschillende en complexe zorgvragen kunnen de arts bestoken. Anderzijds zorgt het kunnen bieden van een gevarieerde zorgverlening ook voor een toename van de jobvoldoening. Diversiteit betekent een variatie van acute, chronische, preventieve en continue zorg (Wouters, 2011).

Toetsing bij Vlaamse huisartsen:

Artsen zijn verantwoordelijk voor een erg breed scala aan problemen. Complexe zorgvragen vindt 80,5% van de bevroegden belastend.

- *Veelheid, complexiteit van thema's, complexiteit van de zorgvragen*
- *Huisarts moet 'alles kunnen', holistische aanpak, het medisch en psychische, bijgevolg zeer intensieve patiëntencontacten*

Artsen die geen emotionele problemen kenden spreken zich minder sterk uit over deze stelling.

De veelheid aan thema's waarmee de (huis)arts geconfronteerd wordt, is voor 75,7% van de bevroegden van invloed op het welzijn van artsen. Artsen die geen emotionele problemen kenden, zijn het hier minder mee eens.

Administratie

Algemene artsenpopulatie:

Artsen worden vaak geconfronteerd met botsende verwachtingen: medisch onderzoek, onderwijs, administratie, klinische verplichtingen. Deze rolconflicten zouden geassocieerd zijn met suïcidale gedachten (Fridner et al., 2012).

Veelvoorkomend zijn klachten over administratie, papierwerk en toenemende bureaucratiesering, die als belastend worden ervaren (Center et al., 2003; Kumar, 2007; Wallace et al.,

2009; Meyers, 2011; Rössler, 2012; Vandekerckhof et al., 2013). Interventies om de kwaliteit van zorg te verhogen door standaardisering worden bovendien vaak als beperkingen ervaren (Wallace et al., 2009).

Een mogelijke verklaring voor de afkeer van administratie bij sommige hulpverleners is dat zij opgeleid zijn om zorg te verlenen, waar ze dan ook vaardig in zijn. Administratie vormt een belasting buiten de eigenlijke zorgtaken, waarvoor andere competenties nodig zijn, waarover anderen meer beschikken beter voor opgeleid zijn (Godderis, persoonlijke mededeling, 2015; Bafort, persoonlijke mededeling, 2015). Mogelijk zien zorgverleners administratie hierdoor ook niet als hun taak. 'Laat zorgverleners zoveel mogelijk zorg verlenen', aldus Prof. Godderis (Godderis, persoonlijke mededeling, 2014).

Toetsing bij Vlaamse huisartsen:

76,6% van de bevroegden vindt administratie een risicofactor voor emotionele problemen bij artsen. Het komt dan ook veelvuldig aan bod in de digitale postbus:

- *Administratie, je bent niet alleen arts maar ook administrateur, manager, boekhouder, (pastoor), secretaresse, computerdeskundige*
- *Van overheidswege, sportclubs, werk vraag naar weinig zinvolle attesten, ziektebriefjes, verwijsbrieven, die inhoudelijk niets met geneeskunde te maken hebben.*
- *Te weinig tijd voor de patiënt door allerlei administratieve taken/registraties enz.*
- *Toenemende administratieve lasten, een oneindige berg aan administratie, papiermolen, zinloze attesten*
- *De grote administratieve rompslomp; het bijhouden van patiëntendossiers, ook in dit digitale tijdperk, is heel tijdsintensief. Aangezien je als arts toch zelf een goed overzicht moet houden, kun je niet zomaar alles aan een administratieve medewerker overlaten, en je moet het bovendien zelf nog voorbereiden, evalueren, implementeren. En dan zijn er nog alle andere administratieve formaliteiten waar patiënten mee aandraven, vaak herhaaldelijk, liefst zonder vergoeding!*
- *De globale organisatie van de gezondheidszorg met hoge werkdruk en structuren die niet meer aangepast zijn aan de huidige problemen in de gezondheidszorg. Hierdoor verdringen huisartsen in administratie en krijgen ze te weinig betaalbare ondersteuning om aan de huidige eisen te voldoen.*

De groep die het helemaal eens is met deze stelling is zowel bij artsen met als zonder emotionele problemen groot.

2.3.2.3. Arbeidsomstandigheden

Werkdruk

Algemene artsenpopulatie:

In Vlaams onderzoek door IDEWE signaleerde 36% van de werknemers hoge gevoelens van emotionele uitputting, 28% hoge distantiegevoelens, 22% had zowel hoge uitputting als hoge distantiegevoelens en kampt dus met burn-outsymptomen. Te hoge werkdruk komt dubbel zo vaak voor bij werknemers met burn-outsymptomen (52% tegenover 26%) (Sercu et al., 2012).

Uit een Canadese studie blijkt dat 64% van de artsen de werkdruk te zwaar vindt en 48% de werkdruk recent voelde stijgen (Wallace et al., 2009). In Nederland zou 5% van de tandartsen, 9% van de psychiaters, 11% van de Arbo-artsen en 8% van de artsen een burn-out hebben en 14% van de tandartsen, 22% van de psychiaters, 22% van de Arbo-artsen en 41% van de huisartsen risico lopen op burn-out (Bakker, Schaufeli & Van Dierendonck, 2000 in Vandenbroeck et al., 2012).

Onderzoek van IDEWE bij ziekenhuisartsen en verpleegkundigen in België peilde naar drie kenmerken van burn-out: emotionele uitputting, verminderde persoonlijke bekwaamheid en distantie. Als de drie factoren aanwezig zijn, wordt gesproken van burn-out. Als twee factoren aanwezig zijn, steeds met emotionele uitputting, wordt gesproken van risico op burn-out. Het onderzoek toont aan dat 33% van de artsen en 25% van de verpleegkundigen hoog scoort op emotionele uitputting en depersonalisatie en 21% een lage score op persoonlijke bekwaamheid. Vergeleken met verpleegkundigen rapporteerden meer artsen gevoelens van emotionele uitputting (40% versus 31,1%) en meer cynisme of depersonalisatie (27,9% versus 24,1%). Meer verpleegkundigen voelen zich competent (22,7%) dan artsen (15,3%). Meer verpleegkundigen hadden te kampen met burn-out (6,9% versus 5,4%), maar meer artsen liepen risico in de toekomst een burn-out te ontwikkelen (17,8% versus 12,4%). Desondanks gaf 60% van de totale steekproef aan erg bevlogen te zijn (je moet in brand staan om opgebrand te raken), meer specifiek 63,3% van de artsen en bijna 60% van de verpleegkundigen (Vandenbroeck e.a, 2012).

Volgens een schatting van Fédération des Maisons Médicales in 2005 zou 10% van de huisartsen burn-out zijn, volgens IDEWE en 5,4% van de ziekenhuisartsen (Presentatie Amonis, Van Dijck, 2014).

Volgende oorzaken van werkdruk en burn-out vinden we in de literatuur:

1. Tijdsdruk, teveel werkuren, onvoorspelbare uren, nachten, weinig vakantie/vrije tijd, onevenwicht in de werk-privébalans, wachtdiensten (Center et al., 2003; Hawton et al., 2004; Kumar, 2007; Brooks et al. 2011; Meyers, 2011; Rössler, 2012; Vandekerckhof et al., 2013; Eneroth et al., 2014) het gevoel overladen te zijn met te veel werk, te veel werkuren (Hawton et al., 2004). Volgens een Vlaamse studie werken artsen gemiddeld 49u45 per week, wachten niet meegerekend. Vlaamse huisartsen zouden gemiddeld iets meer werken, 52u30 per week. Volgens deze enquête bij 168 artsen werkt 93,4% gedurende minstens 3 avonden nog na 19u en 94,6% is minstens één dag nog na 21u aan het werk (Jooris, 2015).
2. 60,7% van de artsen ervaart hun job als stressvol. Men heeft het gevoel patiënten tekort te doen, wanneer men tijd maakt voor zichzelf of om te onthaasten. Avondactiviteiten (zoals bijscholingen en vergaderingen), vergroten de werkbelasting (Jooris, et al., 2015).
3. Hoge werkeisen zonder adequate resources, gebrek aan werkingsmiddelen (Rössler, 2012; Center et al., 2003; Meyers, 2011; Vandekerckhof et al., 2013; Eneroth et al., 2014; Brooks et al., 2011; Kumar, 2007).
4. Regels en procedures zorgen soms voor stress (hoewel je je er ook achter kan verbergen om minder emotioneel betrokken te raken) (Keirse et al., 2014). Gebrek aan controle

en verlies aan autonomie zou bij vrouwen een voorspellende factor zijn voor burn-out, maar niet bij mannen (Myers & Gabbard, 2008).

5. Veranderende organisatie, veranderende werkomstandigheden, snelle veranderingen in de geneeskundige praktijk en een veranderend takenpakket kunnen de stress bij artsen doen toenemen (Center et al., 2003; Tyssen, 2007, Wallace et al., 2009, Van Schaik et al., 2010; Meyers, 2011; Rössler, 2012; Vandekerckhof et al., 2013; Eneroth et al., 2014). Over het algemeen verwachten bevlogen werknemers minder grote veranderingen in de nabije toekomst (39% versus 46%) en hebben ze in de afgelopen jaren minder te maken gehad met grote veranderingen (44% versus 49%) (Sercu et al., 2012).
6. Veel routine met kans op fouten (met enorme consequenties) is belastend volgens de ene bron (Kerkhof et al., z.d.), maar niet volgens de andere. 43,5% zou volgens Vlaams onderzoek vinden dat de job teveel uitdaging biedt, waardoor ze op de toppen van hun tenen lopen (Jooris, S, 2015).
7. Informatieoverload, snel en gedurende langere perioden grote hoeveelheden informatie verwerken (Wallace et al., 2009)
8. Crisissituaties (Kerkhof et al., z.d.)
9. Communicatie (Center et al., 2003; Meyers, 2011; Vandekerckhof et al., 2013)
10. Economische motieven krijgen bovenhand over medische waarden in gezondheidszorg (Rössler, 2012)
11. Bezorgdheid rond zorgcontinuïteit (Van Dijck, 2014)
12. Spanningsveld tussen administratieve taken en contact met patiënten (Keirse et al., 2014)

Resultaten van die hoge werkdruk:

1. Bevindingen uit verschillende onderzoeken tonen de links tussen stress bij artsen (in termen van burn-out en depressie) en het effect op patiëntenzorg, voornamelijk medische fouten (Wallace et al., 2009).
2. Te weinig tijd om voor zichzelf te zorgen (Lindfors et al., 2009). Ze kunnen moeilijk vrijaf krijgen, waardoor de tijd om aan de eigen gezondheid te werken ontbreekt. Gezondheidsdiensten zijn vaak niet beschikbaar op ogenblikken waarop de arts vrij is (HD, 2010). De eisen die gesteld worden aan artsen in onderzoek zorgen eveneens dat tijd en energie om hulp te zoeken ontbreken (Fridner et al., 2012).
3. Te veel vragen op beperkte tijd zorgt voor minder tijd voor patiënten, minder service, enkel focus op probleem, leidt tot negatieve kijk op patiënten (Keirse et al., 2014).
4. Meer uren ononderbroken contact met patiënten en minder afwisseling vergroten het risico op emotionele overbelasting (Keirse et al., 2014).
5. Slaapgebrek, chronische vermoeidheid, verstoring van je ritme (Kerkhof et al., z.d.)
6. Burn-out heeft een negatieve impact op de kwaliteit van zorgverlening. De productiviteit en efficiëntie vermindert, er is meer absentisme, men gaat vroeger op pensioen of verandert van loopbaan, men vraagt onnodige onderzoeken aan of schrijft onnodige of foutieve medicatie voor. Patiënten voelen zich in verhouding minder goed begrepen door artsen die burned-out zijn en vertonen minder therapietrouw dan bij artsen die bevlogen zijn. Bovendien hebben artsen met burn-out vaak niet meer de energie om, naast curatieve taken, ook een kwalitatief preventief gezondheidsprogramma uit te bouwen in hun praktijk. (Wallace et al., 2009).

7. Er bestaat een sterke relatie tussen burn-out/bevlogenheid en psychische gezondheid, psychosomatische klachten, fysieke gezondheid, medicatieverbruik, absentisme, presentisme, verloopintentie op afdelings-, ziekenhuis- en beroepsniveau en een matige relatie met klinische incidenten (Vandenbroeck et al., 2012).
8. Hoge werkdruk maakt dat artsen fysiek uitgeput raken, wat o.a. aanleiding kan geven tot twijfels over hun toekomst (wil ik dit blijven doen?) en emotionele uitputting (Daeseleire, persoonlijke mededeling, 2014).
9. Mogelijk zorgt ook de organisatie van de zorg in Vlaanderen (zoals regels m.bt. vestiging van praktijken, accreditatie e.d.) voor een strakke structuur waarbinnen het moeilijk is een eigen koers te varen, zoals een sabbatjaar nemen of ander werk zoeken (Brooks et al., 2011). Tijdelijk uit het beroep stappen, is heel moeilijk, want je accreditering vervalt. De organisatie van het gezondheidssysteem dwingt de arts verder te doen, ook als arts zijn even geen prioriteit is (stuurgroep).

Toetsing bij Vlaamse huisartsen:

In de digitale postbus brengen heel veel artsen de hoge werkdruk, lange werkdagen en wachten ter sprake. Ook 'telefoondruk' en te veel patiëntencontacten komen voor.

Voor 86,4% van de bevrageden is werken onder tijdsdruk een uitlokkende factor voor emotionele problemen. Te veel patiëntencontacten zijn dit voor 59,6% van de bevrageden, waarbij artsen zonder emotionele problemen het vaker helemaal oneens zijn en artsen met emotionele problemen het vaker helemaal eens zijn. Onregelmatige werkuren geeft volgens 74,8% aanleiding tot emotionele problemen. De onvoorspelbaarheid van de werkdag geeft volgens 73,3% aanleiding tot emotionele problemen, zonder significante verschillen.

Dit alles geeft aanleiding tot vermoeidheid en uitputting:

- *De snelle opeenvolging en de soms drukke agenda maken dat de arts zich keer op keer moet opladen.*

73,3% vindt bereikbaarheid buiten de kantooruren een risicofactor. Artsen zonder emotionele problemen lijken deze druk minder te ervaren. Verplichte bereikbaarheid buiten de kantooruren heeft voor 63,6% invloed op de ontwikkeling van emotionele problemen. Ook met deze stelling zijn artsen die nog geen emotionele problemen kenden het vaker niet eens.

- *Steeds bereikbaar zijn en schuldgevoel als we niet genoeg bereikbaar zijn in de ogen van de patiënt*
- *De permanente beschikbaarheid (vooral voor soloartsen/platteland)*
- *Het feit dat men ten alle tijde dient bereikbaar te zijn (in het kader van de continuïteit van zorg: men heeft niet alleen een praktijk maar ook deelname aan weekwachten en wachtdiensten, opvordering door de politie)*
- *Dat ze vaak alleen of met een zeer beperkte groep artsen de continuïteit aan zorgen voor hun patiënten dienen te verzorgen.*

83,1% vindt gebrek aan vrije tijd belastend. Gebrek aan mogelijkheden om te recupereren van het werk is voor 74,8% van de bevrageden een risicofactor. 81,3% van de bevrage

huisartsen vindt dat te weinig tijd hebben om voor zichzelf te zorgen aanleiding kan geven tot emotionele problemen.

Maar liefst 89,8% van de bevroagden vindt het moeilijk vinden van evenwicht tussen werk en privé een risicofactor.

- *Onvoorspelbaarheid van werkdag, kan uitlopen en dan is familie niet content, we kunnen dus eigenlijk nooit voldoen*
- *Enorm appel vanwege de patiënten, met vaak weinig begrip van het thuisfront en ongelooflijk lange werkdagen en werkweken*
- *Hoge verwachtingen van de patiënt naar zijn arts toe: grote beschikbaarheid (ondanks invoeren wachtpost), dit blijft een uitdaging voor een goede balans werk-privé*
- *Patiënten verwachten van een huisarts dat ze snel en liefst de dag zelf geholpen worden. Dit legt veel druk op ons omdat het einde van je werkdag onvoorspelbaar wordt.*

Slechts 47,7% ziet snel evoluerende werkomstandigheden als risicofactor. ICT-evoluties komen wel elders aan bod:

- Snelle veranderingen in geneeskunde alsook mondialisering,*
- Toenemende druk van overheidswege (meer en meer informatie, wetten, regeltjes, bijscholingen...)*
- Alsmaar toenemende, tijdrovende en medisch weinig relevante computergebonden opgelegde activiteiten.*

69,9% van de bevroagden vindt dat worstelen met hoe de job vol te houden invloed heeft op het emotioneel welbevinden. Artsen die nog geen emotionele problemen kenden, zijn het vaker eens met deze stelling.

Verantwoordelijkheid

Algemene artsenpopulatie:

Het gevoelen van artsen dat ze teveel verantwoordelijkheid moeten nemen (Hawton et al., 2004) kwam slechts beperkt naar voor in de literatuur (in tegenstelling tot in de digitale postbus). Anderzijds troffen we in literatuur wel aan dat te weinig verantwoordelijkheid, gebrek aan autonomie en gebrek aan controle over het eigen werk oorzaak kan zijn van burn-out (Luyten, 2008). Autonomie, als de vrijheid om te handelen op basis van eigen kennis, competenties en professionele expertise, in het belang van de patiënt (Vanbelle et al., 2013) is een beschermende factor voor emotioneel welbevinden:

- Autonomie of het kunnen beschikken over de nodige vrijheid en zelfstandigheid om het werk uit te voeren, is een belangrijke hulpbron op het werk. De mogelijkheid om zelfstandig te werken en het individueel nemen van beslissingen worden als positief aangegeven. Dit geldt ook voor de vrijheid die men heeft bij de indeling van zijn weekschema (Wouters, 2011).
- Een gebrek aan autonomie is een determinant van stress en burn-out bij artsen (Wallace in Vanbelle et al., 2013).
- Controle over werk (werkschema en hoeveelheid werk) verlagen het risico op suicidaliteit (Fridner et al., 2011; Eneroth et al., 2014). Autonomie heeft een positief effect op welzijn van artsen in Zweden, Noorwegen en IJsland. In een Finse studie bij anesthesisten bleken

de mogelijkheid om beslissingen te nemen over het toepassen van de eigen vaardigheden, samen met organisatorische rechtvaardigheid de belangrijkste factoren in werkgerelateerd welzijn (Eneroth et al., 2014).

- Als controle over werkomgeving verbetert, draagt dat bij aan tevredenheid en betekenis die men krijgt door het verzorgen van patiënten, een verminderde emotionele en werkgerelateerde uitputting en andere verbeteringen op vlak van artsenwelzijn (Wallace et al., 2009).
- Inspraak in de besluitvorming over de eigen functie, de afdeling waarin men werkt of de ruimere organisatie. Participatie in de besluitvorming is consistent negatief gerelateerd aan burn-out. Betrokkenheid bij de besluitvorming vermindert de emotionele uitputting en depersonalisatie bij artsen (Deckard, Meterko en Field, 1994 in Vanbelle et al., 2013).
- De zelfstandige positie van artsen kan positief ervaren worden: ze kunnen alles zelf regelen, hebben het gevoel onafhankelijk te zijn, er een eigen mening op na te kunnen houden. Bedienden zijn soms slachtoffer van visies die doorgedrukt worden (Daesleire, 2014).

Pas als artsen teveel verantwoordelijkheid moeten nemen, benoemen ze autonomie als een factor die hun jobvoldoening doet afnemen (Wouters, 2011). Autonomie is een tweesnijdend zwaard: Enerzijds is het een voordeel om je agenda zelf te kunnen bepalen. Anderzijds is er niemand die je werklast voor jou zal beperken, als je je zelf niet kan begrenzen. Groepspraktijken en multidisciplinair samenwerken zijn hiervoor beschermend (De Witte, persoonlijke mededeling, 2014).

De stuurgroep van dit onderzoek zag eveneens dat de eindverantwoordelijkheid dragen soms zwaar doorweegt voor artsen.

- *Vanuit allerlei richtingen wordt naar de huisarts gekeken als manager van het dossier en dat terwijl er op heel veel momenten bijvoorbeeld tijdens de wachtdienst, geen andere dienst bereikbaar is. In crisismomenten ben je vaak als enige beschikbaar en dat terwijl andere patiënten wachten, je niet voldoende kan doorverwijzen.*
- *Veel huisartsen hebben een heel groot verantwoordelijkheidsgevoel. Ik denk dat ze soms te weinig extern advies durven vragen. Waarom? Daar ga ik me niet over uitspreken. Als je alles alleen wilt dragen vanuit de idee 'Ik ben huisarts en dat wordt van mij verwacht' dan wordt de druk wel heel zwaar.*

Toetsing bij Vlaamse huisartsen:

Dat het verantwoordelijkheidsgevoel van huisartsen groot is, zagen we reeds bij de persoonlijkheidskenmerken van artsen. Dat de job ook een grote verantwoordelijkheid oplegt aan artsen, zien we hier.

90% van de deelnemende huisartsen vindt de verantwoordelijkheid die eigen is aan de job belastend. Dit maakt verantwoordelijkheid een grote risicofactor.

De combinatie van de persoonlijkheidstrek 'verantwoordelijk zijn' en druk van buitenaf om verantwoordelijkheid op te nemen, zorgt mogelijk voor een gevoel van falen, frustratie, angst indien hieraan niet voldaan kan worden. Onzekerheid maakt deel uit van het beroep. Geconfronteerd worden met onmacht: niet elke hulpvraag kan je lenigen

Teveel verwachten van je eigen kunnen en dan gefrustreerd raken als mensen niet veranderen (en hun medische problemen blijven)

Inhoudelijke criteria van het beroep zoals onzekerheid, hypothese en risico op fouten. Het feit dat de verantwoordelijkheid voor ziek worden en terug gezond worden teveel bij de arts gelegd wordt en door die arts aanvaard wordt. In feite is de arts maar de copiloot. De patiënt is de piloot. Dit heeft veel te maken met onze opleiding. We verlaten de universiteit met een almachtgevoel door het feit dat we opgeleid zijn door proffen specialisten en onvoldoende door proffen algemene geneeskunde. Dit veroorzaakt frustratie.

2.3.2.4. Arbeidsvoorwaarden

Algemene artsenpopulatie:

Over het algemeen zijn werknemers met burn-outsymptomen minder tevreden over hun arbeidsvoorwaarden, kampen ze vaker met jobonzekerheid en beschikken ze over minder ontplooiingsmogelijkheden, volgens onderzoek van IDEWE (Sercu et al., 2012).

