



Burn-out in de dermatologie

Risicofactoren voor het ontwikkelen van een burn-out anno 2019

C. Kennedy | Fotografie: Dreamstime.com

Ruim dertien jaar geleden schreef collega Bergman een zeer leerzaam artikel met als titel *Dermatologie en burn-out*. [1] Hierin gaf zij een helder overzicht van de kenmerken van een burn-out, gaf zij tips voor preventie en maakte zij ons ook duidelijk dat het werk van een dermatoloog een eigen risicoprofiel kent. Toen ik recent met een chirurg over het onderwerp burn-out sprak, kwam al snel de vraag: "Een afgebrande dermatoloog hoe kan dat nou?" Enigszins lacherig werden redenen genoemd waarom een afgebrande dermatoloog zo onwaarschijnlijk leek. "Dermatologie is toch een 'superrelaxed' vak? Geen nachtdiensten, vrijwel geen opnames, eigenlijk een *nine-to-five job*, hoe kunnen die nu afbranden?" Het werd mij al snel duidelijk dat deze collega geen enkel besef had van de gemiddelde dermatologenwerkdag noch dat deze collega op de hoogte was van de verscheidenheid aan factoren die tot een burn-out kunnen leiden. [2-4] Storend was weliswaar het weinig verbloemde dedain ten aanzien van ons vakgebied.

De literatuurgegevens die momenteel beschikbaar zijn over burn-out bij dermatologen zijn afkomstig van grote Amerikaanse studies die een overzicht geven van de risicofactoren bij artsen in het algemeen. Uit verschillende studies blijkt dat er een stijging is van burn-out onder dermatologen en dat ons vak een hoog risicoprofiel kent. [2,5]

In dit artikel bespreek ik de risicofactoren voor burn-out beschreven in internationale literatuur en geef ik aanvullende informatie die is verstrekt door een willekeurige groep van twintig Nederlandse dermatologen.

BURN-OUT

Burn-out wordt gedefinieerd als een *werkgerelateerd syndroom* bestaande uit drie dimensies: 1) emotionele uitputting, 2) depersonalisatie/distantie van het werk en 3) een vermindering van de mogelijkheid van het individu om dingen te bewerkstelligen (verminderde competentie). [1]

Kenmerkende symptomen van een burn-out zijn onder andere: extreme vermoeidheid, toegenomen prikkelbaarheid, slaapproblemen, cynisme, escapisme en onzekerheid met betrekking tot het eigen kunnen. [1]

In de geïndustrialiseerde wereld is burn-out onder artsen een immer groeiend probleem. De VS en Canada melden prevalenties van rond de 50% terwijl we in Nederland mogen uitgaan van ongeveer 20%. [2,6,7]

De meest recente rapportages over burn-out bij Amerikaanse dermatologen toonden tussen 2011 en 2014 een stijgende lijn. In 2011 meldde 31,8% van de dermatologen een positieve score op minimaal één gerelateerde dimensie van de *Maslach Burn-out Inventory* (MBI,) terwijl dat in 2014 al verder gestegen was naar 56,5%. [2,3] (De MBI is een meetinstrument dat symptomen scoort die bij de drie verschillende dimensies van burn-out passen [8]).



Dermatoloog, afdeling Huidziekten, LUMC, Leiden

Officiële data met betrekking tot burn-out bij dermatologen in Nederland of Europa zijn er momenteel niet; wel is er een Finse studie die dermatologie tot een high-riskberoep rekent. [6]

Bij het beoordelen van de cijfers dient men te beseffen dat burn-out grote consequenties heeft voor de patiëntveiligheid. Dokters die een burn-out hebben, verliezen interesse in het werk, raken vaak in een isolement, geven suboptimale zorg en maken meer fouten. Het in kaart brengen van de risicofactoren voor burn-out is enerzijds van groot belang om de problematiek tijdig te herkennen en anderzijds om adequate interventies te ontwikkelen. [4]

RISICOFACTOREN VOOR BURN-OUT

Bij navraag onder Nederlandse collega's via een mini-enquête (zie addendum) werd een beeld verkregen van de factoren die volgens de dermatoloog bijdragen aan onvrede op het werk, verminderd gevoel van welzijn en eventueel een burn-out. De risicofactoren die collega's noemden, vertonen sterke parallellen met de verscheidenheid aan factoren die in de internationale literatuur genoemd worden (tabel 1). [2-4]

Persoonsgebonden risicofactoren

Literatuur

Dit zijn bijvoorbeeld demografische factoren, psychosociale factoren en factoren gerelateerd aan persoonlijke attitude. [4,7] Zo hebben jonge, alleenstaande mannen en vrouwen met opgroeiende kinderen een hoger risico. Financiële problemen, relationele problemen, fysieke en/of psychische klachten kunnen het wankel evenwicht verder verstoren. Een hoge mate van zelfkritiek, perfectionisme, matige emotieregulatie, geringe flexibiliteit in het omgaan met verandering geven ook aanleiding tot een hoger burn-outrisico. Daarentegen zijn vaardigheden op het gebied van interpersoonlijke communicatie, coping, invoelend vermogen, het kunnen delegeren, organiseren en samenwerken juist weer risicoverlagend.