Bij artsen vormen het loon, financiële druk en druk om carrière te maken (Center et al., 2003; Meyers, 2011; Rössler, 2012; Vandekerckhof et al., 2013; Eneroth et al., 2014) risicofactoren voor hun welzijn. Uit een psychologische autopsie bij 38 artsen die stierven door zelfdoding in Engeland of Wales tussen 1991 en 1993, bleek dat 10 artsen financiële problemen hadden (Hawton et al., 2004). Ook in Vlaanderen zou verdoken armoede onder artsen een onderschat probleem zijn (Bafort, persoonlijke mededeling, 2015).

Het zelfstandigenstatuut, waardoor men niet verdient als men niet werkt, is verantwoordelijk voor minder ziekteverzuim bij artsen (Godderis, persoonlijke mededeling, 2014).

Toetsing bij Vlaamse huisartsen:

Het zelfstandigenstatuut, het gebrek aan sociale bescherming en financiële druk vormt voor erg veel deelnemers aan de digitale postbus een valkuil voor hun welzijn:

- *Het statuut als zelfstandige blijft een probleem wat betreft inkomensgarantie bij ziekte*
- *Zelfstandigenstatuut (altijd werken, want niet werken=geen geld)*
- *Ik vind het toch moeilijk dat ik op veel minder voordelen recht heb dan moeders die in loondienst werken.*
- *Slecht sociaal statuut: je kan je voor vanalles verzekeren behalve voor problemen van geestelijke gezondheid zoals burn-out. Dat maakt dat het gewoon financieel niet aanvaardbaar is even een herstelpauze in te lassen. Als vrouwelijke zelfstandige stel je vast dat het moederschap blijkbaar op zoveel mogelijk manieren je moeilijk wordt gemaakt. Je moet volgens de doktersboekjes best 6 maand borstvoeding adviseren maar kan het onmogelijk voor je eigen kind waarmaken.*
- *Onvoldoende zelfbeschikking: wel de nadelen van het zelfstandige zijn, zonder de vermeende voordelen*
- *Onze prestatiegerichte maatschappij, waarin we gedwee meelopen: steeds meer willen bereiken, vooral op materieel gebied; artsen hebben hun beroep meestal wel gekozen in de eerste plaats om patiënten te verzorgen, maar bij velen komt vooral geld verdienen op de eerste plaats.*

2.3.2.5. *Arbeidsrelaties*

Relatie met patiënten

Algemene artsenpopulatie:

Werken met mensen vormt over het algemeen een risicofactor voor emotionele problemen en burn-out bij veel hulpverleners. Een zorgverlener kan afglijden van een positieve, geëngageerde (bevlogen) houding ten aanzien van patiënten naar een afstandelijke, negatieve houding, doordat:

1. Als je werkt met mensen moet je altijd kalm, vriendelijk, empathisch zijn.
2. Door de focus op problemen ontstaat een negatieve en cynische kijk op de menselijke natuur. Deze focus op problemen wordt nog versterkt als het druk is en er geen tijd over is naast het bespreken van het probleem met de patiënt.
3. Een hulpverlener krijgt niet vaak positieve feedback. Als het goed gaat met een patiënt, zie je hem niet.
4. Er is niet steeds verbetering mogelijk.
5. Emotionele stress kan ook veroorzaakt worden door patiënten die je niet liggen, verwachtingen van patiënten die je niet kan nakomen, identificatie met patiënten, sterke betrokkenheid bij patiënten.

(Keirse et al., 2014)

De houding van mondige patiënten komt ook vaak voor als stressfactor in de literatuur:

1. Veeleisende relaties met patiënten
2. Moeilijke interacties met patiënten en familie
3. Toegenomen patiënteisen
4. Gewelddadige patiënten
5. Consumentisme van patiënten (Center et al., 2003; Tyssen, 2007; Luyten, 2008; Wallace et al., 2009; Meyers, 2011; Rössler, 2012; Vandekerckhof et al., 2013; Eneroth et al., 2014)
6. Onredelijke vragen en klachten van patiënten (Wada et al., 2011)
7. Patiënten worden steeds veeleisender en artsen die alleen werken kunnen dan gemakkelijk overbelast geraken (Burnout volgens KCE rapport 2011, Brems, 2014)

Anderzijds kunnen patiënten en hun familie ook een bron van energie vormen voor de arts:

1. De huisarts ervaart de kracht van de patiënt om steeds de uitdaging te blijven aangaan (Wouters, 2011).
2. Artsen en verpleegkundigen krijgen feedback van patiënten en hun familie (Vanbelle et al., 2013).

Toetsing bij Vlaamse huisartsen:

85,7% van de bevroegden zegt dat artsen meer kans lopen op emotionele problemen, omdat ze een enorm appel ervaren van patiënten, wat dit tot een belangrijke risicofactor maakt. Artsen die reeds emotionele problemen kenden, zijn het vaker eens met deze stelling.

82,8% vindt dat patiënten hoge eisen stellen en zo een risicofactor vormen voor het welzijn van artsen. Artsen die geen emotionele problemen hadden tot op heden zijn het minder vaak eens met deze stelling.

De houding van patiënten wordt ook overduidelijk als belastend ervaren door de artsen die de digitale postbus invulden:

- *Toenemende eisen en dalend respect van patiënten voor de arts; geconfronteerd worden met steeds eisendere patiënten (merendeel niet, maar hier en daar wel een aantal)*
- *Enorm appel vanwege de patiënten*
- *De hoge verwachtingen vanwege patiënten, gevoed door media en mutualiteiten, met daar tegenover het feit dat nogal wat patiënten weinig verantwoordelijkheid voor zichzelf opnemen.*
- *Van sommige patiënten onvoldoende waardering, hun 'mens-zijn' (met de beperkingen) wordt door sommige patiënten ontkend*
- *Hoge eisen van patiënten, verwachten dat arts hen bezoekt in ziekenhuis, naar begrafenis gaat van familielid enzovoort. Als correct doorverwezen dan verwachten ze vaak dat arts spontaan contact opneemt en 'alles opvolgt', gemiste diagnose (kan altijd) betekent meestal definitief veranderen van arts, zelfs als diagnose door specialisten ook niet direct gesteld, zal toch fout van huisarts zijn*
- *Continue weerstand op het trachten toepassen van beste evidentie en goede praktijkvoering in de moderne zin, eerlijkheid. Dit zowel van patiënten als van collega's.*
- *De patiënten, collega's, eigenlijk de hele maatschappij vraagt teveel van de artsen*

Het UA-communicatieonderwijs focust ook op goede zelfzorg bij artsen en op aandacht voor de belasting die het contact met patiënten kan vormen voor een arts:

- *Mensen komen in hoog tempo bij je langs. Er is een grens aan aandacht geven en zorg dragen. Het kan zijn dat je dat van nature graag doet, maar intermenselijk verkeer kan belastend zijn. En zeker als je een lieve, wat oeverloze persoon bent, die zijn deur open zet voor iedereen – je hoopt uiteraard ook dat je wachtzaal vol zit. Als er tussen je patiënten dan (onzichtbare) geweldenaars zijn, die over je grens gaan, je manipuleren, emotioneel chanteren, verbaal geweld gebruiken of inspelen op je kwetsbaarheden, en je bent je daar als arts niet bewust van, dan ben je at risk (Debaene, persoonlijke mededeling, 2014).*

Slechts 35,9% van de bevraagde huisartsen ervaart (verbaal) geweld van patiënten als risicofactor voor emotionele problemen.

Relaties met collega's

Algemene artsenpopulatie:

Relaties met collega's kunnen als bron van stress zijn goed gedocumenteerd:

1. Gespannen, competitieve relaties onder collega's veroorzaken veel stress (Keirse et al., 2014)
2. Moeilijke interacties met ander medisch personeel (Wallace et al., 2009)
3. Moeilijke relaties bij multidisciplinaire teams (Rössler, 2012)
4. Een cultuur van 'nooit genoeg' waarin vanuit onderlinge concurrentie men elkaar opdrijft en geen erkenning en steun geeft (Michielsen, z.d.)
5. Werknemers met burn-outsymptomen ervaren veel minder sociale steun van hun collega's. Ze hebben meer te maken met conflicten op het werk en rapporteren ook significant meer voorvallen van geweld, ongewenste intimiteiten en pesterijen, alhoewel de verschillen hier minder groot zijn (IDEWE) (Sercu et al., 2012).

Anderzijds vormt ook het ontbreken van collega's een risicofactor en is de aanwezigheid ervan een belangrijke hulpbron:

1. Artsen werken nog vaak individueel, in solopraktijken, privéklinieken, afgelegen plekken, waardoor er weinig kans bestaat dat collega's hun moeilijkheden herkennen en ze meer risico lopen (Hawton et al., 2004).
2. Een goede verstandhouding met andere huisartsen en specialisten is belangrijk. Bij landelijke huisartsen zorgen goed uitgebouwde persoonlijke en professionele netwerken voor een verhoogde jobvoldoening. Deze netwerken beschermen de huisarts voor de meer negatieve aspecten van het landelijke professionele leven (Wouters, 2011).
3. Isolatie is een risicofactor voor emotionele problemen (Kumar, 2007).
4. Bij toenemende druk worden ondersteunende contacten tussen collega's soms afgebouwd en worden alle formele en informele bijeenkomsten als tijdverlies gezien. Dat ontnemt een arts de kans om spanningen en problemen kwijt te geraken in de uitwisseling met collega's en om door het delen van ervaringen verlichting te ervaren (Keirse et al., 2014).
5. Het krijgen van sociale steun van zowel collega's als leidinggevend is erg belangrijk om burn-out tegen te gaan. Er bestaat een verband tussen sociale steun van collega's en emotionele uitputting en depersonalisatie bij artsen (Deckard et al., 1994 in Vanbelle et al., 2013).
6. Een goede relatie tussen arts en verpleegkundige is een beschermingsfactor tegen burn-out (Embriaco et al., 2007 in Vanbelle et al., 2013).
7. Meetings om stressvolle situaties op het werk te bespreken, vertrouwelijke discussies over werkervaringen (Fridner et al., 2009; Fridner et al., 2011), een collega en supervisor die steun biedt (Adam, 2008), zijn beschermende factoren voor emotionele problemen.
8. Uit een Italiaanse en Zweedse studie blijkt dat bijeenkomsten hebben om veeleisende ervaringen te bespreken geassocieerd was met een lager risico op suïcidale gedachten onder artsen (Eneroth et al., 2014).

Nochtans dagen volgens Prof. J.K. Stoller dynamieken in de opleiding de relatie met collega's uit en ondermijnen ze de ontwikkeling van teamwerk:

1. De opleiding stimuleert competitief en individueel presteren.
2. De nagestreefde status kan pas bereikt worden na een langdurig en strak hiërarchisch traject.
3. De verantwoordelijkheidsoverdracht van patiënt naar arts, die gerechtvaardigd is voor wat betreft de medische expertise, wordt vaak geëxtrapoleerd naar domeinen waar de arts niet direct voor opgeleid en niet altijd competent voor is, maar waar de arts toch vaak leiderschap over accepteert.
4. Nogal wat artsen zijn uitgesproken leidertypes en voor hen is het moeilijk om aansturing te aanvaarden, te volgen en/of samen te werken. (Devriendt, 2007).

Ook de relatie met leidinggevend is van belang:

1. De relatie met de leiding of de stijl van leidinggeven en superviseren heeft effect op het ontstaan of reduceren van burn-out. Feedback van een leidinggevende die je een gevoel van waardering geeft, is belangrijk. Als het vertrouwen in de leiding ontbreekt, zorgt dat ook voor stress (Keirse et al., 2014).

2. Werknemers met burn-outsymptomen ervaren over het algemeen veel minder sociale steun van hun leidinggevende, krijgen minder inspraak en rapporteren vijfmaal vaker dat ze regelmatig rolconflicten (vb. tegenstrijdige bevelen krijgen) hebben (IDEWE) (Sercu et al., 2012).
3. Slecht gedefinieerde rollen, verantwoordelijkheid zonder autoriteit, conflict tussen verantwoordelijkheid tegenover werknemers en tegenover de patiënt zijn belastende factoren (Kumar, 2007). Rolstressoren, namelijk rolconflicten en rolambigüiteit (tegenstrijdige opdrachten, rolonduidelijkheid), zijn ook één van de voornaamste werkstressoren volgens Belgisch onderzoek (Vanbelle et al., 2013). Een slecht afgebakend werkterrein, veel onduidelijkheid over mandaten, onduidelijke of geen afspraken zijn oorzaken van burn-out (Michielsens, z.d.). Bevlogen werknemers rapporteren minder rolconflicten (6% versus 14% bij niet bevlogen werknemers, volgens onderzoek van IDEWE) (Sercu et al., 2012).
4. Verantwoordingsplicht en conflicten tussen de noden van patiënten en die van de organisatie bemoeilijken het werken (Wallace et al., 2009).

Prof. Lode Godderis ziet veel heil in leidinggevend coachen en stimuleren van multidisciplinaire teamdynamiek in een ziekenhuiscontext. Het neemt nog niets van de risicofactoren weg (werkdruk of emotionele eisen), maar door leidinggevend coachen creëer je groepsdynamiek waarin collega's successen en problemen met elkaar kunnen delen. Op die manier kan je heel wat negatieve effecten van die werkdruk compenseren. Als arts ben je verantwoordelijk voor je team en heb je deze leidinggevende capaciteiten nodig. Dit geldt ook steeds meer voor huisartsen, die steeds vaker iemand in dienst hebben (Godderis, persoonlijke mededeling, 2014).

Het krijgen van sociale steun van zowel collega's als leidinggevende is erg belangrijk om burn-out tegen te gaan. Er is een significante relatie tussen sociale steun van collega's en emotionele uitputting en depersonalisatie bij artsen (Deckard et al., 1994 in Vanbelle, 2013). Ook de relatie tussen een arts en de verpleegkundige is een belangrijke hulpbron. Een goede relatie tussen arts en verpleegkundige is een beschermingsfactor tegen burn-out (Embriaco et al., 2007 in Vanbelle, 2013).

Toetsing bij Vlaamse huisartsen:

66,2% van de bevroegden vindt dat solowerkende artsen meer kans lopen op emotionele problemen. Bevroegden zonder emotionele moeilijkheden tot op heden zijn het hier vaker niet mee eens. Hoewel deelnemende huisartsen aan de online bevraging die solo werken vaker geen emotionele problemen melden dan huisartsen die met anderen samenwerken, rapporteren ze wel vaker bepaalde klachten als somberheid, burn-out, alcohol- en middelevenerslaving en depressie.

Soloartsen zijn vaak gesteld op hun vrijheid, aldus Tine Daeseleire van The Human Link. Met een goede sociale context en goede professionele relaties lukt dat, maar bij problemen kunnen ze een groter risico lopen. Soloartsen hebben het meestal moeilijker om grenzen te stellen en een evenwicht te vinden tussen patiënten en zichzelf, omdat ze geen back-up hebben van collega's. Artsen die verdrinken in het werk en maar verder doen, omdat ze vinden dat ze geen keuze hebben, worden vaak cynisch. Als ze dan onvoldoende steun

krijgen, zich onbegrepen voelen, belanden ze in een tunnelvisie en voelen ze zich nog meer alleen (Daeseleire, persoonlijke mededeling, 2014).

'Alleen' werken, zowel letterlijk als figuurlijk, wordt meermaals als risicofactor aangehaald in de digitale postbus:

- *Alleen werken*
- *Solo werk*
- *Isolatie*
- *Het werken in een geïsoleerde positie*
- *Eenzaam beroep*
- *Hun individualisme, hun eenzaamheid*
- *Zelfs bij zogenaamde 'samenwerkingen' werkt een huisarts vaak feitelijk alleen.*
- *Samenwerking komt te weinig aan bod in de opleiding. Het individuele presteren lijkt enkel van belang.*

De individuele huisarts wordt zeldzamer en dat is goed, volgens Prof. Lode Godderis. In groepspraktijken zijn er betere afspraken rond werkverdeling, kan je je specialiseren in wat je het best ligt, kunnen opdrachten en taken afgestemd worden op interesses en competenties. Door groepsdynamiek worden problemen en onzekerheden opgevangen, op voorwaarde dat die structuur en een veilige omgeving gecreëerd worden (Godderis, persoonlijke mededeling, 2014). Maar samenwerking en de werkverdeling verlopen niet altijd zoals het hoort. Een groep die niet overeenkomt, vormt wel een belangrijke stressor, aldus Luc Debaene. Dan wordt het leed vermenigvuldigd, want je kan problemen niet delen met de collega's waarmee je strijdt (over geld, aanzien of onbewuste elementen) (Debaene, persoonlijke mededeling, 2014).

Volgens de digitale postbus:

- *Moeilijker beroep doen op collega's*
- *Problemen met collega's*
- *Zeker ook de druk van andere collega's*
- *Ook vanwege specialisten soms negatieve attitude naar huisartsen*
- *Weinig respect voor de huisarts door collega specialisten*

Bovendien is het ook in groepspraktijken niet gegarandeerd dat je niet alleen werkt, stelde de stuurgroep vast. Je hebt letterlijk en figuurlijk alleen werken, solowerken versus vinden dat je het alleen moet doen. Artsen durven vaak te weinig extern advies vragen. Als je vindt dat het van je verwacht wordt dat je het alleen moet kunnen, drijf je zelf de druk op. Volgens de online bevraging melden huisartsen uit groepspraktijken ook vaker oververmoeidheid.

48,3% van de bevroegden vindt het eenzame karakter van het artseneroep een risicofactor voor emotionele problemen. Bovendien zien artsen (als zelfstandigen) elkaar nog vaak als concurrenten:

- *Ik heb ondervonden dat huisartsen onder het mom van het 'sociale' samenzijn of samenwerkingsnetwerken heel opportunistisch zijn en dus het concurreren doorweegt op het collegiale.*
- *En toch ben ik overtuigd dat huisartsen gedreven worden door kwaliteit van zorg, het holistische als waarde. Maar vaak ontmoet de positieve drive andere conflicterende waarden dus*

zoals ook het financiële, prestatiegerichte. Dat maakt dat het samenwerken met andere disciplines afgemeten wordt aan de eigen portemonnee.

Samenwerking met andere disciplines wordt slechts door 24,1% van de bevroegden belastend gevonden.

2.3.3. Beleving

Medische cultuur

Algemene artsenpopulatie:

Stigma over geestelijke gezondheidsproblemen is groter bij medische beroepen dan bij de algemene bevolking (Gagné et al., 2011). Dat lijkt inherent aan de medische cultuur, die als het ware wordt 'onderwezen' tijdens de opleiding. Medische studenten worden in deze cultuur gesocialiseerd (Wallace et al., 2009; Wallace, 2010; Wallace, 2012). Het is een onbewust proces waarbij artsen van zichzelf en collega's veerkracht gaan verwachten, geen prioriteit geven aan de eigen gezondheid en zich boven 'de menselijke zwakte' houden (Wallace, 2010). Stark spreekt van de 'Iron man-mentaliteit' in medische scholen en trainingsprogramma's: *'the ethos that reinforces self-sufficiency, stoicism and self-denial while discouraging vulnerability, sensitivity or any expression of uncertainty'* (Stark, 2011). Het gezondheidszorgsysteem benadert geestelijke gezondheidsproblemen bij artsen bovendien met disciplinaire reacties om patiëntveiligheid te garanderen. Hierdoor ontstaat een cultuur die stigmatiseert en straft eerder dan een cultuur die hulp verleent (Wallace, 2010).

Competitie is bovendien een belangrijk deel van de artsencultuur (Godderis, persoonlijke mededeling, 2014; Bafort, persoonlijke mededeling, 2015). De opleiding stimuleert competitief en individueel presteren (Devriendt, 2007), zoals wanneer jonge artsen een bepaald specialisme nastreven, waarvoor de plaatsen beperkt zijn. Een ambitieuze arts zal bijgevolg niet de neiging hebben om in team te werken en informatie te delen met collega's (Godderis, persoonlijke mededeling, 2014).

Deze medische cultuur maakt dat artsen anders aankijken tegen ziekte en gezondheid dan de algemene bevolking. Toegeven dat men ziek is, komt neer op bekennen dat men zwak is (Myers en Gabbard, 2008; Wallace, 2010). Artsen moeten gezond lijken, ook al zijn ze dat niet. Ze menen dat ze een flink rolmodel moeten zijn (Debaene, persoonlijke mededeling, 2014). Anders schijnt dat af op hun medische competentie. Stigmatisering bij artsen wordt versterkt als ze de oorzaak van ziekte toeschrijven aan eigen zwakte of eigen verantwoordelijkheid (Wallace, 2010). Zo bleek uit onderzoek bij artsen die minstens zes maanden afwezig waren wegens gezondheidsproblemen dat ze niet gesteund werden door collega's en negatieve reacties vreesden als ze terug zouden gaan werken. Er was sprake van zelfstigmatisering, waarbij ze de negatieve beelden van anderen leken geïnternaliseerd te hebben (Henderson et al., 2015). Bovendien zouden artsen zich schamen als ze ziekten hebben die in de algemene bevolking helemaal niet beladen zijn met stigma, zoals diabetes, een hartaandoening of kanker (Myers & Gabbard, 2008).

Dit maakt de drempel om hulp te zoeken voor geestelijke gezondheidsproblemen erg hoog. Vanuit de medische cultuur is er slechts beperkte ondersteuning en aanmoediging om psychisch lijden te erkennen en op zoek te gaan naar behandeling (van Schaik et al., 2010).

1. 90% van de huisartsen tegenover 83% van de specialisten zouden terughoudend zijn om een andere arts te consulteren, vooral als het gaat over psychologische problemen (Davidson et al., 2003).
2. Studenten geneeskunde ervaren ook reeds deze drempel (Grotmol et al., 2013). Uit onderzoek blijkt dat slechts 22% van de studenten met een depressie en 42% van de studenten met suïcidale ideatie geestelijke gezondheidszorg gebruiken (Givens & Tjia, 2002 in Wallace, 2010).

We vinden verschillende factoren, in meer of mindere mate gerelateerd aan de medische cultuur, die ervoor zorgen dat het voor artsen moeilijk is om patiënt te worden (De Witte, persoonlijke mededeling, 2014; Dom, persoonlijke mededeling, 2015) en hulp te zoeken (Debaene, persoonlijke mededeling, 2014). Dit geldt wel minder voor somatische klachten en minder als men naar een specialist moet (De Witte, persoonlijke mededeling, 2014):

1. Artsen willen geen patiënt zijn. Ze verkiezen om hun kwetsbaarheid voor ziekte te ontkennen en zich te concentreren op de ziekte van patiënten (Myers & Gabbard, 2008). Artsen kijken weinig naar eigen zwakheden (Debaene, persoonlijke mededeling, 2014). Ook tijdens de stage ligt de werkdruk hoog en wordt men niet gestimuleerd om zorg te dragen voor de eigen gezondheid. Integendeel, men moet 24uur op 24 beschikbaar zijn voor patiënten (Godderis, persoonlijke mededeling, 2014).
2. De verschuiving van zorgverlener naar zorgbehoevende zorgt voor controleverlies en kan angst veroorzaken. Een arts heeft vaak weinig of geen ervaring met zelf ziek zijn (Marleen Brems in de Lepeleire & Keirse, 2014). Ze denken sterk in termen van wij (artsen) en zij (patiënten) (Debaene, persoonlijke mededeling, 2014).
3. De shift van arts naar patiënt kan de persoonlijke en professionele identiteit van de arts ondermijnen (Wallace et al., 2009). Een arts is bezorgd over het beeld dat anderen van hem hebben. Het beeld van zijn professionele integriteit, medische en emotionele capaciteiten (Loveseth et al., 2010). Het is bovendien moeilijk om patiënt te zijn tegenover een collega (Debaene, persoonlijke mededeling, 2014).
4. Artsen moeten voortdurend streven en de top proberen bereiken. Hulp zoeken voor psychologische noden vereist een andere gedachtegang, omdat het kwetsbaarheid inhoudt. Dit kan gezien worden als een bedreiging voor iemands competitievermogen (Fridner et al., 2012).
5. Artsen komen er vaak niet voor uit ziek te zijn, uit angst dat er niet vertrouwelijk mee wordt omgegaan (Lindfors et al., 2009; van Schaik et al., 2010; Fridner et al., 2012; Gold et al., 2013). Er is angst voor stigma en een negatieve invloed op de praktijk (Dom, persoonlijke mededeling, 2015). Ze zijn bezorgd over hun carrière en zijn bang om hun licentie te verliezen (Hampton, 2005; Lindfors et al., 2009; Van Schaik et al., 2010; Gagné et al., 2011; Sher, 2011; Saeyes & Cammu; 2012) en verbergen hun ziekte om disciplinaire acties te vermijden (Balch, 2009, Lindfors et al., 2009). Artsen maken zich zorgen om het beeld van hun professionele competentie en reputatie (Stark, 2011).
6. Als artsen persoonlijke zaken delen, bestaat er een risico, zelfs met hun naaste collega's (Stark, 2011). Het artsenberoep is een gesloten gemeenschap, iedereen kent iedereen

wat hulp vragen moeilijk maakt (Bafort, persoonlijke mededeling, 2015). De angst over vertrouwelijkheid en schaamte is groter bij mentale dan bij somatische gezondheidsproblemen (Fridner et al., 2012).

7. De belangrijkste barrières om hulp te zoeken zijn voor medische studenten tijdsgebrek, gebrek aan vertrouwelijkheid, stigma geassocieerd met het gebruik van geestelijke gezondheidszorg, de kosten, angst voor weerslag in hun academisch dossier en angst voor een ongewilde interventie (Givens & Tjia, 2002 in Wallace, 2010).
8. Artsen hebben weinig vertrouwen in de capaciteiten van andere artsen (Lindfors et al., 2009). Vrouwen en huisartsen vinden het minder makkelijk om een arts te vinden waarover zij tevreden zijn (vrouwen 41%, mannen 61%/ huisartsen 46%, specialisten 67%) (Davidson en Schattner, 2003).
9. Artsen willen geen controle afgeven aan een andere arts (Myers & Gabbard, 2008).
10. Artsen zijn bang voor wat hun symptomen zouden willen zeggen (Myers & Gabbard, 2008).
11. Men is ook bang om patiënten tegen te komen als men zelf op consultatie gaat (Dom, persoonlijke mededeling, 2015).
12. Over het algemeen bestaat er onder artsen een weerzin tegenover psychotherapie, ingegeven vanuit hun somatische opleiding (Debaene, persoonlijke mededeling, 2014).

Negatieve attitudes ten aanzien van geestelijke gezondheid(szorg) en stigma kunnen mensen weerhouden om (tijdig) hulp te zoeken voor psychiatrische problemen (Reynders et al., 2009). Zo beïnvloedt de medische cultuur ook het copinggedrag van artsen:

1. Artsen zijn terughoudend om geestelijke gezondheidsproblemen te erkennen en er openlijk over te praten als ze gerelateerd zijn aan stressvolle werkomstandigheden o.w.v. 'the conspiracy of silence', aldus Jean Wallace. Men heeft het gevoel dat men problemen zelf moet oplossen of dat ze wel zullen verdwijnen. Artsen zijn onwetend over en onverschillig ten aanzien van de eigen gezondheid, waardoor ze niet goed voor zichzelf zorgen (Wallace et al., 2009; Wallace, 2010; Wallace, 2012). Hun copingstrategie in geval van ziekte bestaat uit ontkennen, vermijden, rationaliseren en minimaliseren van de ziekte (Myers & Gabbard, 2008; Wallace et al., 2009; Lindfors et al., 2009).
2. Ze maken slechts beperkt gebruik van fysieke, geestelijke en preventieve zorg (Center et al., 2003; van Schaik et al., 2010; Gold et al., 2013). Artsen hebben vaak geen 'regular source of health care' (Center et al., 2003) of huisarts (Wallace et al., 2009) en maken minder gebruik van eerstelijnsgezondheidszorg (Tyssen, 2007).
3. Als artsen medische hulp zoeken, is het vaak pas in een later, gevorderd stadium (DH, 2010).
4. Artsen delen problemen eerder met vrienden en familie dan met professionelen (Gold et al., 2013).
5. Artsen laten zich te weinig onderzoeken en behandelen (Wallace et al., 2009; Wallace, 2012). Ze zullen vaak zelf de diagnose stellen, zichzelf medicatie voorschrijven en zichzelf behandelen (Wallace et al., 2009; Lindfors et al., 2009; Gold et al., 2013), ook voor mentale problemen (Tyssen 2007).
 - a. Uit onderzoek bij Australische artsen blijkt dat 90% het aanvaardbaar vindt zichzelf te behandelen in acute situaties, 25% bij chronische condities. 9% vond het acceptabel zichzelf psychotrope medicatie voor te schrijven (Davidson & Schattner, 2003).

b. Uit een studie uit het Verenigd Koninkrijk blijkt dat slechts de helft van de artsen hulp zou zoeken bij een psychologische stoornis (Gold et al., 2013).

c. Noorse studies tonen aan dat 8 op 10 artsen zichzelf medicatie voorschrijven. 1 op 10 gebruikt kalmeermiddelen en 73% had ze zelf voorgeschreven (Tyssen, 2007).

Er zou bovendien een verband zijn tussen zelfdiagnose, zelfbehandeling en zelfdodingsgedachten (Fridner et al., 2012).

Volgens Fridner et al. zouden artsen voor geestelijke gezondheidsproblemen echter wel meer op andere artsen steunen. Antidepressiva zouden ze zichzelf minder voorschrijven. Het lijkt volgens Fridner et al. dat artsen zich realiseren dat geestelijke gezondheidsproblemen buiten hun domein vallen. Het kan ook wijzen op een verantwoordelijkheidsgevoel tegenover hun patiënten (Fridner et al., 2012).

6. Artsen werken door als ze ziek zijn, wat het risico op geestelijke gezondheidsproblemen verhoogt (Eneroth et al., 2014). Artsen verwachten ook van collega's dat ze werken als ze zich niet goed voelen, ook al verwachten ze dat niet van patiënten (Wallace et al., 2009; Wallace, 2012). In een Noorse studie zei 80% van de artsen dat ze gedurende het afgelopen jaar gewerkt hadden tijdens een ziekte waarvoor ze hun patiënten ziekteverlof zouden voorschrijven (Tyssen, 2007). Hiervoor worden verschillende redenen aangetroffen in de literatuur:

a. Het vervangen van zieke artsen is niet eenvoudig (Saeys & Cammu, 2012).

b. Niet werken betekent meestal ook geen inkomen (Saeys & Cammu, 2012).

c. Sommigen vrezen ook de wettelijke gevolgen en het verlies van hun licentie (Saeys & Cammu, 2012).

d. Dat ze geen eigen huisarts hebben, omdat ze liever niet worden geconfronteerd met hun eigen kwetsbaarheid, kan ook een reden zijn (Saeys & Cammu, 2012).

e. Artsen nemen niet graag vrij als ze ziek zijn om hun patiënten en collega's niet teleur te stellen (er is veel presenteïsme) (Tyssen, 2007; Myers & Gabbard, 2008; Lindfors et al., 2009).

f. Hieruit blijkt de prestatiedrang en het perfectionisme van artsen. Mandel en Spiro in 'When doctors get sick' (1987): 'We physicians are in general a hardy lot and few of us stay home with the flu. This may not be good epidemiology but it helps to foster our superman and superwoman egos' (Myers & Gabbard, 2008).

Als artsen ziekteverlof nemen, is dat vaker voor somatische problemen, terwijl ze soms in werkelijkheid wel geestelijke gezondheidsproblemen hebben (Fridner et al., 2012).

7. Adequaat hulpzoekend gedrag bij artsen wordt volgens De Jong belemmerd door de drie D's: delusion, denial en delay. Artsen zijn in de waan dat ze niet ziek kunnen worden (delusion). Ze hebben het gevoel onkwetsbaar te zijn, een garantie voor professionaliteit in situaties waar anderen van streek raken. Als een arts toch ziek wordt, probeert hij dit te ontkennen (denial), wat resulteert in het uitstellen van het vragen om hulp (delay). Adequate hulpverlening wordt geblokkeerd doordat een collega die geconsulteerd wordt vaak ook kampt met deze drie vermijdingsmechanismen (De Jong, 2009).

Tijdens de interviews werd gehamerd op zelfzorg. Om goed zorg te kunnen dragen voor patiënten, moet een arts in eerste instantie goed zorg dragen voor zichzelf en dat al van in de opleiding (Godderis, persoonlijke mededeling, 2014; Debaene, persoonlijke mededeling, 2014). Tine Daeseleire ziet dat artsen vaak op automatische piloot doorgaan met hun werk. Ze

zijn erg hulpvaardig, zeggen minder nee tegen patiënten en geraken zo in een tredmolen. Daardoor bestaat de kans dat ze minder aandacht hebben voor ontspanning, hun gezin en relatie (aan zorg voor zichzelf). Als er op het werk iets gebeurt en je hebt de rest verwaarloosd, ontstaat een kritieke situatie, aldus Tine Daeseleire (Daeseleire, persoonlijke mededeling, 2014).

Toetsing bij Vlaamse huisartsen:

Uit de antwoorden op de digitale postbus leiden we af dat zich kwetsbaar opstellen voor een arts niet evident is:

- *Beroep waarbij persoonlijke kwetsbaarheid niet evident is*
- *De hoge groepsdruk binnen artsen om toch maar te blijven werken, zelfs als het o.w.v. fysisch of psychisch onwettig eigenlijk niet gaat voor zichzelf, of eigenlijk ook niet verantwoord is t.o.v. de patiënten. En deze groepsdruk is er van tijdens de opleiding.*
- *De grote schaamte over het feit dat je zelf, als dokter, die problemen hebt.*
- *Artsen zorgen steeds voor anderen en denken zelf geen zorg nodig te hebben. Ik veronderstel dat ze het als een persoonlijk falen en zwakte zien.*
- *Artsen overschatten hun mogelijkheden en veerkracht.*
- *Hoge verwachtingen van de arts zelf*
- *Angst om als 'zwak, falend' bestempeld te worden.*
- *Het schaamtegevoel om uit het rollenmodel te vallen (van hulpzoekend i.p.v. hulpverlenend)*

Nochtans stelt slechts 45,6% van de bevroegden dat artsen zich schamen als ze ziek zijn. 58,5% vindt dat ze een gezond rolmodel moeten zijn.

- *Ziek zijn is voor patiënten, niet voor artsen.*
- *Als je geestelijke problemen hebt twijfel je aan je competenties als arts*

Schaamte komt eveneens naar voor uit eerder onderzoek als belangrijke barrière voor Vlaamse huisartsen om een andere huisarts te contacteren. Een huisarts voelt zich ongemakkelijk in een consult bij een andere huisarts, omdat hij zich emotioneel kwetsbaar moet opstellen en omdat het taboe is om als huisarts zelf niet weten wat je hebt (Delporte et al., 2015).

- *Een arts is geen gewone patiënt, maar vaak zou ik liever als een gewone patiënt behandeld worden dan als collega. Zeker omdat het moeilijk is om een diagnose bij jezelf te stellen en je dus niet als 'dom/hypochonder' bestempeld wil worden.*

Nochtans ervaart slechts 48,7% van de bevroegden een harde mentaliteit die geen kwetsbaarheid toelaat als risicofactor voor emotionele problemen onder artsen. Bevroegden die al eens emotionele moeilijkheden hadden, ervaren dit iets sterker, bevroegden zonder emotionele moeilijkheden antwoorden negatief. Er bestaat geen significant verschil tussen beide groepen. Uit de digitale postbus blijkt dat artsen er niet over uit zijn of dit onkwetsbare ideaal wordt opgelegd door verwachtingen vanuit het beroep of van patiënten:

- *Artsen zijn hulpverleners en worden door anderen nog steeds te vaak als soort über mensen gezien en al te vaak vergeten dat het ook gewoon mensen zijn met grenzen*
- *Mensen aanzien een arts vaak als iemand die niet ziek wordt en alles aankan, onbegrip van de omgeving (ook weleens in de hand gewerkt door gedrag van de artsen als alleswetend en alles kunnen oplossen).*

88,6% van de bevroegden is het eens met de stelling dat artsen meer kans lopen op emotionele problemen omdat ze veeleisend zijn voor zichzelf, wat dit tot een belangrijke risicofactor maakt. De cultuur van werken en doorzetten is volgens de reacties op de digitale postbus overheersend:

- *Het is heel evident om meer dan 14 uur te werken*
- *Voornamelijk nadruk op hard werken en doorzetten, uit zich het meest nog bij assistenten in opleiding waar wetten in verband met werkuren niet worden nageleefd*
- *Harde mentaliteit waarbij geen geklaag wordt geduld want iedereen werkt hard*
- *De hoogmoed i.v.m. eigen kunnen en eigen gezondheid.*

Voor 57,9% van de artsen brengt vervrouwelijking van het beroep met zich mee dat artsen zich kwetsbaarder kunnen opstellen. Er komt meer aandacht voor de werk-privé balans, minimumrechten voor assistenten, recuperatietijd na een wacht e.d. (Godderis, persoonlijke mededeling, 2014). Vrouwelijke en mannelijke artsen hebben echter ook een grote gemene deler wat betreft hun persoonlijkheid. Perfectionisme en idealisme zijn bij beiden vaak aanwezig, aldus Dr. Andy De Witte (De Witte, persoonlijke mededeling, 2014).

Volgens 79,2% van de bevroegden voelen artsen zich niet comfortabel in de rol van patiënt. 80% van de bevroegden vindt dat dat voor artsen wel makkelijker is bij een specialist dan bij een huisarts. Uit eerder onderzoek bleek reeds dat huisartsen makkelijker de stap zetten naar een specialist vanuit de overtuiging dat een andere huisarts niet meer kan doen dan hijzelf en ook specialistisch advies zal moeten inwinnen. Ze zien de huisarts bovendien niet als eerste aanspreekpunt bij psychologische moeilijkheden. Ze verkiezen een psycholoog of psychiater, gezien hun specialisatie. Huisartsen zouden zich wel voldoende bekwaam voelen om patiënten met psychische problemen te begeleiden, maar denken ze dat een andere huisarts hen niet kan helpen bij dit soort problemen. Werkgerelateerde psychische moeilijkheden laten zich ook makkelijker bespreken in een andere omgeving dan een huisartsenkabinet, waar de problemen zich voordoen. Bovendien heeft een huisarts snelle toegang tot gespecialiseerde onderzoeken. De specialist geeft zijn verwijzers graag een voorkeursbehandeling (Delporte et al., 2015).

Tegelijk wil men collega's ook niet belasten en voelt men gêne om tijd van een collega op te eisen (Delporte et al., 2015):

- *Weinig opvangstructuren voor het werk dat niet gedaan wordt als een arts uitvalt. Als je als arts niet gaat werken, dan weet je dat je collega's het automatisch zwaarder gaan hebben.*

In de digitale postbus spreekt een arts in dit verband over het hulpverlenerscomplex, dat ondersteuning verhindert:

- *De hulpverlenersreflex: zelf geen hulp kunnen vragen, altijd de andere persoon voorrang geven. Artsen stellen zich zelf niet kwetsbaar open naar anderen, zodat er geen coach en/of hulpverlener hun noden ziet en er moeilijk een begeleidingsrelatie kan ontstaan.*

Daarnaast houdt een huisarts graag zelf de controle, ook over de eigen gezondheid. Hoewel de meerderheid van de deelnemers uit de online bevraging hier geen graten in zien, maakt dit dat artsen zichzelf gaan behandelen en geen hulp gaan zoeken. De enige die de huisarts

volledig vertrouwt, is zichzelf. Ze weten bovendien niet altijd goed waar ze een geschikte huisarts kunnen vinden, bij gebrek aan informatie over visie en manier van werken van collega's en zijn bang een onbekwame huisarts te treffen (Delporte et al., 2015).

Door hun bijzondere positie komt hun privacy makkelijker in het gedrang:

- *Hoge drempel om eigen fysieke en mentale moeilijkheden te uiten. Artsen kennen vaak veel mensen in de hulpverlening, dit vormt een probleem voor privacy en zo ontbreekt een 'veilige cocon' om problemen te uiten en aan te pakken. Als het over collega's gaat wordt het medisch beroepsgeheim jammer genoeg vaak veel minder gerespecteerd.*
- *Ook drempel omdat hulpverleners in dezelfde regio ook vaak collega's zijn waarmee samen-gewerkt wordt.*

Volgens 52% van de bevrageden zijn artsen bezorgd over privacy als ze hulp zoeken voor fysieke problemen. Huisartsen die nog geen emotionele problemen kenden zijn het hier vaker niet eens mee. Veel meer artsen (73,7%) vinden dat artsen bezorgd zijn over hun privacy als ze hulp zoeken voor emotionele problemen. Huisartsen die nog geen emotionele problemen kenden, zijn het hier opnieuw vaker niet eens mee. Volgens iets minder bevrageden (46,6%) zijn artsen bezorgd over hun carrière als ze hulp zoeken voor fysieke problemen. Veel meer huisartsen (65,8%) denken dat artsen bezorgd zijn over hun carrière als ze hulp zoeken voor emotionele problemen. De bezorgdheid over privacy is groter dan over de carrière.

- *Zorgen maken om carrière is natuurlijk voornamelijk zorgen om het financiële aspect, als zelf-standige...*
- *Grote nood aan vertrouwen, beroepsgeheim en respect bij de hulpvraag*
- *Eerbied voor privacy*
- *Discretie verzekeren*

Slechts 46,8% vindt dat artsen meer kans lopen op emotionele problemen omdat ze zich zorgen maken over hun reputatie en professionaliteit als ze persoonlijke zaken delen met collega's.

73,8% van de bevrageden vindt dat artsen niet goed voor zichzelf zorgen. Het gebrek aan (kennis over) zelfzorg blijkt uit de digitale postbus:

- *Verschil tussen 'weten' en 'doen'*
- *Te weinig ontspanning nemen, te weinig andere interesses ontwikkelen*
- *Te weinig afstand nemen*
- *Zelf onvoldoende tijd om gezond te eten of te sporten.*
- *Alle gezondheidsbevorderende regels voor patiënten worden vaak niet door artsen zelf gevolgd.*
- *De te behandelende arts is meestal wel op de hoogte van adviezen, maar voert ze slechts uit als ze door iemand anders geëxpliciteerd worden*

41,6% van de bevrageden meent dat artsen alcohol gebruiken om zich te ontspannen. 29,7% meent dat medicatie genomen wordt door artsen om te kunnen blijven functioneren.

80,7% van de deelnemende huisartsen vindt dat ze weinig gebruik maken van medische zorg. Artsen die al eens emotionele problemen hadden, zijn het vaker eens met deze stelling.

81,7% van de bevroagden vindt dat artsen te laat hulp invoepen.

- *Als arts is de stap naar hulpverlening moeilijk*
- *Er zijn zeer weinig artsen die ondersteuning ook effectief toelaten*
- *Er is een drempel om hulp te zoeken omdat het overkomt alsof jij het als arts niet zelf weet wat er met je scheelt.*
- *Huisartsen wachten vaak (te) lang eer specialistisch advies te vragen, en dan nog misschien eerst telefonisch*
- *Pakken hun problemen niet actief aan én tegelijk geven ze niet vlug op, ze gaan door*

98% van de bevroagden is het erover eens dat artsen doorwerken tijdens ziekte.

- *Artsen hebben geen 'tijd' om ziek te zijn: patiënten wachten, collega's zijn overbelast, financiële gevolgen. Ook praktisch: niet iedereen heeft een secretaresse die afspraken kan verzetten of patiënten kan verwittigen.*
- *Collega's springen niet in bij uitval, pikken patiënten in, verspreiden onechte boodschappen om te ronselen*
- *Te lang afwezig zijn door ziekte kost patiënten*

65,3% van de deelnemers stelt dat dat komt doordat artsen het gevoel hebben collega's teleur te stellen als ze ziek zijn en 69,3% omdat ze patiënten teleur stellen.

- *Collega's geven artsen het gevoel dat ziek zijn geen optie is en ziek gaan werken normaal is. Ze zijn namelijk zelf ook nooit ziek en werken toch verder als ze koorts hebben.*

2.3.4. Drempelverlagende factoren

Kennis over en toegang tot geneesmiddelen

Algemene artsenpopulatie:

Wat suïcidemethoden betreft, is de beperking van de beschikbaarheid van suïcidemiddelen aantoonbaar effectief in suïcidepreventie (Kerkhof et al., z.d.). Kennis over dodelijke effecten en toegang tot dodelijke middelen is bepalend in de keuze van het middel (Austin et al., 2013).

De eigenheid van het artsenberoep zorgt ervoor dat men kennis heeft (over effecten, gebruik) van potentieel dodelijke middelen en dat veel van deze middelen beschikbaar zijn. Artsen kunnen ze vaak voor zichzelf voorschrijven (Agerbo et al., 2007; Vanstechelman & Van Heeringen, 2009; van Schaik et al., 2010; Brooks et al., 2011; Gagné et al., 2011; Hawton et al., 2011; Meyers, 2011; Sher, 2011; Austin et al., 2013; Hikiji et al., 2014). Anesthesisten kennen een hoog zelfdodingscijfer door anesthetica door gemakkelijke toegang tot anesthetica en opiaten (De Witte, persoonlijke mededeling, 2014). De barrière tussen gedachte en daad valt daarmee weg en suïcidaliteit wordt impulsiever (Kerkhof et al., z.d.).

In de handen van artsen worden medicijnen een erg dodelijke suïcidemethode:

1. Vergiftiging is normaal gezien minder dodelijk dan vuurwapens, maar doordat artsen meer kennis hebben over effecten en dosissen, is een overdosis bij hen risicovoller (Gold et al., 2013).
2. Terwijl een suïcidepoging in de algemene bevolking een belangrijke voorspellende factor voor een zelfdoding is, is die dat in een artsenpopulatie niet (Meyers, 2011; Lagro-Janssen en Luijks, 2008). Artsen die een poging ondernemen, meestal met medicatie, sterven vaker aan hun poging, wat deels het verhoogde aantal overlijdens door zelfdoding verklaart (Hampton, 2005; Schernhammer, 2005).
3. Door de kennis van en toegang tot doeltreffende middelen zijn pogingen van vrouwelijke artsen lethaler dan pogingen van vrouwen in de algemene bevolking (Center et al., 2003), waardoor het aantal zelfdodingen bij vrouwelijke artsen in verhouding veel hoger uitkomt (Hampton, 2005). Hogere cijfers onder vrouwelijke artsen reflecteert een combinatie van sekseverschil in het voorkomen van pogingen en een hoger aantal voltooide zelfdodingen in het medische beroep (in vergelijking met algemene bevolking) (Schernhammer, 2005).

Verschillende bronnen wijzen erop dat artsen vaker dan de algemene bevolking kiezen voor vergiftiging d.m.v. medicatie als methode voor suïcide:

1. Artsen gaan over het algemeen vaker over tot vergiftiging (Hawton et al., 2000; Gold et al., 2013).
2. Ze zouden tweemaal vaker medicijnen gebruiken als suïcidemiddel (Lagro-Janssen & Luijks, 2008).
3. Overdosering van medicatie is de meest voorkomende methode (van Schaik et al., 2010).
4. Er bestaat een hoog risico op zelfdoding met medicijnen bij artsen, ondanks het eveneens hoog risico op zelfdoding met andere methoden (Agerbo et al., 2007).
5. 50% van de anesthesisten gebruikt anesthetica als suïcidemiddel, psychiaters gebruiken geen psychotrope middelen (Hawton et al., 2000). Artsen hebben vaker antipsychotica of barbituraten in hun lichaam na een zelfdoding (Gold et al., 2013).

6. Uit een psychologische autopsie bij 38 artsen die stierven door zelfdoding in Engeland of Wales tussen 1991 en 1993, bleek dat de meest gebruikte methode zelfvergiftiging was met medicijnen genomen op het werk (Hawton et al., 2004).
7. Artsen, verpleegkundigen en apothekers gebruiken eerder vergiftiging als suïcidemethode dan andere beroepsgroepen (respectievelijk vier-, drie- en vijfmaal vaker) (Skegg et al., 2010).

Toetsing aan Vlaamse huisartsen:

Hoewel goed gedocumenteerd door de literatuur, komt deze risicofactor minder vaak voor in de getuigenissen van artsen zelf.

- *Het feit dat je makkelijk toegang hebt tot medicatie*
- *Automedicatie*

Deze risicofactor werd in de vorm van een strategie ter preventie van zelfdoding bevestigd. Hierover dus verder meer.

Gebrek aan professionele ondersteuning

Algemene artsenpopulatie:

Over het algemeen is de kwaliteit van verkregen hulp bepalend voor het beschermende effect van hulpzoekend gedrag. Voldoende aandacht voor psychosociale problemen en minimaal adequate hulpverlening in termen van opvolging en begeleiding zijn belangrijke criteria in de beoordeling van de kwaliteit van de hulpverlening (Reyners et al., 2009). Landen met hogere suïcidecijfers worden gekenmerkt door minder kwaliteitsvolle hulpverlening voor personen met psychiatrische problemen (Reynders et al., 2009). Gebrek aan professionele hulpverlening voor artsen vormt dus een belangrijke risicofactor voor hun welzijn.

Wanneer artsen toch de stap zetten om hulp te vragen, blijkt dat de zorg die ze ontvangen kwalitatief minder goed is dan de zorg voor patiënten (Myers & Gabbard, 2008; Lindfors et al., 2009). Dit is te wijten aan verschillende factoren:

1. Artsen worden niet opgeleid om collega's te behandelen (Agerbo et al., 2007; Myers & Gabbard, 2008).
2. Artsen zijn vaak terughoudend om een arts in nood te helpen, uit bescherming tegen stigma, schaamte, inkomensverlies of verlies van een werkvergunning. Dit maakt deel uit van de medische cultuur, die eerder al aan bod kwam. Er is steeds het dilemma tussen bescherming van de privacy van een collega versus de veiligheid van patiënten (Wallace et al., 2009; Wallace, 2012). De drie vermijdingsmechanismen (3 D's: delusion, denial en delay) kunnen ook voorkomen bij de geconsulteerde arts en adequate hulpverlening verhinderen (De Jong et al., 2009).
3. Zieke artsen worden vaak niet serieus genomen door collega's: uit een studie van suïcidale artsen die hulp zoeken, bleek dat meer dan 50% van zij die later zelfdoding pleegden, een psychiatrische diagnose gekregen had, maar niet gehospitaliseerd was (Schernhammer & Colditz, 2004).

Deze kwalitatief minder goede zorg uit zich op verschillende manieren:

1. Artsen zijn vaak slechts beperkt beschikbaar voor zieke collega's (Agerbo et al., 2007).
2. Ze houden het taboe in stand (Agerbo et al., 2007).

3. Ze behandelen zieke collega's eerder als collega's dan als patiënten (DH, 2010).
4. Door collegialiteit en ontzag ten aanzien van de patiënt-arts zal de behandelende arts vaak meer vrijheid toestaan aan de patiënt om zijn therapie zelf te controleren (Agerbo et al., 2007; van Schaik et al., 2010).
5. Er wordt van hen verwacht dat ze sneller herstellen en ze krijgen minder nazorg (DH, 2010).
6. Deze patiënten krijgen meer medicatie en minder psychotherapie dan de algemene bevolking (Schernhammer & Colditz, 2004).
7. Artsen hebben vaak goede contacten met andere artsen, waardoor ze even tussendoor gezien worden, maar daardoor niet altijd de goede zorg krijgen (Dom, persoonlijke mededeling, 2015).

Dit kan natuurlijk niet geheel verweten worden aan de behandelende artsen. Negatieve attitudes ten aanzien van geestelijke gezondheid (szorg) en stigma bepalen ook de keuze voor een type hulpverlener en de behandelingsvoorkeur van de patiënt. De verwachtingen van de patiënt ten aanzien van de arts hebben ook een invloed op het verloop van de consultatie, de diagnostisering van de aandoening, het voorschrijfgedrag en de doorverwijzingen (Reynders et al., 2009). Daarbij komt dat de kritische en mondige houding van hulpverleners vaak verdwijnt als ze zelf patiënt worden (Brems, 2014).

Toetsing bij Vlaamse huisartsen:

59% stelt dat artsen andere zorg geven aan collega's dan aan patiënten, slechts 23,5% van de bevrageden zegt dat deze zorg aan collega's ook van mindere kwaliteit is. Dit blijkt nochtans wel uit sommige ervaringen gerapporteerd in de digitale postbus en uit de vrije tekst die de bevrageden konden toevoegen in de online bevraging.

- *De meestal minimaliserende antwoorden van collega's.*
- *Sommige collega-artsen reageren ook niet adequaat op een collega die hulp zoekt.*
- *Collegiale ondersteuning kan zeker beter*
- *Hoe dichter de arts betrokken is (professioneel, privé) bij een patiënt die zelf arts is, hoe slechter de zorg.*
- *Een collega verlot geven is vaak snijden in eigen vlees (continuïteit en wachtdienst moet verzekerd worden door de rest van de groep)*
- *Vaak minimaliseren, er van uit gaan dat men op zijn tanden kan bijten, weinig durven benadrukken dat rust moet.*
- *Wanneer men om emotionele redenen het werk dient te staken kan je duidelijk op minder begrip en ondersteuning rekenen dan wanneer men omwille van fysieke afwijkingen het werk dient te stoppen.*

Slechts 37,5% van de bevrageden stelt dat artsen terughoudend zijn om collega's met emotionele problemen te helpen.

- *Ik vind het heel moeilijk om collega's op ongezond gedrag te wijzen wanneer dit in de praktijk of op de wachtdienst problemen geeft.*

Uit eerder onderzoek bleek ook dat huisartsen makkelijk toegang hebben tot specialisten. Specialisten leggen hun verwijzers graag in de watten, waardoor huisartsen sneller gehol-

pen worden. Femke Delporte vroeg zich reeds af of dit niet tot overbodige onderzoeken en overdiagnostiek leidde (Delporte et al., 2015).

Uit eerder onderzoek bij 192 Vlaamse huisartsen en HAIO's gaf de meerderheid aan geen vaste huisarts te hebben. Ze zijn hun eigen huisarts en doen aan zelfbehandeling. Een huisarts hebben, had voor de respondenten een andere betekenis dan zoals de eerste lijn het voorstelt. De huisarts werd vaak louter ingeschakeld voor het uitvoeren van praktische vaardigheden die de huisarts niet bij zichzelf kan uitvoeren, zoals bloed nemen, bloeddruk meten e.d. De huisarts kreeg dus geen begeleidende taak en de huisarts-patiënt coördineerde de eigen gezondheidszorg (Delporte et al., 2015).

79% is het er over eens dat patiënten die arts zijn meer vrijheid krijgen om hun behandeling zelf in te vullen. Nader onderzoek kan uitwijzen welke voor- en nadelen hieraan verbonden zijn.

- *Een consult tussen arts-patiënt en arts kan snel verworden tot een 'klapke' onder collega's, dit is vaak misplaatst, een hulpvraag kan over het hoofd gezien worden.*
- *Veel hangt af van hoe je je opstelt als patiënt, ik heb proberen duidelijk te maken dat men mij moest behandelen als patiënte en niet als arts en dat is behoorlijk gelukt.*

Gebrek aan omkadering

Algemene artsenpopulatie:

Meetings om stressvolle situaties op het werk te bespreken, vertrouwelijke discussies over werkervaringen (Fridner et al., 2009; Fridner et al. 2011), een collega en supervisor die steun biedt (Adam, 2008), zijn bevorderlijk voor het welzijn van artsen op het werk. Als hulpverlener moet je je goed omringen met gelijkgestemden, met mensen met wie je kan afstemmen en verantwoordelijkheid delen. Dat werkt preventief (Daeseleire, persoonlijke mededeling, 2014).

Uit een Italiaanse en Zweedse studie blijkt dat bijeenkomsten waar veeleisende ervaringen besproken konden worden, geassocieerd waren met een lager risico op suïcidale gedachten onder artsen. Stagiaires zouden hier minder voordeel uit halen, omdat ze vooral willen laten zien welke competenties ze hebben. Ze ervaren een drempel om over hun ervaringen te vertellen, waarschijnlijk omwille van jobonzekerheid (Eneroth et al., 2014).

Volgens de HOUPE-studie in 4 Europese steden zou het beroepsgeheim wel emotionele steun verhinderen. Het maakt dat artsen niet kunnen praten over werkgerelateerde ervaringen en de emotionele gevolgen ervan. Men moet informatie over een patiënt voor zichzelf houden (Loveseth et al., 2010).

Toetsing bij Vlaamse huisartsen:

Slechts 28,1% van de bevroagde huisartsen stelt dat artsen meer kans hebben op emotionele problemen, omdat het moeilijk is om bezorgdheid over patiënten te delen met collega's. 63,1% vindt wel dat artsen meer kans hebben op emotionele problemen, omdat ze onvoldoende mogelijkheden hebben om emoties te ventileren (zoals intervisie). Bevroagden die in het verleden nog geen emotionele problemen hadden, zijn het hier vaker niet mee

eens. Ook het gebrek aan mogelijkheden en tijd om te reflecteren is volgens 60,6% een risicofactor voor emotionele problemen. Ook hier zijn bevrraagden die nog geen emotionele problemen hadden het vaker niet eens mee.

Uit de opmerkingen die artsen bij deze vragen geven, blijkt dat dit een belangrijk punt is:

- *Eigenlijk 'nergens' terecht kunnen, ondanks de nieuwere initiatieven blijven artsen teveel met hun problemen alleen staan*
- *Onvoldoende mogelijkheden (ook tijd) voor artsen om emoties te kanaliseren/ventileren*
- *Onvoldoende tijd voor opleiding en overleg.*
- *Niet kunnen brieven, delen na een moeilijke casus*
- *Te veel input en te weinig output, vooral bij solowerkende artsen met weinig contact met collega's*
- *Organisatorische aspecten zoals de 1/1-relatie arts-patiënt die, zelfs in een grotere praktijk nooit 100% kan gecompenseerd worden met overleg en feedback.*
- *Geen spreekbuis (andere dan partner)*
- *Onvoldoende mogelijkheden (ook tijd) voor artsen om emoties te kanaliseren/ventileren*
- *Bepaalde indrukken of ervaringen, zoals slecht nieuwsgesprekken, moeilijke patiënten kan je echter niet zomaar naast je neerleggen. Je voelt de noodzaak om te ventileren en te reflecteren over deze ervaringen met collega's of naasten. Maar dit ontbreekt dikwijls.*

Luc Debaene leert studenten geneeskunde aan de UA het belang van reflectie en intervisie. 'Een huisarts heeft geen metaplaats om met bewustzijn bezig te zijn, dat zit niet in onze cultuur', aldus Dr. Debaene. 'Je moet plaats, taal en cultuur hebben om te kunnen reflecteren. Dat wil ons communicatieteam inbrengen in de UA-opleiding' (Debaene, persoonlijke mededeling, 2014).

Gebrek aan kennis en vaardigheden

Algemene artsenpopulatie:

Boven bleek reeds dat artsen niet opgeleid zijn om collega's te behandelen, maar ook weinig vaardigheden voor zelfzorg verwierven tijdens de opleiding (Wallace et al., 2009; Wallace, 2012). Ook de kennis over geestelijke gezondheidsproblemen is door de hoofdzakelijk somatische gerichte opleiding vaak beperkt. Tijdens een behandeling wordt vaak verondersteld dat zij veel voorkennis hebben, hoewel dat niet noodzakelijk zo is (Brems, 2014). Sommigen weten bovendien niet waar ze voor hulp terecht kunnen (Wallace et al., 2009; Lindfors et al., 2009).

Toetsing bij Vlaamse huisartsen:

Een huisarts meldt bij de opmerkingen dat hij niet de kennis had die zijn behandelend arts bij hem veronderstelde:

- *Ik ben huisarts en consulteerde een longarts. Die zei "je zal toch nicotibine moeten nemen". Dosis, duur van de behandeling,... allemaal verondersteld gekend. Terwijl ik juist heel graag evenveel uitleg (of nog meer?) wilde als andere patiënten.*

Dat de kennis over geestelijke gezondheid bij artsen beperkt is, bleek ook uit de interviews. Veel patiënten met burn-out worden vaak enkel behandeld met antidepressiva, wat niet juist is, aldus Dr. Godderis. Burn-out is een werkgerelateerde aandoening waarin persoonlijke en werkfactoren een rol spelen. Beide moeten dus aangepakt worden (Godderis, persoonlijke

mededeling, 2014). Ook artsen die zichzelf behandelen, zijn niet steeds op de hoogte van de juiste behandeling bij emotionele problemen. Cursussen over emotionele problemen bij patiënten kunnen artsen tegelijk ook bewuster maken over zichzelf. Het werkt drempelverlagend om ook eigen signalen beter te herkennen (Daeseleire, persoonlijke mededeling, 2014).

46,1% van de bevroagden vindt dat artsen niet weten hoe ze voor zichzelf moeten zorgen.

- *Er wordt weinig aandacht besteed aan de praktische aanpak van GGZ problemen in de opleiding tot (huis)arts.*
- *Te weinig kennis rond zelfzorg. Daar heb ik helemaal niets over geleerd in mijn opleiding.*
- *Onze opleiding schiet tekort in het inzicht geven wat het betekent voor het persoonlijk welzijn om hulpverlening te doen.*
- *We leerden nergens om te gaan met de gevoelens die op je afkomen.*

Copycat

Algemene artsenpopulatie:

Er is een verhoogd suïciderisico bij ouders, kinderen en partners van personen die zelfdoding plegen. Het is echter niet geweten wat het effect is van suïcide bij peers (Pitman et al., 2014). Blootstelling aan modellen van suïcidaal gedrag vormen wel een risicofactor voor suïcidaliteit. Onderzoek heeft aangetoond dat suïcidaal gedrag kan geleerd worden door middel van imitatie na blootstelling aan voorbeelden van suïcidaal gedrag. Het gaat om het plegen van zelfdoding en om het kopiëren van middelen (Portzky & Van Heeringen, 2002). Individuen met een gelijkaardige achtergrond als de persoon zijn kwetsbaarder en ontvankelijker voor identificatie (Sisask & Airi, 2012). Doordat artsen vaker geconfronteerd worden met de zelfdoding van collega's en patiënten, kennen zij meer mensen die suïcide pleegden en zal het copycateffect voor hen groter zijn (Meyers, 2011).

Tijdens medische training worden mensen minder bang van pijn, verwonding en dood en zouden ze gewend raken aan lijden dat gepaard gaat met een verwonding. Hierdoor kan de drempel tot zelfdoding verlaagd worden. Deze impact zou echter beperkt zijn (Sher, 2011).

Toetsing bij Vlaamse huisartsen:

46,1% van de bevroagde artsen meent dat artsen meer kans lopen op emotionele problemen als een patiënt sterft door zelfdoding, tegenover 68,5% van de bevroagden die denkt dat dit het geval is als een collega sterft door zelfdoding of een poging onderneemt.

Gebrek aan sociale steun van familie en vrienden

Algemene artsenpopulatie:

Familiale integratie, ondersteuning door familie en collega's en sociale steun is een belangrijke beschermende factor voor zelfdoding (Fernquist & Cutright, 1998; Leenaars et al., 1993; Bille-Brahe & Jensen, 2004; Eskin, 2003 in Reynders et al., 2009; Wallace et al., 2009) en heeft een mediërend effect op risicofactoren (Stack, 1998 in Reynders et al., 2009). Ook het huwelijk is een beschermende factor. Het suïcidecijfer bij singles ligt tweemaal hoger dan bij gehuwden (Gold et al., 2013; Dyrbye et al., 2014). Burgerlijke staat heeft een belangrijke invloed op het suïciderisico. Dit effect verschilt naar leeftijd en geslacht, maar is vrij

stabiel over de tijd. In de periode 2006-2009 liepen ongehuwden, gescheiden personen en weduwen(aars) in Vlaanderen een hoger risico om te overlijden door suïcide dan gehuwden. Dit effect doet zich voor in alle leeftijdsgroepen en is sterker bij mannen dan bij vrouwen (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2014).

Artsen zijn vaker gehuwd dan de algemene bevolking. Artsen hebben lagere echtscheidingscijfers en zijn vaker getrouwd op het ogenblik van overlijden (Gold et al., 2013).

Het onregelmatige leven van artsen heeft echter een weerslag op hun sociale leven, waardoor beschermende factoren tegen depressie en suïcide minder voorhanden zijn (Vanschelma & Van Heeringen, 2009). De sociale omgeving van artsen bestaat bovendien voornamelijk uit artsen (Bafort, persoonlijke mededeling, 2015).

Toetsing bij Vlaamse huisartsen:

68,5% van de bevroegden uit de online bevraging vindt dat alleenstaande artsen meer kans lopen op emotionele problemen. Uit de analyse van de sterftencertificaten blijkt dat de beschermende factor van het huwelijk en samenwonen in een gezin minder groot is voor artsen dan voor niet-artsen. Artsen die sterven door zelfdoding zijn vaker gehuwd dan niet-artsen (56,8% tegenover 43,2%). Deze artsen woonden ook minder vaak alleen dan niet-artsen op het ogenblik van overlijden (27,3% tegenover 34,5%).

Door de hoge werkdruk beperkt het leven van de arts zich voornamelijk tot werken:

- *Gebrek aan sociaal leven.*
- *Sociaal isolement. Zeker als je vele uren werkt en dan nog eens alleen werkt is het niet altijd evident om een sociaal leven uit te bouwen.*
- *Een tekort aan tijd buiten de job als huisarts: te weinig samenzijn met familie, kindjes, geen tijd voor hobby's of vakantie.*
- *Gezin en beroep zijn voor een huisarts moeilijk te combineren, want het is per definitie geen nine tot five job.*

De familie heeft hier niet altijd begrip voor:

- *Onvoldoende appreciatie van omgeving*
- *Weinig begrip van het thuisfront*

Als de situatie op het werk moeilijk is en er zijn daarbij ook problemen thuis, waardoor de beschermende factor van sociale steun ontbreekt, wordt de emotionele druk erg groot (Debaene, persoonlijke mededeling, 2014; Daeseleire, persoonlijke mededeling, 2014).

2.3.5. Gewicht van de risicofactoren

Risicofactoren die erg doorwegen voor Vlaamse huisartsen zijn op de eerste plaats de werkdruk en dan voornamelijk werken onder tijdsdruk, het onevenwicht tussen werk en privé en het gebrek aan vrije tijd. Ook de verantwoordelijke functie vormt een grote stressor. Andere stressoren eigen aan de job en slechts iets lager gerankt, zijn de emotionele jobinhoud, complexe en diverse zorgvragen, administratie, het grote appel en de hoge eisen van patiënten en het zelfstandigenstatuut.

De impact van enkele persoonlijkheidskenmerken is ook aanzienlijk, zoals een groot verantwoordelijkheidsgevoel, niet kunnen begrenzen, gevoeligheid, faalangstig, perfectionisme, sterke identificatie met de job, zelftwijfel en empathie (van belangrijk naar minder belangrijk).

De medische cultuur van onkwetsbaarheid en collegiale druk wordt niet als dusdanig door veel huisartsen erkend. De gevolgen die we eraan verbonden, blijken wel voor velen voor de hand liggend. Zo zijn ze het ermee eens dat artsen zich niet comfortabel voelen in de rol van patiënt, te weinig en te laat hulp invoeren en vooral doorwerken tijdens ziekte. Als ze hulp zoeken, moet er discretie zijn. Impliciet blijkt deze cultuur in het medisch beroep bepalend te zijn voor ineffectieve coping van artsen.

Zaken die van invloed kunnen zijn op deze medische cultuur, worden niet als de grote boosdoeners gezien. De nood aan reflectie en intervisie is aanwezig, maar niet zo groot als de reeds genoemde factoren. Ook aan alleen werken, hecht men iets minder belang.

Jonge artsen hebben volgens de meeste huisartsen niet meer kans om emotionele problemen te ontwikkelen, maar de fysieke uitputting en de competitie waarmee ze te kampen hebben, krijgen wel een groot gewicht.

We vroegen de deelnemers aan de online bevraging naar hun top vijf van factoren die emotionele problemen bij (huis)artsen veroorzaken of ertoe bijdragen. Deze top vijf komt sterk overeen met de factoren die de huisartsen het grootste gewicht gaven in de online bevraging. We merken dat vooral de arbeidsomstandigheden (werkdruk, lange dagen, bereikbaarheid, onevenwicht werk-privé, vermoeidheid) erg aanwezig zijn in de top 15 van risicofactoren die we aan de hand van deze top 5 opstelden. Verder is de jobinhoud, zowel het emotionele ervan als de administratie belangrijk. Ook relaties met moeilijke patiënten en druk van collega's komt voor in de top 15. Opmerkelijk is 'gebrek aan waardering' op plaats 12.

Pas een eind verder in de lijst komen zaken als prestatiedruk, financiële zorgen, weinig tijd voor jezelf, zelfstandigenstatuut, geen kennis van zelfzorg, geen feedback over eigen functioneren. Maar ook volgende minder voor de hand liggende risicofactoren werden gemeld: graag gezien willen worden door patiënten, bang zijn dat ziekten jou ook kunnen overkomen, confrontatie met jezelf door herkenbare problemen, alcoholmisbruik, schaamte over eigen zwakte, schuldgevoel bij begrenzen.

1	Arbeidsomstandigheden	werkdruk/tijdsdruk/te veel prikkels/stress
2	Relaties met patiënten	veeleisende patiënten/gedrag van patiënten/verwachtingen van patiënten/conflicten met patiënten/gebrek aan respect van patiënten
3	Emotionele jobinhoud	zware problematiek/emotionele belasting/geen verwijsmogelijkheden voor psychische problemen/slecht nieuws melden/altijd met ziekte bezig/ emotionele betrokkenheid bij patiënten
4	Arbeidsomstandigheden	balans werk-gezin
5	Administratieve jobinhoud	administratie/administratieve belasting-last
6	Arbeidsomstandigheden	avond-/nachtwerk/wachten
7	Arbeidsomstandigheden	permanente bereikbaarheid
8	Problemen buiten werkcontext	familiale problemen
9	Arbeidsomstandigheden	lange dagen/teveel uren
10	Gebrek aan omkadering	isolement/eenzaamheid/solowerken/gebrek aan netwerk/problemen alleen dragen/gebrek aan mogelijkheden om te ventileren
11	Relaties met collega's	anti-collegiaal gedrag/spanningen met collega's/druk van collega's/moeilijke samenwerking
12	Gebrek aan waardering	geen waardering/erkenning/dalend prestige/gevoel tweede rang te zijn in geneeskundig landschap/onderbetaald/slechte honorering/onbegrip van omgeving
13	Arbeidsomstandigheden	vermoeidheid/slaapgebrek
14	Arbeidsomstandigheden	onregelmatig werk/onvoorspelbaarheid/flexibiliteit
15	Jobinhoud	verantwoordelijkheid(sgevoel) risico op/angst voor klachten, foute diagnose, niet mogen falen of fouten maken

DEEL 4. STRATEGIEËN EN GOOD PRACTICES

1. METHODE

Voor de methoden waarop de resultaten in dit gedeelte van het rapport gebaseerd zijn, verwijzen we naar de methoden onder Deel 3. Risicofactoren voor emotionele problemen bij artsen. Deze methoden werden voor beide onderdelen ingezet.

2. ANALYSE EN RESULTATEN

2.1. Strategieën

Algemene artsenpopulatie:

De resultaten van de interviews en literatuurstudie werden geordend volgens strategieën die betrekking hebben op het persoonlijke leven van de arts en strategieën met betrekking tot het professionele leven. We onderscheiden strategieën volgens niveau waarop de actor zich bevindt of wie erbij betrokken wordt, namelijk microniveau (de arts zelf), mesoniveau (collega's en familie) en macroniveau (opleidingsinstanties, kringen, overheid).

Context	Persoonlijk leven	Professioneel leven
Actor		
Microniveau	Zelfscreening Verplicht of vrijwillig	Screening (Drie)jaarlijkse screening/preventieonderzoek/ arbeidsgeneeskundig onderzoek al dan niet verbonden aan de toekenning van accreditering, webbased of bij de arbeidsgeneesheer <i>“Als we met een verplicht onderzoek het best mensen kunnen helpen, is dat voor mij ok, maar ik denk niet dat het veld daarvoor staat te springen, dus ik zou de deur openzetten, de toegang mogelijk maken, de weg tonen en dit positief proberen te realiseren. Bij een verplicht arbeidsgeneeskundig onderzoek met daaraan gekoppelde accreditering? Dan ga je op onderzoek omwille van je accreditering en niet omwille van je gezondheid”</i> (Godderis, persoonlijke mededeling, 2014)
Microniveau	Online zelfhulpprogramma vb. MijnKwartier.be	
Microniveau	Professionele hulp zoeken Vb. huisarts, psycholoog, psychiater Elke (huis)arts een huisarts De drempel om hulp te vragen/zoeken is groot, daardoor wordt het soms passief opge- vat door artsen: <i>“Wachten op hulp”, “Hopen dat iemand mijn handje vastpakt”</i> (digitale postbus)	

Context	Persoonlijk leven	Professioneel leven
Actor		
Mesoniveau	<p>Steun van familie en vrienden Volgens sommigen gaat dit makkelijker bij vrienden uit de medische sector, volgens anderen is een sociale kring enkel bestaande uit artsen beperkend.</p> <p><i>“Erover praten met naasten”</i> (digitale postbus) Ook hier ervaart men een drempel: <i>“Proberen erover te praten”</i> (digitale postbus)</p>	<p>Steun van collega’s Door te werken in <i>groepspraktijken of netwerken</i> Werken in multidisciplinaire teams (medisch, paramedisch, administratief e.a. voor steun en taakverdeling) Het gesprek aangaan met collega’s die het moeilijk lijken te hebben</p> <p><i>“Open staan voor een gesprek met collega”, “uitnodigen voor gesprek, luisteren”</i> Drempel: <i>“proberen te polsen”, “proberen erover te praten”</i> (digitale postbus)</p> <p>Collega’s aanspreken als je het moeilijk hebt</p> <p>Beter geen hulpverlening door (naaste) collega’s. Collega’s kunnen wel aanzetten tot professionele hulp zoeken:</p> <p><i>“Je kan niet een goede collega en een goede hulpverlener zijn voor een werkgerelateerd probleem. Er is dus nood aan een onafhankelijke opvolging”</i> (Godderis, persoonlijke mededeling, 2014).</p>
Mesoniveau		<p>Intervisie Intercollegiale bijeenkomsten om stressvolle werkervaringen te bespreken</p>
Mesoniveau		<p>Hulpverlening en begeleiding op kringniveau of door associatie van artsen, op maat van artsen</p> <ul style="list-style-type: none"> - een vertrouwenspersoon in de kring die aanspreekbaar is voor artsen in nood - een netwerk van hulpverleners voor artsen, zoals D4D - een aanspreekpunt voor hulpverlening voor artsen, zoals Arts in Nood - een signaalfunctie in de kring, zoals gatekeepers van D4D
Mesoniveau		<p>Begeleiding van arts (en collega’s) in de praktijk Hoe problemen bespreekbaar maken met collega’s, hoe het werk anders organiseren, hoe begrenzen Zoals The Human Link</p>

Context	Persoonlijk leven	Professioneel leven
Actor		
Mesoniveau		<p>Mentaliteitswijziging</p> <ul style="list-style-type: none"> - geen taboe op (geestelijke) kwetsbaarheid - minder competitie (vb. door diversiteit in inkomens recht te trekken), van peer pressure naar peer support - aandacht voor welzijn van collega's - bewustzijn van verhoogd risico
Macroniveau	<p>Drempel naar hulp verlagen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terugbetaling van psychologische hulp - Discrete hulpverlening, met respect voor privacy van de arts en met bescherming voor carrière, eventueel buiten het reguliere circuit, eventueel naar een andere provincie of over de grens, in een privéziekenhuis. <p><i>“Probeer een arts te hospitaliseren in een instelling waar hij of zij zelf niet werkt. Zo is er geen belangenconflict bij de behandelende artsen.” (Dr. De Witte, persoonlijke mededeling, 2014)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Beslissingen over licenties en accreditering o.b.v. professionele activiteiten niet o.b.v. behandeling of diagnose 	<p>Toegang tot arbeidsgeneeskunde</p> <p>Elke arts toegang geven tot een arbeidsgeneesheer voor werkgerelateerde problemen</p> <p>Wantrouwen t.a.v. arbeidsgeneeskunde doorbreken</p> <p>Ter verbetering van patiëntenzorg en verlaging van de drempel voor de arts zelf</p>
Macroniveau	<p>Zelfmedicatie</p> <p>Zelfmedicatie ontmoedigen of verbieden</p>	<p>Toegang tot middelen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beperking van de toegang tot dodelijke middelen - Beperking tot middelen indien een diagnose - Betere registratie van medicatiegebruik
Macroniveau		<p>Basisopleiding</p> <ul style="list-style-type: none"> - Behandeling en opvolging van andere artsen met aandacht voor schaamte, drempel, voorkennis of net niet, relatie arts-patiënt, noden van de patiënt. - time management - zelfzorg - geestelijke gezondheidszorg - leiding geven - praktijkmanagement <p>Deskundigheidsbevordering</p> <p>Idem met accreditering</p>

Context	Persoonlijk leven	Professioneel leven
Actor		
Macroniveau		<p>Aandacht voor artsen in opleiding</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minder werkuren - (behandel)programma's op school - 'mentoring': een meer ervaren arts die steun en advies kan geven aan een jonge arts - tutorship: peergroepjes, zoals aan de UA - hulpverlening voor artsen in opleiding, zoals Psynet - ter beschikking stellen van hulpverlenings-adressen - psychotherapeutische begeleiding tijdens opleiding (zoals bij psychologen) <p>Met aandacht voor omgaan met lijden-ziekte-dood, innerlijke conflicten tijdens eerste werk-ervaringen, geweld en cynisme van andere artsen/leidinggevenden, competitiviteit, patiëntgerichtheid</p>
Macroniveau		<p>Verbetering arbeidsomstandigheden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wachtposten uitbouwen - Administratieve ondersteuning - Ondersteuning voor zware psychosociale patiëntenzorg, zoals eerstelijnspsycholoog, verbeterde doorverwijzing - vervangingen vergemakkelijken - minder werkuren - samenwerking met specialisten en andere hulpverlening <p><i>"Het gezondheidszorgsysteem is een logge boot die we van koers moeten veranderen. Een grondige hervorming van de gezondheidszorg in België is nodig, waarbij het huidige model van prestatiegeneeskunde kritisch moet worden geëvalueerd"</i> (Bafort, persoonlijke mededeling, 2015)</p>
Macroniveau		<p>Verbetering arbeidsvoorwaarden</p> <ul style="list-style-type: none"> - betere sociale bescherming - gewaarborgd inkomen - verlengd verlof voor borstvoeding - erkenning bij fonds voor beroepsziekten - bediendenstatuut

Context	Persoonlijk leven	Professioneel leven
Actor		
Macroniveau		<p><i>Protocols bij disfunctioneren</i></p> <p>Gedragsregels voor artsen over het omgaan met collega's die mogelijk disfunctioneren, met stappen die een arts kan ondernemen als hij merkt dat een collega risico's voor patiënten veroorzaakt</p> <p>Regels voor het uitoefenen van praktijk bij disfunctioneren (Vb. aantal behandelcontacten, bloedtesten, toegang tot middelen)</p>
Macroniveau		<p><i>Patiënten informeren</i></p> <p>Sensibiliseren in functie van realistische verwachtingen</p>

Toetsing bij Vlaamse huisartsen:

Slechts 17,5% van de bevroegde huisartsen antwoordde bevestigend op de vraag of ze op de hoogte waren van acties in de kring ter preventie van burn-out, suïcidaliteit of andere geestelijke gezondheidsproblemen of dat ze wisten hoe in de kring werd omgegaan met artsen in nood.

De bevroegde huisartsen zien taken weggelegd voor de overheid, het RIZIV, de Orde, de universiteiten, Domus Medica, de kringen, LOK's en praktijken (collega's). Wanneer hen gevraagd wordt wat deze instanties dan zouden kunnen ondernemen, zien we volgende acties het vaakst terugkomen:

- Bespreekbaar maken, taboe aanpakken, informeren en sensibiliseren van artsen
- Aandacht in vormingen, LOK's
- Ondersteuning praktijkorganisatie
- Administratie beperken
- Samenwerking bevorderen, in netwerken of groepspraktijken, onder naaste collega's en interdisciplinair
- Collegialiteit bevorderen, openheid onder collega's
- Intervisie, peer review
- Hulpverleningsinitiatieven ontwikkelen/ondersteunen (o.a. anoniem, zonder sancties), drempel naar hulp verlagen
- Meldpunt
- Vertrouwensarts/-persoon
- Coaching bij conflictsituaties onder collega's
- Betere organisatie van wachtdiensten
- Herbekijken zelfstandigenstatuut (inkomen, verlof, ziekte, pensioen)
- Ondersteuning kringen
- Informeren, sensibiliseren van patiënten

In de online bevraging legden we de deelnemers een reeks acties voor en vroegen hen in welke mate zij het eens waren dat de voorgestelde strategieën het welzijn van artsen konden bevorderen en geestelijke gezondheidsproblemen konden voorkomen. Hieruit trachten we af te leiden aan welke acties nood is en voor welke reeds een draagvlak bestaat.

Microniveau:

59% van de bevroagden vindt zelfscreening een goede methode ter preventie van geestelijke gezondheidsproblemen bij artsen. Slechts de helft (49,2%) was voorstander van een regelmatig arbeidsgeneeskundig onderzoek.

71% van de bevroagden vindt dat iedere huisarts een huisarts zou moeten hebben. Uit onderzoek bij Vlaamse huisartsen en HAIO's door Femke Delporte blijkt dat 42% een vaste huisarts heeft (Delporte et al., 2015).

Mesoniveau:

Op vlak van hulpverlening op mesoniveau verwacht 84,8% van de bevroagde huisartsen effect van hulpverlening op maat van de arts, zoals een netwerk van hulpverleners voor artsen, waar 80% voorstander van is. Slechts de helft van de huisartsen die nog geen emotionele problemen kenden, volgen dit standpunt. Een vertrouwensfiguur voor artsen in de kring mag op de steun van 69,5% van de huisartsen rekenen. 87,9% van de bevroagde huisartsen vindt de garantie van privacy bij hulpverlening aan artsen belangrijk om het probleem aan te pakken.

Het taboe op geestelijke gezondheidsproblemen bij artsen doorbreken in de beroepsgroep stemt 82,1% van de bevroagden gunstig, hoewel minder populair bij huisartsen die nog geen emotionele problemen hadden.

De bevroagde huisartsen zijn over het algemeen voorstander van meer samenwerking onder collega's. De samenwerkingsvormen die meer afstand inhouden, scoren het best. 66,9% van de bevroagden ziet een oplossing in werken in groepspraktijken. Van de bevroagden zonder emotionele problemen tot op heden vond slechts 41,1% dat een goede zaak. Meer bevroagden (77,4%) zien een oplossing in netwerken van praktijken dan in groepspraktijken. Dit vindt ook 75,1% van de bevroagden die nog geen emotionele problemen kenden een goede zaak. 82,1% is voorstander van intervisie en overlegmomenten. 87,9% ziet heil in een vlotte samenwerking tussen artsen en psychologen voor ernstige problematieken bij patiënten om emotionele belasting tegen te gaan, maar slechts 57,1% is te vinden voor vlotte samenwerking tussen artsen en arbeidsgeneesheren.

66,3% denkt dat aanpassing van de werkomstandigheden om de concurrentie onder artsen te verminderen, effectief zou zijn.

Macroniveau:

De grote meerderheid van de huisartsen vindt dat artsen meer moeten weten over zelfzorg. 91,1% vindt dat dit een plaats moet hebben in de basisopleiding, 80,1% in deskundigheidsbevordering tijdens de jaren van praktijkvoering. Huisartsen die nog geen emotionele problemen kenden, vinden opleiding in zelfzorg minder belangrijk dan zij die al wel problemen hadden. 81,3% van de artsen zonder emotionele problemen vinden zelfzorg in het curriculum van de basisopleiding een goede zaak. 75% van de artsen zonder problemen tot op heden vinden deskundigheidsbevordering in zelfzorg een goede zaak.

Deskundigheidsbevordering over geestelijke gezondheidsproblemen vindt 73,9% waardevol. Opleiding om andere artsen te begeleiden en behandelen vindt bijval bij 71% van de bevroagden. Hier zien we een grote kloof tussen huisartsen die al eens emotionele problemen hadden en zij die dat nog niet hadden. Van zij die nog geen emotionele problemen kenden tot op het ogenblik van de bevraging zijn slechts 37,5% het eens met deze actie, tegenover 74,6% in de andere groep.

55,5% van de bevroagden vindt het belangrijk dat artsen worden opgeleid om leiding te geven. Meer artsen die nog geen problemen kenden, vinden dit een goede strategie (68,8% mee eens).

Voor 74,2% van de bevroagde huisartsen lijken richtlijnen bij vermeend disfunctioneren van een collega een goed instrument. Onder de artsen die nog geen emotionele problemen kenden, vindt dit zelfs bijval bij 93,8%.

Toegang tot de arbeidsgeneeskunde voor artsen kan op bijval rekenen van 53,4% van de huisartsen.

Voor het aanpakken van zelfmedicatie lijkt er geen draagvlak te bestaan. Slechts 37,7% van de artsen wil betere registratie van medicatiegebruik, 47,6% wil voorschrijven voor jezelf ontmoedigen en maar 17,8% van de bevroagden is te vinden voor een verbod op voorschrijven voor jezelf.

2.2. Criteria voor interventies

Op basis van voorgaande onderzoeksresultaten stellen we alvast enkele criteria voor interventies en hulpverlening aan artsen op. Dit is geen exhaustieve lijst en kan verder aangevuld worden wanneer over een concreet actieplan nagedacht wordt.

Interventies moeten aandacht hebben voor kwetsbare artsengroepen

Artsen zijn een risicogroep voor suïcidaliteit, burn-out en andere emotionele problemen. Anesthesisten, psychiaters en huisartsen (Hawton, 2001) zouden meer at risk zijn dan anderen, maar ook over de verschillende specialismen heen, kunnen we personen onderscheiden die meer aandacht verdienen.

Artsen in opleiding bevinden zich in een kwetsbare positie, door hun jonge leeftijd, positie en onervarenheid worden ze geconfronteerd met verschillende zaken die hun kwetsbaarheid uitdagen. Het is belangrijk dat artsen in opleiding van meet af aan goed omringd worden, om hen te ondersteunen indien problemen zich voordoen tijdens de opleiding, hen weerbaar te maken voor het beroepsleven en tegelijkertijd bagage te geven om niet in de val te lopen van de emotionele druk.

Vrouwelijke artsen verdienen de ruimte om werk en privé beter te combineren, voornamelijk in perioden van zwangerschap en jong moederschap, net zoals anderen die werken onder een zelfstandigenstatuut.

Artsen met verhoogd risico op psychiatrische problemen moeten ergens terecht kunnen indien hun werk deze kwetsbaarheid triggered.

Interventies en hulpverlening moeten rekening houden met bijzondere kenmerken van de arts-patiënt

Artsen hebben geen traditie van zelfzorg en hebben weinig tijd en mogelijkheden om voor zichzelf te zorgen, om hulp te zoeken en in behandeling te gaan. Dit laatste verdient volgens 77,4% van de huisartsen aandacht bij interventies. Volgens 93,8% weerhoudt het zelfstandigenstatuut hen ervan om zich ziek te melden.

Een zieke arts zou volgens 56,7% van de bevroegde huisartsen een gevaar inhouden voor zijn of haar patiënten. Patiëntveiligheid vormt de verantwoordelijkheid van de therapeut of de behandelend arts.

Bepaalde persoonlijkheidskenmerken van artsen verdienen aandacht wanneer de stap naar hulpverlening gezet wordt. Veeleisend zijn voor zichzelf, een groot verantwoordelijkheidsgevoel hebben en empathisch zijn, resulteert in moeilijk grenzen stellen. Daarom moet er volgens 86,4% aandacht besteed worden aan de eigenschap veeleisend te zijn voor zichzelf, volgens 86,4% aan het grote verantwoordelijkheidsgevoel en volgens 74,4% aan de empathie van artsen. Ook zelftwijfel houdt een belangrijke kwetsbaarheid in en behoeft volgens 74,4% aandacht, net zoals eigenzinnigheid volgens 68,3%. Bijna de helft van de huisartsen stelt dat zorgverlening aan artsen rekening moet houden met hun trotse aard (47,7%).

Artsen hebben toegang tot medicatie en zijn gewend zichzelf te behandelen. Zelfs als zij voor behandeling een arts consulteren, moet die zich ervan bewust zijn dat zijn of haar patiënt tegelijkertijd ook andere medicijnen kan nemen. Volgens 91,3% van de bevrageden moet de behandelende arts er rekening mee houden dat patiënt-artsen de neiging hebben om zichzelf te diagnosticeren en behandelen.

Hulpverlening moet laagdrempelig zijn

De cultuur binnen het medisch beroep maakt dat artsen anders aankijken tegen hun gezondheid dan andere mensen. Artsen bekijken hun gezondheid door een vervormde bril. Ziek zijn is voor patiënten en taboe voor artsen. Uiteraard zijn artsen ook maar mensen en treft ziekte hen even goed als ieder ander. Hierdoor raakt ziekte beladen met schaamte. Een arts hoort een gezond rolmodel te zijn. Deze cultuur bestaat over de landsgrenzen en over de verschillende specialismen heen, wordt 'aangeleerd' vanaf de universiteit en verder bestendigd tijdens de beroepsactieve jaren. Daarbij komt de competitiviteit die ingebakken is in het medisch beroep en evenzeer van aan de universiteit het leven van artsen beheerst. Van competitie om de specialisatie van hun keuze te kunnen uitoefenen tot competitie om patiënten te behouden en voldoende inkomen te vergaren. De professionele druk en de druk onder collega's om door te zetten, is vaak erg groot. Ook in groepspraktijken, waar artsen het werk gezamenlijk organiseren, blijven artsen zelfstandigen die hun reputatie hoog moeten houden. Volgens 90,9% van de bevragede huisartsen moeten interventies naar artsen er rekening mee houden dat artsen een hoge drempel ervaren om hulp te vragen, volgens 82,4% om hulp te ontvangen en volgens 85,2% dat ze zich niet comfortabel voelen in de rol van patiënt. Het taboe beheerst niet alleen de zieke arts. Ook de gezonde arts zal twee keer nadenken om zijn collega op ongezond gedrag of emotionele moeilijkheden aan te spreken. Het taboe bemoeilijkt steun onder peers en professionele hulpverlening.

Deze cultuur moet voorwerp van acties zijn. Er is nood aan een attitudeverandering onder artsen en onder patiënten. Een attitudewijziging gaat niet over één nacht ijs. Het vraagt aanpassing in opleiding, organisatie van gezondheidszorg en in de hoofden van artsen en patiënten. Zolang deze verandering zich niet voltrokken heeft, moet hulpverlening aan artsen hieraan aandacht besteden, opdat artsen de stap naar hulp kunnen en durven zetten. Volgens 67,9% van de bevragede huisartsen moet hulpverlening ermee rekening houden dat artsen een taboe rond hulp vragen ervaren en in mindere mate een taboe rond geestelijke gezondheidsproblemen (volgens 54,1%) en dat ze zich zorgen maken om hun carrière en reputatie (volgens 65,3%). Daarom is in het huidige klimaat vertrouwelijkheid van groot belang.

Het belang van vertrouwelijkheid situeert zich vanaf het ogenblik dat artsen zich onwel beginnen voelen. Plots blijkt je als arts ook ziek te kunnen worden en moet je je hoge verwachtingen ten aanzien van jezelf temperen. Vermijding en ontkenning vormen dan ook copingstrategie nummer één. Daarna komt de angst om als zwak bestempeld te worden als je toch naar buiten komt met je gezondheidsproblemen of werkgerelateerde zorgen. Persoonlijke zaken delen met collega's is niet makkelijk. Je hebt een reputatie hoog te houden en je perfectionisme en zorg voor anderen maken dat je ook niemand tot last wil zijn. Als jij je ziek meldt, zijn je patiënten en collega's de dupe. Wanneer je dan toch de stap naar

professionele hulp zet, hoeven je patiënten en collega's dit niet te weten. De drempel is toch al zo groot dat je liever in een andere provincie hulp zoekt en niet tussen je dorpsgenoten in de wachtzaal gaat zitten.

De nood aan privacy bij Vlaamse huisartsen is groter bij emotionele problemen dan bij fysieke problemen. Hun privacy baart hen bovendien meer zorgen dan hun carrière, hoewel beide uiteraard nauw verweven zijn. Zorgen om carrière behelzen dan o.a. financiële zorgen door patiënten die wegblijven en disciplinaire maatregelen, omdat je bekwaamheid in twijfel getrokken wordt.

Tegemoet komen aan deze nood aan vertrouwelijkheid kan concreet via hulpverlening waarbij de privacy van artsen gerespecteerd wordt. Hulpverlening kan anoniem, zonder disciplinaire gevolgen voor de loopbaan, eventueel in een 'apart' circuit, in een andere regio dan waar men woont en werkt om de privacy te waarborgen of net dichtbij en zelfs op het werk, om praktische bezwaren te beperken. Dit kan door een (instellingsgebonden) protocol te ontwikkelen voor hulpverlening aan artsen.

Deze omzichtigheid moet de hulpzoekende arts het vertrouwen geven dat hij of zij problemen niet binnenskamers hoeft te houden, ze niet hoeft te ontkennen en ook niet zelf hoeft te behandelen. Het moet de arts het vertrouwen geven dat hij of zij geholpen kan worden zonder smaad of schade te ondervinden. Deze vertrouwelijkheid is instrumenteel en een voorwaarde voor artsen om in de huidige context ten volle patiënt te kunnen zijn. Deze maatregelen mogen de zieke arts niet met een rookgordijn omhullen en mogen het taboe niet in stand houden. Idealiter doven maatregelen die tot doel hebben om deze privacy voor artsen tot een hoger niveau te tillen uit. Niet omdat vertrouwelijkheid over patiëntengegevens niet belangrijk is, wel omdat een cultuurverandering maakt dat artsen patiënt durven zijn zoals ieder ander. Patiëntenrechten gelden dan uiteraard ook voor hen en de gezondheid van artsen dient met even veel omzichtigheid behandeld te worden als die van andere patiënten.

Een arts moet ten volle patiënt kunnen zijn

Artsen moeten, indien zij dat wensen, patiënt kunnen zijn zoals iedere andere patiënt. Ze verdienen net als andere patiënten kwalitatieve zorg, moeten voldoende geïnformeerd worden en hun patiëntenrechten dienen beschermd te worden.

In verder onderzoek moet nagegaan worden of en waarin kwalitatieve zorg voor artsen verschilt van kwalitatieve zorg voor andere patiënten. Is de makkelijke toegang tot specialisten voor artsen en mogelijke overdiagnostiek bevorderlijk voor een efficiënte gezondheidszorg? Moet de patiënt-arts behoed worden voor het werkethos van de behandelende arts? Waar ligt de grens tussen empowerment van de patiënt en vrijheid om de behandeling zelf in te vullen, tussen voldoende informeren en rekening houden met voorkennis? 89,3% van de bevroegde huisartsen vindt dat de grotere voorkennis van de patiënt-arts in het achterhoofd gehouden moet worden. Uit dit onderzoek blijkt echter ook dat er vaak teveel voorkennis verwacht wordt en dat zieke artsen nood hebben aan duidelijke uitleg en omringd willen worden met dezelfde zorgen als iedere andere patiënt. Geen eenvoudige evenwichtsoefening, die ook maatwerk vraagt.

DEEL 5. BESPREKING EN CONCLUSIES

1. BEPERKINGEN EN STERKTES VAN HET ONDERZOEK

Er rust een taboe op geestelijke gezondheidsproblemen en suïcidaliteit. Het taboe is nog groter onder artsen dan onder de algemene bevolking. Dit was bepalend voor de keuze van de onderzoeksmethoden. De analyse van de sterftecertificaten hoopten we aanvankelijk te kunnen combineren met het tellen van het aantal overlijdens door zelfdoding a.d.h.v. gegevens van de Orde van Artsen. Ondanks goedkeuring door het Ethisch Comité van het UZA, zorgde het taboe ervoor dat we onvoldoende medewerking verkregen en deze methode niet konden gebruiken om de analyse van de sterftecertificaten te ondersteunen. Hierdoor kunnen we in dit rapport ook enkel Vlaamse cijfers presenteren.

De toetsing in het kwalitatieve onderzoeksgedeelte zou aanvankelijk gebeuren a.d.h.v. focusgroepen bij Vlaamse huisartsen. Weinig huisartsen werden hiervoor bereid gevonden. Dat, in combinatie met hun beperkte beschikbaarheid, noopte ons uiteindelijk om een andere onderzoeksmethode te kiezen. Ook interviews met nabestaanden konden niet doorgaan, omdat er geen kandidaten gevonden werden. Uiteindelijk konden we via een online bevraging de onderzoeksresultaten op een anonieme manier aan een groter publiek van Vlaamse huisartsen toetsen.

Het taboe op geestelijke gezondheidsproblemen zorgde mogelijk voor sociaal wenselijke antwoorden op de bevraging. Bovendien is het waarschijnlijk dat artsen die zelf al eens kampten met emotionele problemen of nauw betrokken waren bij de problematiek eerder geneigd waren om de bevraging in te vullen. Anderzijds verschaft ons dit ook informatie van ervaringsdeskundigen.

Er rijzen vragen bij de registratie van de overlijdens in Vlaanderen. Sterftecertificaten worden niet steeds volledig ingevuld en de vrije tekstvelden maken analyse moeilijk en onderhevig aan interpretatie van de onderzoekers. De registratie wijzigde doorheen de jaren en registratiemethoden zijn niet steeds waterdicht, waardoor vergelijking van data of analyse van trends niet steeds adequaat is. Bovendien zorgt het taboe op zelfdoding voor een onderschatting van de aangiften ervan, mogelijk nog meer bij personen met aanzien, zoals artsen, dan bij de algemene bevolking.

Dit onderzoek wilde een analyse maken van de sterfte door zelfdoding over 10 jaar, van 2004 tot en met 2013. Aangezien de data van 2013 nog niet beschikbaar waren bij het afronden van dit rapport, konden ze niet betrokken worden in de analyse. Bovendien leverde de gewijzigde registratiemethode vanaf 2012 enkel een nog meer onderschat suïcidecijfer op. Voor gegevens van 2013 zal dit hetzelfde zijn.

We kunnen er vanuit gaan dat de beschikbare data een onderschatting van de werkelijkheid weergeven. Niettemin werden deze gegevens niet eerder geanalyseerd met het doel suïcidecijfers bij een Vlaamse beroepsgroep te berekenen en zijn het dan ook de enige data voorhanden op basis waarvan conclusies over het voorkomen van suïcidaliteit bij artsen in Vlaanderen getrokken kunnen worden.

Hoewel geen verhoogd suïciderisico kon aangetoond worden bij mannelijke artsen in Vlaanderen, liggen de resultaten voor vrouwelijke artsen wel in lijn met de meeste internationale

studies. Uit een studie uit Engeland en Wales bleek overigens ook dat alleen vrouwelijke artsen een verhoogd suïciderisico hebben (Hawton et al., 2001).

De toetsing van de bevindingen vond enkel plaats bij Vlaamse huisartsen. Een ruimer actieplan kan opgesteld worden indien verder getoetst wordt in Wallonië en bij andere specialisten.

2. SAMENVATTING EN CONCLUSIES

2.1. De incidentie en aard van suïcide bij Vlaamse artsen

Van 2004 tot 2011 stierven 41 artsen door zelfdoding. Jaarlijks stierven gemiddeld 5,1 artsen; 3,9 mannen en 1,3 vrouwen. 34 van deze artsen (23 mannen en 11 vrouwen) waren beroepsactief op het ogenblik van overlijden. Dit geeft een gemiddelde suïciderate per jaar van 24,5 suïcides bij artsen per 100.000 beroepsactieve artsen over de periode van 2004 tot 2011, wat bijna identiek is aan de gemiddelde suïciderate in dezelfde periode bij de Vlaamse bevolking (25-65-jarigen). De suïciderate bij mannelijke artsen ligt onder de suïciderate bij Vlaamse mannen. De suïciderate bij vrouwelijke artsen ligt hoger dan die bij Vlaamse vrouwen, tot (meer dan) het dubbele over de periode 2006-2011. De suïciderate bij vrouwelijke artsen benadert en overstijgt zelfs de suïciderate bij mannelijke artsen. Hoewel we op basis van internationale onderzoeken voor zowel mannelijke als vrouwelijke artsen een verhoogd risico verwachtten, hebben enkel vrouwelijke artsen in Vlaanderen dus een (sterk) verhoogd risico, zoals ook uit een studie bij artsen uit Engeland en Wales (1979-1995) (Hawton et al., 2001).

Als we enkele andere beroepsgroepen nader bekijken, zien we dat apothekers en verpleegkundigen een sterk verhoogde suïciderate kennen. Net zoals bij artsen, benadert de suïciderate van tandartsen de suïciderate in de algemene bevolking. Advocaten, psychologen en kinesisten lopen minder risico op suïcide dan de algemene bevolking en dan artsen. Hierbij wordt geen rekening gehouden met een verschil tussen de geslachten. Op basis van deze berekeningen kunnen we voorzichtig concluderen dat toegang tot geneesmiddelen en de arbeidsomstandigheden belangrijke risicofactoren kunnen zijn voor suïcidaliteit. Socio-economische status werkt niet erg beschermend bij artsen en psychologen zijn er mogelijk beter aan toe dan artsen door een verschil in opleiding en omkadering.

Artsen die overlijden door suïcide lijken andere kenmerken te hebben dan niet-artsen die sterven door zelfdoding. De kleine aantallen maken echter dat er geen harde uitspraken over deze artsen geformuleerd kunnen worden. De voornaamste doodsoorzaak bij artsen én niet-artsen is ophanging en verstikking. Bij artsen wordt dit gevolgd door vergiftiging met geneesmiddelen; een methode die veel minder vaak voorkomt bij niet-artsen (29,6% versus 9,5%). Onder artsen die zelfmoord pleegden, is het overwicht aan mannen nog groter dan onder niet-artsen (75,0% versus 71,5%). In de leeftijdsgroep van 45 tot 54 jaar overleden de meeste artsen (38,6%). De artsen kwamen het vaakst uit Limburg en Antwerpen. De meerderheid van de artsen was gehuwd op het ogenblik van overlijden en slechts 27,3% woonde alleen. Maar liefst 77,3% was beroepsactief en 86,4% werkte als zelfstandige.

2.2. Risicofactoren voor suïcidaliteit en andere emotionele problemen bij (huis)artsen

Niet elke risicofactor, die aangetroffen werd in de voorstudie, werd erkend door de Vlaamse huisartsen in de online bevraging of de digitale postbus. We menen te kunnen concluderen dat het relevant en effectief zal zijn om acties te ondernemen om die risicofactoren aan te pakken, die ook erkend worden door Vlaamse huisartsen. Werkdruk, tijdsdruk, emotionele en administratieve taken zijn zo'n factoren die spontaan naar boven komen. Maar ook veel-eisende patiënten en collegiale druk worden belastend gevonden. Het zelfstandigenstatuut maakt ziek zijn voor artsen niet eenvoudig door verlies aan inkomen, aan patiënten en accreditering. Bijzonder is ook de aandacht die uitgaat naar 'gebrek aan waardering voor huisartsen'.

Kwetsbaarheidsfactoren worden minder vaak spontaan aangehaald. Persoonlijkheidskenmerken die vaak aanwezig zijn bij artsen en het risico op geestelijke gezondheidsproblemen worden wel erkend, namelijk een groot verantwoordelijkheidsgevoel, gevoeligheid, faalangst, perfectionisme e.a. Vrouwelijke Vlaamse artsen hebben een verhoogd risico ten opzichte van Vlaamse vrouwen, voor mannelijke artsen geldt dit niet (o.b.v. de analyse van de sterftecertificaten). Fysieke uitputting en competitie zijn belastende elementen voor jonge artsen.

Artsen die in behandeling gaan, krijgen volgens de meeste bevrageden andere, maar daarom niet minder kwalitatieve zorg dan gewone patiënten. Ze krijgen wel meer vrijheid om hun behandeling zelf in te vullen. Het is belangrijk een standaard te stellen voor goede zorg voor artsen en de noden van patiënt-artsen te verduidelijken. Uit getuigenissen van artsen die reeds ziek geweest zijn, bleek immers dat ze zich niet steeds begrepen en op hun gemak voelden. Voornamelijk bij collega's die te dichtbij staan, lijkt de hulpverleningsrelatie niet optimaal.

Risicofactoren die door weinig of geen huisartsen in Vlaanderen erkend worden, zijn daarom niet onbestaande in de Vlaamse context. Sociaal wenselijke antwoorden en het taboe op geestelijke gezondheidsproblemen kunnen de antwoorden beïnvloed hebben. Mogelijk worden ook minder evidente risicofactoren (nog) niet erkend. We zagen bijvoorbeeld dat culturele factoren an sich niet als erg belangrijk aanzien worden, maar het gevolg ervan, namelijk ineffektieve coping, wel duidelijk is voor Vlaamse huisartsen. De bevragede artsen zijn het erover eens dat artsen zich niet comfortabel voelen in de rol van patiënt, te weinig en te laat hulp zoeken, doorwerken tijdens ziekte en dat privacy bij hulpverlening belangrijk is.

De genoemde risicofactoren worden over het algemeen belangrijker gevonden door artsen die al eens emotionele problemen hadden. Hier bestaan ook significante verschillen.

Kwetsbaarheid

Samenvatting Risicofactoren	Algemene artsenpopulatie	Vlaamse huisartsen
Geslacht	Vrouwelijke artsen zijn een grotere risicogroep voor zelfdoding dan mannelijke artsen o.w.v. vrouwelijke eigenschappen (stressgevoelig, zorgend, empathisch, vaker getraumatiseerd), moeilijker evenwicht werk-gezin en minder gunstige arbeidsomstandigheden dan mannen. Aanwezigheid van vrouwen in het artsenberoep kan tegenwicht bieden voor de machocultuur.	Vrouwen geven in de online bevraging vaker aan al eens emotionele problemen te hebben gehad, maar de zwaardere problematieken komen vaker voor bij mannelijke huisartsen dan bij vrouwelijke (burn-out, depressie, alcohol- en middelenmisbruik, zelfmoordgedachten). Vlaamse vrouwelijke artsen hebben een sterk verhoogd suiciderisico tegenover Vlaamse vrouwen (analyse sterftecificaten). Vlaamse huisartsen ervaren geen grote impact van vervrouwelijking op de competitieve sfeer in het beroep. Vrouwelijke artsen lijken eerder de mannelijke kenmerken aan te nemen/te hebben.
Leeftijd	Studenten en artsen in opleiding/jonge artsen zijn at risk voor suicidaliteit en andere emotionele problemen, meer dan leeftijdsgenoten en meer dan oudere artsen. Risicofactoren zijn: werkdruk, verantwoordelijkheid, gebrek aan supervisie, conflicten, confrontatie met ziekte en dood en nieuwe ervaringen in overgangperiodes.	Slechts 32% vindt dat jonge artsen meer at risk zijn. Risicofactoren waarmee jonge artsen geconfronteerd worden zijn fysieke uitputting door slaapgebrek, overslaan van maaltijden e.d. (80,2% eens bij alle bevroegden, 88,1% eens bij jonge artsen), competitie met oog op specialisatie en carrière (67,7% eens), weinig supervisie (59,4% eens), confrontatie met lijden (57,2% eens). Oudere artsen zien meer een probleem in het cynisme op de werkvloer dan jongere artsen. De leeftijdsgroep 45-54 jaar is het meest at risk om te sterven door zelfdoding, onder 35 jaar overleed tussen 2004 en 2012 slechts 1 arts door zelfdoding.
Persoonlijkheidskenmerken	Perfectionisme, nood aan controle en autonomie, een groot verantwoordelijkheidsgevoel, zelftwijfel en schuldgevoelens zijn persoonlijkheidskenmerken eigen aan het artsenberoep. Ze maken artsen kritisch, verhogen de stress en maken dat artsen het werk moeilijk kunnen begrenzen. Een sterke identificatie met het werk maakt een werkgerelateerde crisis zwaarder. Deze persoonlijkheidskenmerken maken goede artsen, maar kunnen ook omslaan naar pathologie. Ze verhinderen vaak goede coping.	Volgens het merendeel van de artsen lopen gevoelige en empathische artsen meer kans op emotionele moeilijkheden (83,1% en 66,7% eens). Volgende persoonlijkheidskenmerken komen verder als belangrijkste risicofactoren uit de bevraging: groot verantwoordelijkheidsgevoel (87,8% eens), niet kunnen begrenzen (87,3% eens), bang zijn om te falen (81,7% eens), perfectionisme (79% eens), sterke identificatie met het beroep (73,4% eens), zelftwijfel (67,8% eens).
Samenvatting Risicofactoren	Algemene artsenpopulatie	Vlaamse huisartsen

Voorbeschikbaarheid voor psychiatrische stoornissen	Volgens bepaalde bronnen zouden artsen vaker dan anderen lijden aan alcoholmisbruik en depressie, psychiatrische stoornissen die het risico op zelfdoding verhogen. Verhoogd alcoholgebruik bij artsen impliceert echter niet noodzakelijk afhankelijkheid. De kwetsbaarheid voor psychiatrische stoornissen zou gelinkt zijn aan ervaringen met (geestelijke) gezondheidsproblemen of trauma's in het gezin van herkomst.	Volgens de bevroegden zijn gezondheidsproblemen in het gezin van herkomst en traumatische ervaringen in het verleden geen belangrijke motiverende factoren voor de beroepskeuze van artsen. 1 huisarts vermeldde wel expliciet in de digitale postbus dat ervaringen uit het verleden het welzijn van de arts op latere leeftijd beïnvloeden. Keuze voor het beroep kan bepaald zijn door ervaringen uit het verleden, die vaak tijdens de opleiding opspelen.
-----------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Stressoren

Samenvatting Risicofactoren	Algemene artsenpopulatie	Vlaamse huisartsen
Emotioneel beladen jobinhoud	Frequente confrontatie met moeilijke thema's en menselijk lijden verhoogt de kans op burn-out bij zorgverleners.	Confrontatie met moeilijke thema's, waarbij men steeds empathisch moet zijn en zich soms machteloos voelt, is belastend en verhoogt de kans op emotionele problemen (79% eens). Psychosociale thema's dagen de arts uit op dit vlak.
Diversiteit en complexiteit	Een gevarieerde functie geeft jobvoldoening.	Complexe zorgvragen (80,5% eens) en een grote diversiteit aan zorgvragen (75,7% eens) zijn een risicofactor voor emotionele problemen. Artsen die nog geen emotionele problemen kenden, antwoorden hier minder overtuigend.
Administratie	Administratie wordt als belastend ervaren door artsen, omdat ze niet altijd over de juiste competenties beschikken, het niet als hun taak zien, verschillend is van hun zorgtaken. Rolconflicten zijn geassocieerd met suïcidaliteit.	76,6% van de bevroegden vindt administratie een risicofactor voor emotionele problemen bij artsen. Artsen die nog geen emotionele problemen kenden, antwoorden hier minder overtuigend.
Werkdruk	Artsen worden geconfronteerd met een hoge werkdruk, lange werkdagen, veranderingen in organisatie en takenpakket, waardoor ze vermoeid, gestresseerd en burn-out kunnen raken.	Werkdruk wordt als belangrijke risicofactor aanzien, met als voornaamste onderdelen tijdsdruk (86,4% eens), onregelmatige werkdagen (74,8% eens), onvoorspelbaarheid van de werkdag (73,3% eens) en bereikbaarheid buiten de kantooruren (73,3% eens). Dit maakt dat artsen gebrek hebben aan mogelijkheden om te recupereren (74,8% eens), moeilijk evenwicht vinden tussen werk en privé (89,8% eens), gebrek hebben aan vrije tijd (83,1% eens) en aan tijd om voor zichzelf te zorgen (81,3% eens), twijfels hebben over hoe ze hun job kunnen volhouden (69,9% eens). Artsen die al emotionele problemen kenden, evalueren veel werkdrukgerelateerde risicofactoren als belangrijker dan artsen die nog geen emotionele problemen kenden.

Samenvatting Risicofactoren	Algemene artsenpopulatie	Vlaamse huisartsen
Verantwoordelijkheid	Als men teveel verantwoordelijkheid moet nemen, wordt dat als belastend ervaren.	De grote verantwoordelijkheid van artsen wordt aanzien als erg belangrijke risicofactor (90% eens). We merken een grotere terughoudendheid bij artsen die nog geen emotionele problemen kenden. Het besef dat niet elke hulpvraag kan geëdigd worden en dat geneeskunde onzekerheid inhoudt, kan een arts angstig en gefrustreerd maken, net door de grote verantwoordelijkheid die hij moet/wil opnemen.
Arbeidsvoorwaarden	Financiële druk (eigen aan het zelfstandigenstatuut) en druk om carrière te maken, zijn risicofactoren voor suicidaliteit en emotionele problemen bij artsen.	Het zelfstandigenstatuut, waarbij werken gelijk staat aan verdienen, vormt een heikel punt. De regelgeving rond accreditering zorgt ervoor dat een arts niet even uit het beroep kan stappen. Armoede vormt een onderschat probleem bij artsen in Vlaanderen.
Relaties met patiënten	Veel contacten met mensen vormt een bron van burn-out voor zorgverleners. Veeleisende patiënten verhogen de druk. Intermenselijk verkeer is belastend en sommige patiënten gebruiken geweld om hun eisen kracht bij te zetten.	Artsen (vooral zij met reeds emotionele moeilijkheden) ervaren een groot appel en hoge eisen van patiënten (85,7% eens en 82,8% eens).
Relaties met collega's	Gespannen relaties met collega's kunnen een risicofactor vormen, maar afwezigheid van collega's beperkt de mogelijkheid tot steun en kansen om moeilijke ervaringen uit te wisselen. Slechte relaties met collega's vormen een risicofactor, die kan verholpen worden door een goede manier van leiding geven.	Solo werken als arts vormt een risicofactor voor emotionele problemen (66,2% eens). Bijna de helft van de bevroegden vindt arts een eenzaam beroep (48,3% eens). Waarschijnlijk speelt concurrentie onder artsen daarbij een rol.

Samenvatting Risicofactoren	Algemene artsenpopulatie	Vlaamse huisartsen
Medische cultuur	<p>Een cultuur van (geveinsde) onkwetsbaarheid maakt dat een zieke arts als zwak wordt aanzien en dat artsen een hoge drempel ervaren om ziekte te erkennen om hulp te vragen. Moeite met de patiëntenrol, bezorgdheid om privacy, om werkzekerheid, angst voor controleverlies zijn andere factoren die een rol spelen.</p> <p>Hierdoor bestaat coping bij artsen uit ontkennen en vermijden. Ze maken weinig gebruik van medische zorg, behandelen en schrijven zichzelf medicatie voor. Artsen werken door bij ziekte.</p>	<p>Artsen zijn veeleisend voor zichzelf en werken in een competitieve wereld. Nochtans vindt slechts de helft van de huisartsen dat er een harde mentaliteit heerst die geen kwetsbaarheid toelaat (48,7% eens). Volgens sommigen komen ze hiermee tegemoet aan de verwachtingen van hun omgeving (patiënten, familie, vrienden, kennissen). 58,5% ziet een risicofactor in het feit dat artsen een gezond rolmodel moeten zijn.</p> <p>Vervrouwelijking van het beroep kan een matigend effect hebben (57,9% eens), maar kenmerken van vrouwen die voor het artsenberoep kiezen, zouden deze risicofactoren ook wel in stand kunnen houden. Bovendien zal de nood van vrouwelijke kenmerken om de mentaliteit onder artsen te verzachten niet erkend worden als de harde mentaliteit niet erkend wordt in de eerste plaats.</p> <p>Artsen voelen zich niet comfortabel in de rol van patiënt (79,2% eens), al is dat beter bij een specialist dan bij een huisarts (80% eens). De bezorgdheid wanneer hulp gezocht wordt voor emotionele problemen is groter dan bij somatische problemen. Men is bezorgd over carrière (65,8% eens in geval van emotionele problemen), maar nog meer om privacy (73,7% eens in geval van emotionele problemen).</p> <p>De huisartsen vinden dat artsen niet goed voor zichzelf zorgen (73,8% eens), dat ze weinig gebruik maken van medische zorg (80,7% eens), te laat hulp oproepen (81,7% eens). Artsen met reeds emotionele problemen beamen dit vaker.</p> <p>Artsen werken door tijdens ziekte (98% eens) om collega's (65,3% eens) en patiënten (69,3% eens) niet teleur te stellen.</p>

Drempelverlagende factoren

Samenvatting Risicofactoren	Algemene artsenpopulatie	Vlaamse huisartsen
Kennis over en toegang tot geneesmiddelen	<p>Artsen hebben kennis (over effecten, gebruik) van potentieel dodelijke middelen en ze zijn voor hen vaak eenvoudig beschikbaar. Ze gebruiken dan ook vaak vergiftiging door medicatie als methode en deze pogingen zijn dodelijker dan bij de algemene bevolking.</p>	<p>Deze risicofactor kwam slechts beperkt aan bod in de digitale postbus en krijgt verder aandacht onder preventiestrategieën.</p>

Samenvatting Risicofactoren	Algemene artsenpopulatie	Vlaamse huisartsen
Gebrek aan professionele hulpverlening	<p>Artsen zouden minder goede zorg verlenen aan collega's dan aan andere patiënten, omdat ze niet opgeleid zijn om collega's te behandelen en terughoudend zijn uit bescherming tegen stigma. Minder goede zorg uit zich in beperktere beschikbaarheid, meer controle voor de patiënt, minder nazorg, meer medicatie en minder psychotherapie.</p>	<p>Artsen zouden over het algemeen niet terughoudend zijn om collega's met emotionele problemen te helpen (slechts 37,5% mee eens), hoewel een collega aanspreken op ongezond gedrag toch niet eenvoudig blijkt. Ze zouden niet verwachten dat collega's sneller herstellen dan andere patiënten (slechts 28,5% mee eens).</p> <p>Artsen geven vaak andere zorg aan collega's dan aan patiënten (59% mee eens), maar volgens de artsen in de online bevraging is die zorg daarom niet kwalitatief minder goed (slechts 23,5% eens met kwalitatief minder goede zorg). Uit de opmerkingen blijkt dit echter wel. Arts-patiënten krijgen meer vrijheid om hun behandeling zelf in te vullen (79% mee eens).</p>
Gebrek aan omkadering	<p>Bijeenkomsten om ervaringen te bespreken zouden het risico op suicidaliteit verlagen. Het beroepsgeheim zou het delen van emotionele ervaringen in de weg staan.</p>	<p>Slechts 28,1% van de bevrageden stelt dat het risico op emotionele problemen bij artsen verhoogd is, omdat het moeilijk is om bezorgdheid over patiënten te delen met collega's. Er is wel te weinig mogelijkheid voor intervisie en ruimte voor reflectie (63,1% en 60,6% mee eens).</p>
Gebrek aan kennis en vaardigheden	<p>Artsen hebben weinig kennis over geestelijke gezondheidsproblemen, wat hen kan hinderen in hun dagelijkse werk, maar ook maakt dat ze problemen bij zichzelf te laat herkennen, fout behandelen of dat ze niet weten waar ze terecht kunnen voor hulp.</p>	<p>Het onderscheid tussen depressie en burn-out is vaak niet gekend. Er is weinig aandacht voor geestelijke gezondheidsproblemen in de opleiding, net als voor zelfzorg. 46,1% van de bevrageden vindt dat artsen niet weten hoe ze voor zichzelf moeten zorgen.</p> <p>Van artsen in behandeling wordt verwacht dat ze voorkennis hebben, maar dat hoeft niet zo te zijn. Ze hebben evenveel nood aan informatie als andere patiënten.</p>
Copycat	<p>Blootstelling aan voorbeelden van suïcidaal gedrag kan imitatie meebrengen. De kans op imitatie is groter, indien de herkenbaarheid groter is.</p>	<p>Huisartsen menen dat artsen een verhoogd risico lopen op emotionele problemen als een collega sterft door zelfdoding of een poging onderneemt (68,5% mee eens).</p>
Gebrek aan sociale steun van familie en vrienden	<p>Een huwelijk en sociale integratie werken beschermend voor suïcidaal gedrag. Het sociale leven van artsen is vaak beperkt.</p>	<p>Alleenstaande artsen zouden meer kans hebben op emotionele problemen (68,5% mee eens). De beschermende factor van het huwelijk en samenwonen lijkt voor artsen minder sterk dan voor niet-artsen.</p> <p>Artsen geven aan weinig tijd voor hun gezin te kunnen vrijmaken, wat voor spanningen kan zorgen.</p>

2.3. Acties ter ondersteuning van (huis)artsen met emotionele problemen

Strategieën ter bevordering van het welzijn van artsen en ondersteuning van artsen in nood werden getoetst aan een publiek van Vlaamse huisartsen in de online bevraging. Hieruit leiden we verschillende strategieën af waarvoor reeds een draagvlak bestaat en andere, die waarschijnlijk effectief zijn, maar waarvoor sensibilisering nodig is.

Het taboe op geestelijke gezondheidsproblemen bij artsen doorbreken in de beroepsgroep vindt meer dan vier vijfde van de huisartsen belangrijk (82,1%). De strategieën die verwijzen naar hulpverlening kunnen op veel bijval rekenen. Hulpverlening op maat van de arts (84,8%) en een netwerk van hulpverleners voor artsen (80%) komen naar voor als belangrijke strategieën, terwijl 'iedere arts een huisarts' (71%) en een vertrouwensfiguur in de kring (69,5%) iets minder populair zijn. 87,9% benadrukt het belang van privacy bij hulpverlening aan artsen.

Er bestaat eveneens een grote nood aan kennis over zelfzorg. Meer dan 90% vindt dat dit een plaats moet krijgen in de basisopleiding, 80,1% onder de vorm van deskundigheidsbevordering. Drie vierde van de huisartsen vindt dat de kennis over geestelijke gezondheidsproblemen vergroot moet worden en 71% vindt dat artsen opgeleid moeten worden om collega's te begeleiden en te behandelen.

Samenwerking met collega's in groepspraktijken, maar eerder nog in netwerken, kan helpend zijn volgens de bevrageerden (66,9% en 77,4%). Intervisie en overlegmomenten zijn nog belangrijker (82,1%), net zoals vlotte samenwerking tussen artsen en psychologen voor ernstige problematieken bij patiënten (87,9%). Samenwerking die wat meer afstand inhoudt, vindt de meeste bijval.

Strategieën die betrekking hebben op arbeidsgeneeskunde wekken weinig vertrouwen bij de bevragede huisartsen, zowel een regelmatig arbeidsgeneeskundig onderzoek bij artsen zelf (49,2%) als betere samenwerking met de arbeidsgeneesheer voor patiënten (57,1%).

Voor het aanpakken van zelfmedicatie bestaat momenteel geen draagvlak. Voorschrijven voor zichzelf ontmoedigen, vindt steun bij bijna de helft van de bevrageerden, een verbod op voorschrijven voor zichzelf slechts bij 17,8%.

Artsen die al eens kampten met emotionele problemen (van vermoeidheid tot suicidaliteit) schatten het belang van de voorgestelde strategieën over het algemeen hoger in. Artsen die nog geen emotionele problemen doorgemaakt hadden op het ogenblik van de online bevraging gaven significant minder steun aan enkele voorgestelde acties: zelfscreening, een regelmatig arbeidsgeneeskundig onderzoek, elke arts een huisarts, groepspraktijken, een netwerk van hulpverlening voor artsen, taboe doorbreken, privacy respecteren bij hulpverlening, opleiding in zelfzorg (zowel basisopleiding als deskundigheidsbevordering), opleiding om collega's te behandelen.

Artsen opleiden om leiding te geven, een minder populaire strategie (55,5%), vindt meer bijval bij artsen die nog geen emotionele problemen kenden. Dit geldt ook voor de strategie 'richtlijnen bij vermeend disfunctioneren'. Onder alle bevrageerden vindt deze strategie steun bij 74,2%, bij artsen zonder emotionele problemen stijgt dit tot 93,8%.

Interventies gericht naar artsen in nood dienen aandacht te hebben voor kwetsbare artsengroepen, zoals jonge artsen (in opleiding), artsen met psychiatrische stoornissen, jonge moeders e.a. Hulpverlening moet rekening houden met bijzondere kenmerken van de arts-patiënt, zoals persoonlijkheidskenmerken die het risico op emotionele problemen vergroten, het gebrek aan tijd en mogelijkheden om voor zichzelf te zorgen, hulp te zoeken en in behandeling te gaan, toegang tot medicijnen en gewend zijn zichzelf te behandelen, medische voorkennis e.d. Patiëntveiligheid vormt de verantwoordelijkheid van de therapeut of behandelend arts. De attitude van artsen ten aanzien van eigen ziekte en die van collega's maakt dat hulpverlening uiterst laagdrempelig moet zijn. Vertrouwelijkheid en respect voor privacy zijn hier sleutelwoorden, zonder het taboe op geestelijke gezondheidsproblemen te bestendigen. Een mentaliteitswijziging vormt wellicht de ultieme oplossing voor het probleem. Een arts moet, indien hij dat wenst, ten volle patiënt kunnen zijn, en dus kwalitatieve zorg krijgen, voldoende geïnformeerd zijn, met respect voor diens patiëntenrechten, ermee rekening houdend dat niet elke arts dezelfde noden heeft.

3. ALGEMEEN BESLUIT EN AANBEVELINGEN

Dit onderzoek leidt niet tot harde cijfers. Objectief gezien treft zelfdoding Vlaamse artsen niet méér dan andere Vlamingen, zoals in andere landen wel het geval zou zijn. Hoewel Vlaanderen kent een erg hoog suïcidecijfer tegenover gelijkaardige landen. Het is dan ook 'een hele opdracht' voor een groep die over het algemeen een lager gezondheidsrisico heeft, om deze suïdecijfers nog te overstijgen. Er zijn beroepsgroepen die meer at risk zijn, maar eveneens beroepsgroepen die sterk op artsen gelijken (hooggeschoold, met aanzien in de maatschappij en een behoorlijk inkomen) en die het veel beter doen. Door de gebrekkige registratie kunnen we er bovendien vanuit gaan dat de bekomen suïdecijfers een onderschatting van de werkelijkheid weergeven. En dan zeggen we nog niets over het suïciderisico onder vrouwelijke artsen dat weldegelijk sterk verhoogd is.

Wanneer we de context van de Vlaamse (huis)arts bekijken, wordt bovendien duidelijk dat hij of zij een hoog risico loopt om zich niet goed te voelen. Een accumulatie van risicofactoren maakt welzijn voor artsen een hele uitdaging. De werkdruk is al vanaf de stageperiode hels en veel artsen zijn er niet tegen gewapend. Intervisie en reflectie ontbreken, zelfzorg is nog te vaak onbemind. De hoge werkdruk maakt werken aan gezondheid bovendien praktisch onhaalbaar.

Dat het onwelzijn van artsen een negatieve impact heeft op de gezondheidszorg, moet de alarmbellen doen rinkelen. Artsen die zich niet goed voelen, zijn vaker afwezig of veranderen van job. Er gaat dan meer tijd en geld naar aanwerving en selecties. Er is een verminderde productiviteit en efficiëntie op de werkvloer, verminderde kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid, minder patiënttevredenheid en therapietrouw én een verhoogd risico op medische fouten (Wallace et al., 2009).

Alsof dit nog niet voldoende is, blijkt uit het onderzoek dat artsen veel barrières ondervinden om welzijn te bekomen. De belangrijkste uitdaging voor het welzijn van artsen is de cultuur binnen het medisch beroep die ziekte en kwetsbaarheid bij artsen tot een taboe maakt en ineffektieve coping in de hand werkt. Men heeft een reputatie hoog te houden en zorgbe-

hoevend zijn, past niet in het plaatje van de bekwame, energieke, zorgende persoon die een arts moet zijn. Artsen gaan lichamelijke en psychische ongemakken daarom zo lang mogelijk negeren en toedekken. Ze behandelen zichzelf en zoeken te laat hulp. Ze zijn geen goede patiënten en hun collega's, die in hetzelfde bedje ziek zijn, niet de best mogelijke arts voor hen. Om dit te verhelpen, moet er een attitudeverandering plaatsvinden, wat een langzame evolutie betekent van een idee van onkwetsbaarheid naar menselijkheid en van peer pressure naar peer support in het artsencorps. Voor we zover zijn en zonder deze mindset te bestendigen, moeten we hier rekening mee houden. Dat impliceert een grote nood aan vertrouwelijkheid en discretie, zodat een zieke arts op tijd hulp durft te vragen. Initiatieven als Doctors4Doctors hebben dit goed begrepen en creëerden een circuit van hulpverlening waarin artsen patiënt kunnen zijn zonder zorgen om hun privacy. Ze verlagen de drempel en leiden artsen toe naar hulpverlening.

De accumulatie van risicofactoren, barrières tot welzijn en de impact ervan op de kwaliteit van de gezondheidszorg vormt volgens de Canadese sociologe Jean Wallace meer dan voldoende bewijs om het welzijn van artsen als kwaliteitsindicator in de gezondheidszorg naar voor te schuiven (Wallace et al., 2009). Hoe deze indicator te meten, vormt voorwerp van verder onderzoek.

Ook op verschillende andere punten kan onderzoek tot meer inzicht leiden. Wat behelst een standaard voor kwalitatieve zorg voor artsen? Hoe wordt 'iedere arts een huisarts' best vorm gegeven? Waaruit kan opvolging of ondersteuning bestaan van artsen met persoonlijkheidskenmerken die een kwetsbaarheid inhouden voor geestelijke gezondheidsproblemen? Welke voordelen kan (zelf)screening bieden, al dan niet verplicht? Op welke manier kan de omgeving van een arts suïcideveilig gemaakt worden, zonder dat dit de praktijk te zeer hindert? Wat met automedicatie? Welke risico- en beschermende factoren zijn verbonden aan groepspraktijken en wat is de optimale manier om samen te werken met collega-huisartsen en interdisciplinair? Maar ook: welke aspecten kenmerken bevlogen huisartsen?

In dit onderzoek definieerden we de belangrijkste risicofactoren waarop een actieplan logischerwijze dient te focussen. Gedragen strategieën werden beschreven en er werd nagegaan waar nog nood was aan een draagvlak. Acties gericht op risicofactoren die erkend worden door een grote groep Vlaamse huisartsen en benaderd worden met gedragen strategieën, zullen op korte termijn het meeste effect hebben, wat niet wegneemt dat ook een draagvlak voor andere acties gecreëerd kan worden. O.b.v. deze onderzoeksresultaten kunnen de meest doeltreffende acties voor de Vlaamse huisartsencontext geformuleerd worden en kan een plan opgesteld worden dat aansluit bij andere initiatieven die de gezondheid van artsen reeds trachten te bevorderen, een plan dat bovendien past in het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie en gedragen wordt door het volledige werkveld. Een werkgroep buigt zich best over de concrete maatregelen, al kunnen we hier alvast een voorzet geven.

De organisatie van de zorg dient aangepakt te worden met aandacht voor de werkdruk van artsen, het beroepsstatuut en de verloning, continuïteit van zorg en patient empowerment. Een arts die kan focussen op de zorgtaken waarvoor hij of zij is opgeleid, is mogelijk meer bevlogen.

Maar bovenal moet een attitudeverandering onder artsen en patiënten dus de onkwetsbare arts van zijn voetstuk stoten en een menselijke arts in de plaats zetten. Zolang deze attitudewijziging niet voltrokken is, dient hulpverlening laagdrempelig en zeer vertrouwelijk te zijn, zonder het taboe in stand te houden. Een protocol voor de begeleiding van artsen op maat van de zorginstelling kan een oplossing zijn.

Opleiding en samenwerking rond geestelijke gezondheidsproblemen en kennis van de sociale kaart voor zichzelf en voor patiënten kan o.a. het wantrouwen jegens geestelijke gezondheidszorg bij artsen wegnemen. Ook opleiding in zelfzorg en vorming om andere artsen in behandeling te nemen zou tegemoet komen aan behoeften, net zoals mogelijkheden voor intervisie en reflectie.

Het is wenselijk dat overlijdens beter geregistreerd worden en dat aandacht uitgaat naar het registreren van beroepscategorieën, zoals ook in het buitenland het geval is. Ook voor andere doodsoorzaken dan suïcide kan dit nuttige gegevens opleveren. Indien registratie nauwkeuriger wordt en het taboe op zelfdoding wordt aangepakt, zullen de suïcidecijfers uiteraard stijgen, hoewel niet te wijten aan een toename van de problematiek.

FIGUREN EN TABELLEN

Tabel 1. Suïcide in Vlaanderen.....	9
Tabel 1. Suïcides in Vlaanderen.....	9
Tabel 2. Suïcides bij Vlaamse artsen.....	11
Tabel 3. Suïciderates bij actieve artsen en actieve Vlamingen.....	12
Tabel 4. Doodsoorzaken/methode van suïcide bij overledenen door suïcide onder artsen en niet-artsen in Vlaanderen.....	14
Tabel 5. Verdeling naar geslacht bij overledenen door suïcide onder artsen en niet-artsen in Vlaanderen.....	15
Tabel 6. Verdeling naar leeftijd bij overledenen door suïcide onder artsen in Vlaanderen.....	15
Tabel 7. Verdeling naar woonplaats bij overledenen door suïcide onder artsen in Vlaanderen.....	15
Tabel 8. Verdeling naar burgerlijke staat bij overledenen door suïcide onder artsen in Vlaanderen.....	16
Tabel 9. Verdeling naar leefsituatie bij overledenen door suïcide onder artsen in Vlaanderen.....	16
Tabel 10. Verdeling naar beroepstoestand bij overledenen door suïcide onder artsen in Vlaanderen.....	17
Tabel 11. Verdeling naar sociaal statuut bij overledenen door suïcide onder artsen in Vlaanderen.....	17
Tabel 12. Prevalentie van suïcide bij beroepsactieve personen per beroepsgroep in Vlaanderen.....	19
Tabel 13. Suïciderates (en three-year moving averages*) per beroepsgroep in Vlaanderen.....	19
Tabel 14. Leeftijd deelnemers aan de online bevraging.....	23
Tabel 15. Geslacht deelnemers aan de online bevraging.....	23
Tabel 16. Woonplaats deelnemers aan de online bevraging.....	24
Tabel 17. Praktijkvorm deelnemers aan de online bevraging.....	24
Tabel 18. Aantal HAIO's in de praktijk van deelnemers aan de online bevraging.....	24
Tabel 19. Lidmaatschap van deelnemers aan de online bevraging.....	25
Tabel 20. Emotionele moeilijkheden bij deelnemers aan de online bevraging.....	25
Tabel 21. Emotionele moeilijkheden per leeftijdsgroep bij deelnemers aan de online bevraging.....	27
Tabel 22. Emotionele moeilijkheden per woonplaats bij deelnemers aan de online bevraging.....	27
Tabel 23. Emotionele moeilijkheden per geslacht bij deelnemers aan de online bevraging.....	28
Tabel 24. Emotionele moeilijkheden per praktijkvorm bij deelnemers aan de online bevraging.....	28
Figuur 1. Suïciderates bij actieve artsen en actieve Vlamingen o.b.v. three-year moving averages.....	13
Figuur 2. Suïciderates per beroepsgroep in Vlaanderen o.b.v. three-year moving averages.....	20
Figuur 3. Theoretisch kader risicofactoren voor suïcidaal gedrag.....	31

REFERENTIES

- Aasland, O. G., Hem, E., Haldorsen, T., & Ekeberg, O. (2001). Mortality among Norwegian doctors 1960–2000. *BMC Public Health*, 2011, 11, 173.
- Adam, S. (2008). *Work-family conflict among female and male physicians in Hungary: prevalence, stressor predictors and potential consequences on physicians' well-being* [thesis]. Budapest: Semmelweis University for the degree of PhD., Budapest.
- Agentschap Zorg en Gezondheid (2014a). *Sterfte door suicide*, Geraadpleegd op 30 november 2015 via <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Sterftecijfers/Cijfers-oorzaken-van-sterfte/Sterfte-door-su%C3%AFcide/>
- Agentschap Zorg en Gezondheid (2014b). *Vlaanderen in Europa: zelfdoding*, Geraadpleegd op 30 november 2015 via <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Sterftecijfers/Cijfers-oorzaken-van-sterfte/Vlaanderen-in-Europa--Zelfdoding/>
- Agentschap Zorg en Gezondheid (2014c). *Algemene sterftecijfers door de jaren heen (evolutie)*, Geraadpleegd op 30 november 2015 via [http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Sterftecijfers/Algemene-sterftecijfers/Algemene-sterftecijfers-door-de-jaren-heen-\(evolutie\)/](http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Sterftecijfers/Algemene-sterftecijfers/Algemene-sterftecijfers-door-de-jaren-heen-(evolutie)/)
- Agentschap Zorg en Gezondheid (2014d). *Zelfdoding per leeftijd*, Geraadpleegd op 30 november 2015 via <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Sterftecijfers/Cijfers-oorzaken-van-sterfte/Zelfdoding-per-leeftijd/>
- Agentschap Zorg en Gezondheid (2014e). *Andere oorzaken vermeld bij zelfdoding*, Geraadpleegd op 30 november 2015 via <https://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Sterftecijfers/Cijfers-oorzaken-van-sterfte/Andere-oorzaken-vermeld-bij-zelfdoding/>
- Agentschap Zorg en Gezondheid (s.d.). *Statistiek van de doodsoorzaak*, geraadpleegd op 12 oktober 2015 via <http://www.zorg-en-gezondheid.be/statistiek-van-de-doodsoorzaak>
- Agerbo, E., Gunell, D., Bonde, J. P., Mortensen, P. B., & Nordentoft, M. (2007). Suicide and occupation, the impact of socioeconomic, demographic and psychiatric differences. *Psychological Medicine*, 37, 1131–1140.
- Austin, A. E., van den Heuvel, C., & Byard, R. W. (2013, January). Physician Suicide. *In Journal of Forensic Sciences*, January 2013, 58(S1).
- Bafort, M. (2014). *Arts in Nood*, Studiedag Burnout in de zorg, 30 januari 2014, geraadpleegd op 10 december 2015 via <https://www.youtube.com/watch?v=jPV2NaXa0NI&feature=c4-overview&list=U UWueLnY7Au6ud1OVTbtqTFA>
- Balch, C. M., Freischlag, J. A., & Shanafelt, T. D. (2009, April). Stress and burnout among surgeons understanding and managing the syndrome and avoiding the adverse consequences. *Archives of Surgery*, 2009, 144(4), 371–376.
- Brems, M. (2014). De dokter is ziek. In De Lepeleire, J. & Keirse, M. (Reds.), *Zorgverlener, vergeet jezelf niet, Over kwaliteit van zorg en communicatie*. Leuven: Acco.
- Brooks, S. K., Gerada, C., & Chaler, T. (2011). Review of literature on the mental health of doctors: Are specialist services needed? *Journal of Mental Health*, 2011, 1–11, iFirst article.
- Center, C., Davis, M., & Detre, T. (2003, June). Confronting Depression and Suicide in Physicians, A Consensus Statement. *JAMA*, 2003, 289(23).
- Cras, P. (2014). Primaire en secundaire preventie van burn-out. *Symposium 'Disfunctioneren van artsen'*. 10 mei 2014, Antwerpen.
- Davidson, S. K. & Schattner, P. L. (2003). Doctors' health-seeking behaviour: a questionnaire survey. *MJA*, 15, 179(6), 302–5.
- De Jong, C. A. J., Dam, I., & de Haan, H. A. (2009, Februari). De verslaafde dokter. *Medisch Contact*, 64(7), 284–287.
- Delporte F., Bastiaens H. (promotor), & Bombeke K. (co-promotor) (2015). *De huisarts als patiënt: barrières tot gezondheidszorg* [Masterproef]. Antwerpen: Huisartsgeneeskunde Universiteit Antwerpen.
- Department of Health (DH) (2010). *Invisible patients: Report of the Working Group on the health of health professionals*. London.
- Devriendt, J. (2007). *De bedrijfsarts als procesadviseur – verkenning vanuit een relationeel perspectief* [Eindwerk]. Leuven: Specialisatieopleiding Arbeidsgeneeskunde KUL.
- Dyrbye, L. N. et al. (2008, September). Burnout and Suicidal Ideation among U.S. Medical Students. *Annals of Internal Medicine*, 149(5), 334–341.
- Dyrbye, L. N., West, C. P., Satele, D., Boone, S., Tan, L., Sloan, J., & Shanafelt, T. D. (2014, March). Burnout among US medical students, residents, and early career physicians relative to the general US population. *Academic Medicine*, 89(3), 443–51.
- Eneroth, M., Gustafsson Sendén, M., Lovseth, L. T., Schenck-Gustafsson, K., & Fridner, A. (2014, March). A comparison of risk and protective factors related to suicide ideation among residents and specialists in academic medicine. *BMC Public Health*, 14, 271.
- Fridner, A., Belkic, K., Marini, M., Minucci, D., Pavan, L., & Schenck-Gustafsson, K. (2009, April). Survey on Recent Suicidal Ideation Among Female University Hospital Physicians in Sweden and Italy (The HOUPE Study): Cross-Sectional Associations With Work Stressors. *Gender Medicine*, 6(1), 314–28.
- Fridner, A., Belkic, K., Minucci, D., Pavan, L., Marini, M., Pingel, B., Putoto, G., Simonato, P., et al. (2011, August). Work Environment and Recent Suicidal Thoughts Among Male University Hospital Physi-

- ans in Sweden and Italy: The Health and Organization Among University Hospital Physicians in Europe (HOUPE Study). *Gender Medicine*, 8(4), 269-79.
- Fridner, A., Belkic, K., Marini, M., Gustafsson Sendén, M., & Schenck-Gustafsson, K (2012, July). Why don't academic physicians seek needed professional help for psychological distress? *Swiss Medical Weekly*, 16, 142: w13626.
 - Gagné, P., Moamai, J., & Bourget, D. (2011). Clinical Study Psychopathology and Suicide among Quebec Physicians: A Nested Case Control Study. *Depression Research and Treatment*, 2011, Article ID 936327, 6 pages.
 - Gold, K. B., Scott A., & Teitelbaum, S. A. (2008, Summer). Physicians Impaired by Substance Abuse Disorders. *The Journal of Global Drug Policy and Practice*, 2(2), 24-30.
 - Gold, K. J., Sen, A., Schwenk, T.L. (2013, January/February). Details on suicide among US physicians: data from the National Violent Death Reporting System. *General Hospital Psychiatry*, 35(1): 45-49.
 - Grotmol, K. S., Gude, T., Moum, T, Vaglum, P., & Tysen, R. (2013). Risk factors at medical school for later severe depression: A 15-year longitudinal, nationwide study (NORDOC). *Journal of Affective Disorders*, 20, 146(1), 106-11.
 - Hampton, T. (2005, September). Experts address risk of physician suicide. *JAMA*, 294(10), 1189-1191.
 - Hawton, K., Clements, A., Simkin, S., & Malmberg, A. (2000, June). Doctors who kill themselves: a study of methods used for suicide. *QJM*, 93(6): 351-357.
 - Hawton, K., Clements, A., Sakarovich, C., & Simkin et al. (2001, May). Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(5), 296-300.
 - Hawton, K., Malmberg, A., & Simkin, S. (2004, July). Suicide in doctors, A psychological autopsy study. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 1-4.
 - Hawton, K., Agerbo, E., Simkin, S., Platt, B., & Mellanby, R. J. (2011, November). Risk of suicide in medical and related occupational groups: A national study based on Danish case population-based registers. *Journal of Affective Disorders*, 134(1-3), 320-326.
 - Henderson, M., Brooks, S. K., del Busso, L., Chalder, T., Harvey, S., Hotoph, M., Madan, I., & Hatch, S. (2015). Shame! Self-stigmatisation as an obstacle to sick doctors returning to work: a qualitative study. *British Medical Journal Open*, 2, e001776.
 - Hikiji, W., Examiner, M., & Fukunaga, T. (2014, February). Suicide of physicians in the special wards of Tokyo Metropolitan area. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 22, 37-40.
 - Huber, M. (2014). Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food [Proefschrift]. Maastricht: Doctor aan de Universiteit Maastricht.
 - Jonckheer, P., Stordeur, S., Lebeer, G., Stordeur, S., Lebeer, G., Roland, M., De Schampheleire, J., De Troyer, M. et al. (2011). *Burnout bij huisartsen, preventie en aanpak*, KCE Reports 165A.
 - Joos, L., Glazemakers, I., & Dom, G. (2013). Alcohol use and hazardous drinking among medical specialists. *European Addiction Research*, 19(2), 89-97.
 - Jooris, S., Avonts, D. (promotor), Boydens, E. (copromotor) (2015). *Zelfzorg bij artsen, Stand van zaken in Oost-Vlaanderen [Masterproef]*. Gent: Huisartseneeskunde Universiteit Gent.
 - Keirse, M., Keirse, L., & Keirse, W. (2014). *Burn-out. In De Lepeleire, J. en Keirse, M. (Reds.), Zorgverlener, vergeet jezelf niet, Over kwaliteit van zorg en communicatie*. Leuven: Acco.
 - Kerkhof, A. & Van Luyn, B. (2010). *Suicidepreventie in de praktijk*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
 - Kerkhof, A. J. F. M., Liem, A. L. , & van Duijn, S. (z.d.), *Suicide en een zwaar bestaan, over de preventie van suicide door de beroepsgroep van anesthesiologen*, Presentatie. Vrije Universiteit Amsterdam, Sint Antonius Nieuwegein.
 - Kumar, S. (2007, October). Burnout in psychiatrists. *World Psychiatry*, 6(3), 186-189.
 - Lagro-Janssen, A. L. M. & Luijckx, H. D. P. (2008). Zelfdoding bij vrouwelijke en mannelijke artsen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 152: 2177-81.
 - Lindfors, P. M., Meretoja, O. A., Luukkonen, R. A., Elovainio M. J., & Leino T. J. (2009, September). Suicidality among Finnish anaesthesiologists. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53(8), 1027-1035.
 - Loveseth, L. T., Aasland, O. G., Fridner, A., Jonsdottir, L. S, Marini, M., & Linaker, O. M. (2010). Confidentiality and physicians' health. A cross-sectional study of university hospital physicians in four European cities (the HOUPE-study). *Journal of Occupational Health*, 52(5), 263-271.
 - Luyten, M. (2008). *Ook waterdrager hebben dorst*, 29 april 2008 en 13 mei 2008.
 - Meyers, M. F. (2011). *Webinar: Physician suicide: What do the data show? What is the scope of the problem?*, American Medical Association, 7 september 2011.
 - Michielsen, M. (z.d.), *Uitputtingsklachten en zelfzorg*.
 - Myers, M. F. & Gabbard, G. O. (2008). *The Physician as Patient, A Clinical handbook for mental health professionals*, Arlington: American Psychiatric Publishing.
 - Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J. Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008a, July). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 2008; 30(1), 133-154.
 - Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., An-

- germeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W. T. et al. (2008b, January). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 2008, 192 (2), 98-105.
- Paice, E., Rutter, H., Wetherell, M., Winder, B., & McManus, I. C. (2002, January). Stressful incidents, stress and coping strategies in the pre-registration house officer year. *Medical Education*, 36(1), 56-65.
 - Pitman, A., Osborn, D., King, M., & Erlangsen, A. (2014, June). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *Lancet Psychiatry*, 1(1), 86-94.
 - Portzky, G. & Van Heeringen, K. (2002). Copycat Suicide. *Neuron*, 7, 3-9.
 - Reynders, A., Van Heeringen, C., De Maeseneer, J., & Van Audenhove, C. (2009). *Onderzoek naar verklarende factoren voor de verschillen in suïcidecijfers in Vlaanderen in vergelijking met Europese landen*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, KUL.
 - Rössler, W. (2012, November). Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262 (Suppl 2), S65-S69.
 - Rosta, J., & Aasland, O. G. (2013, November). Changes in the lifetime prevalence of suicidal feelings and thoughts among Norwegian doctors from 2000 to 2010: a longitudinal study based on national samples. *BMC Psychiatry*, 13, 322.
 - Saeys, F., & Cammu, H. (promotor) (2012). *Middelengebruik bij de Vlaamse huisarts* [Eindwerk]. Brussel: Master na Master in de Huisartsgeneeskunde, Vrije Universiteit Brussel.
 - Schaufeli, W. & Taris, T. (2013). Het Job Demands-Resources model: overzicht en kritische beschouwing. *Gedrag & Organisatie*, 26(2), 182-204.
 - Sercu, M., De Ridder, A., De Man, H., & Godderis, L. (2012). *Arbeidsomstandigheden belangrijker dan leeftijd voor psychisch welzijn werknemer*, Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk.
 - Sher, L. (2011, June). Towards a model of suicidal behavior among physicians. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(2), 111-112.
 - Schemhammer, E. S., & Colditz, G. A. (2004, December). Suicide rates among physicians: A quantitative and gender assessment (meta-analyses). *The American Journal of Psychiatry*, 161(12): 2295-2302.
 - Schemhammer, E. (2005, June). Taking Their Own Lives — The High Rate of Physician Suicide. *The New England Journal of Medicine*, 352(24), 2473-2476.
 - Sisask, M. & Airi, V. (2012). Media Roles in Suicide Prevention: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 123-138.
 - Skegg, K., Firth, H., Gray, A., & Cox, B. (2010, May). Suicide by occupation: does access to means increase the risk? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(5), 429-434.
 - Stark, R. M. (2011, September). Training for Burnout? *Connecticut Medicine*, 75(8), 497-498
 - Tyssen, R. (2007, October). Health problems and the use of health services among physicians: A review article with particular emphasis on Norwegian studies. *Industrial Health*, 45(5), 599-610.
 - Vanbelle, E., De Witte, H., Moerenhout, E., Vandebroek, S., Vanhaecht, K., & Godderis, L. (2013). *Burn-out in de zorg: afbakening en overzicht van oorzaken en gevolgen*. Handboek HR in de zorg – Beleid en praktijk, Afl. 1- mei 2013.
 - Vandekerckhof, J., Diepvens, K., & Bosmans, K. (2013). HR-beleid voor ziekenhuisartsen: luxeprobleem of actueel onderwerp? *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 69(5), 221-229.
 - Vandebroek, S., Vanbelle, E., De Witte, H., Moerenhout, E., Sercu, M., De Man, H., Vanhaecht, K., Van Gerven, E. et al. (2012). *Een onderzoek naar burn-out en bevlogenheid bij artsen en verpleegkundigen in Belgische ziekenhuizen*. In opdracht van de FOD Volksgezondheid en de FOD Werkgelegenheid. KULeuven en IDEWE.
 - Van der Heijden, F. M. M. A. (2006, November). Toegewijd, maar oververmoeid. *Medisch Contact*, 61(45), 1792-1795.
 - Van der Wal, R. A. B., Van Rens, M. G. J., Bokdam, S. B., de Jong, C. A. J., & Scheffer, G. J. (2011, April). Aan de verkeerde kant van de naald: De verslaafde anesthesioloog. *Nederland Tijdschrift voor Anesthesiologie*, 23(2), 4-7.
 - Vandeurzen, J. (2012). *Nota van de Vlaamse Regering, Gezondheidsdoelstelling 'Preventie van zelfdoding' en Vlaams actieplan 2012-2020, ingediend door de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. stuk 1814 (2012-2013) – Nr. 1, ingediend op 28 november 2012 (2012-2013)*. Geraadpleegd op 14 december 2015 via jovandeurzen.be/sites/jvandeurzen/files/VAS_0.pdf
 - Van Dijk, H. (2014). Hoe vaak komt overspanning en burn-out voor en neemt dit toe of af? Context van Belgische (huis)artsen 2013, *Symposium 'Disfunctieneren van artsen'*. 10 mei 2014. Antwerpen.
 - Van Driessche, W. (2014). Kan uw hoofd de 21ste eeuw wel aan? *De Tijd*, Zaterdag 22 maart 2014, 56-57.
 - van Hemert, A. M., Kerkhof, A. J. F. M., de Keijser, J., Verwey, B., van Boven, C., Hummelen, J. W., de Groot, M. H., Lucassen, P. et al. (2012). *Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag*. Trimbos instituut. Utrecht: De Tijdstroom.
 - Van Landschoot, R., van Heeringen, K., & Portzky, G.

(2015, Mei). *Epidemiologisch rapport, Om trent geestelijke gezondheidsproblemen, suïcide, suïcidepogingen en suïcidale ideatie in Vlaanderen, De Vlaamse cijfers in een regionale, nationale en internationale context*. Gent: Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie-UZ Gent.

- Van Schaik, A. M., Kleijn, S. A., van der Veldt, A. A. M., & van Tilburg, W. (2010, Juni). Te veel dokters kiezen de dood. *Medisch Contact*, 65(25), 1218-1220.
- Vanstechelman, F. en Van Heeringen, C. (2009). Suïcide bij artsen. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 65(2-3), 60-64.
- Wada, K., Yoshikawa, T., Goto, T., Hirai, A., Matsushima, E., Nakashima, Y., Akaho, R., Kido, M. et al. (2011, December). Association of Depression and Suicidal Ideation with Unreasonable Patient Demands and Complaints Among Japanese Physicians: A National Cross-sectional Survey. *International Journal of Behavioral Medicine*, 18(4): 384-390.
- Wallace, J. E., Lemaire, J. B., & Ghali, W. A. (2009, November). Physician wellness: a missing quality indicator. *The Lancet*, 14, 374(9702), 1714-1721.
- Wallace, J. E. (2012, January). Mental health and stigma in the medical profession. *Health*, 16(1), 3-18.
- Wouters, S. (2011). Motivatie van studenten en jobvoldoening bij gevestigde huisartsen. *Huisarts Nu* 40(10), 446-449.

GERAADPLEEGDE BRONNEN

- American Foundation for Suicide Prevention (2008). *Struggling in silence, physician depression and suicide* [DVD]. California: State of the Art Inc.
- American Foundation for Suicide Prevention (2008). *Struggling in silence, physician depression and suicide, community resource video en Out of silence, Medical student depression and suicide* [DVD]. California: State of the Art Inc.
- Boydens, E. (2014). Artsen en eerste lijn, *Symposium 'Disfunctioneren van artsen'*, 10 mei 2014.
- Dyrbye, L. N., Harper, W., Moutier, C., Durning, S. J., Power, D. V., Massie, F. S., Eacker, A., Thomas, M. et al. (2012, August). A multi-institutional study exploring the impact of positive mental health on medical students' professionalism in an era of high burnout. *Academic Medicine*, 87(8), 1024-1031.
- Dyrbye, L. N., Satele, D., Sloan, J., & Shanafelt, T. D. (2012, March). Utility of a brief screening tool to identify physicians in distress. *Journal of General Internal Medicine*. 28(3), 421-427.
- Eenheid voor Zelfmoordonderzoek (EZO) (2011). *Samenvatting epidemiologische studie door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek: Suïcidaal gedrag in Vlaanderen*. Geraadpleegd op 14 december 2015 via <http://www.zorg-en-gezondheid.be/defaultSubsite.aspx?id=27709#.Vm6STbBlifA>
- Jonckheer, P., Stordeur, S., Lebeer, G., Roland, M., De Schampheleire, J., De Troyer, M., Kacenenelbogen, N., Offermans, A. et al. (2011). *Burnout bij huisartsen, preventie en aanpak, KCE Reports 165A*. Brussel.
- Lindeman, S., Laara, E., Hakko H., & Lonngvist, J. (1996, March). A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *British Journal of Psychiatry*, 168(3), 274-279.
- Midtgaard, M., Ekeberg, O., Vaglum, P., & Tyssen, R. (2008, October). Mental health treatment needs for medical students: a national longitudinal study. *European Psychiatry*, 23(7), 505-511.
- Niederkrotenthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E., Eisenwort, B., & Sonneck, G. (2010, September). Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *The British Journal of Psychiatry*, 197(3), 234-243.
- Robinson, G. E. & Psych, D. (2003). Stresses on women physicians: consequences and coping techniques. *Depression and Anxiety*, 17(3), 180-189.
- Saeys, F. & Cammu, H. (2014, October). GPs' attitudes on a healthy lifestyle: a survey of GPs in Flanders. *British Journal of General Practice*, 64(627), e664-e669.

PROJECT SUÏCIDEPREVENTIE BIJ (HUIS)ARTSEN

Projectleider

Hanne Claessens, Onderzoeksmedewerker Domus Medica

Interne coördinator

Frans Govaerts (en *Rik Baeten*), Coördinator Preventie Domus Medica

Stuurgroep

Prof. Dr. *Dirk Avonts*, huisarts en verbonden aan de Vakgroep Huisarts-geneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg Universiteit Gent

Prof. Dr. *Gwendolyn Portzky*, Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie, Universiteit Gent

Dr. *Erik Boydens*, huisarts en oprichter van Doctors4Doctors

Dr. *Pieter Quisquater*, huisarts en onafhankelijk adviseur

Ine Vermeersch, Suïcidepreventiewerker CGG Gent

Charlotte Lanneau, Suïcidepreventiewerker CGG Mandel en Leie

Dr. *Lut De Deken*, huisarts en medewerker Domus Medica

Advies

Nikita Vancayseele, Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, Universiteit Gent

Eva De Jaegere, Preventiemanager Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie

Ondersteuning

Annemie Verwilt, Domus Medica

Opdrachtgever

Agentschap Zorg en Gezondheid, Vlaams Actieplan Suïcidepreventie

Samenwerkingspartners

Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie

Universiteit Gent

Eenheid voor Zelfmoordonderzoek

Suïcidepreventiewerking van de CGG

Doctors4Doctors

© Domus Medica vzw

Lange Leemstraat 187

2018 Antwerpen

Tel. 03 425 76 76

E-mail: info@domusmedica.be

www.domusmedica.be