Dermatologenenquête

De vraag of er ook persoonsgebonden factoren zijn die kenmerkend zijn voor de dermatoloog is moeilijk te beantwoorden. Een gegeven is wel dat de artsen die dermatoloog willen worden zeker de werktijden en de ruimere invulling van het

Tabel 1. Overzicht van risicofactoren gemeld door 20 Nederlandse dermatologen (man:11; vrouw:9).

Type stressoren	Totaal aantal
Werkgerelateerd	
Administratieve rompslomp	15 (75%)
Toegenomen complexiteit van het werk	13 (65%)
Te veel patiënten op een dag	12 (60%)
Niet genoeg tijd voor de patiënt	12 (60%)
Elektronisch Patiëntendossier EPD	7 (35%)
Geringe satisfactie m.b.t. werk	7 (35%)
Onvoldoende praktijkondersteuning	6 (30%)
Organisatie	
'Het management' m.n. het gebrek aan...	11 (55%)
Verlies van autonomie en controle	5 (25%)
Angst voor een klacht/proces	2 (10%)
Positie van de dermatoloog	16 (80%)

privéleven (zoals tijd voor hobby's, kunst, muziek en cultuur) mee laten tellen.

Indien de dagelijkse werkelijkheid erg tegenvalt dan kan dat desillusie en onvrede tot gevolg hebben.

Werkgerelateerde risicofactoren

Literatuur en dermatologenenquête samengevoegd

In de internationale literatuur omtrent werkgerelateerde risicofactoren worden stelselmatig hoge werkdruk, hoge patiënten turn-over, korte consulttijden, lange werkdagen, administratieve rompslomp en problemen met het elektronisch patiëntendossier (EPD) genoemd. [2,4,7,9,10] Deze werkgerelateerde risicofactoren komen grotendeels overeen met de risicofactoren zoals benoemd in de dermatologen-enquête (tabel 1).

Typisch voor de dermatologie is de dagelijkse 'ratrace' die gekenmerkt wordt door de vele, snelle contacten die kunnen oplopen tot boven de zestig per dag. De consulten zijn kort, waarbij vijf minuten voor een vervolgsconsult en tien minuten voor een nieuwe patiënt soms nog steeds als normtijden gelden. Inhoudelijk betekent dit dat de dermatoloog zich elke vijf tot tien minuten mentaal instelt op een 'nieuw probleem'. Naast de officiële agenda zijn er ook nog de vele consulten en 'tussendoortjes'. Dit zijn dan de patiënten die even tussen 'neus en lippen' door gezien moeten en meestal aangekondigd worden met het bekende "ach, kun je even een blik werpen". Een vaak gehoorde klacht van dermatologen is ook dat er niet voldoende tijd is voor het consult. De patiënten turn-over is hoog, en de vele consulten gaan gepaard met veel administratieve handelingen waardoor er onvoldoende tijd over is voor wezenlijk contact met de patiënt. Om dit tekort te compenseren bestaat er vaak de neiging om te gaan multitasken. Hierbij wordt de aandacht versnipperd en is het resultaat dat men vaak het gevoel krijgt dat het werk niet af is. [1]

Andere factoren die genoemd werden ten aanzien van de dermatologische praktijkvoering zijn onder andere de toegenomen complexiteit van het werk.

Dermatologen zien naar zeggen steeds vaker patiënten met complexe problematiek wat door sommigen wordt verwoord als het "indikken van de pathologie".

De 'te late' doorverwijzing door de huisarts heeft dan tot uitgebreidere pathologie geleid die vervolgens door de dermatoloog opgelost moet worden, 'puinruimen' genoemd, hetgeen weer extra tijd en energie kost. Vervolgens wordt de complexiteit van het spreekuur ook nog gevoeld door de toegenomen registratiedruk vermold in allerlei regeltjes en checklijstjes die als storend, controlerend en betuttelend ervaren worden. De nachtmerrie die EPD heet, wordt in de literatuur als een risicoverhogende factor gezien, omdat het veel verscholen werk met zich meebrengt. [10] Niet alleen tijdens het spreekuur, maar ook na het werk en soms in het weekend wordt privétijd opgeofferd aan het tijdrovende updaten van het EPD. [10]

Organisatiegerelateerde factoren

Literatuur en dermatologenenquête samengevoegd

Deze factoren hebben dikwijls betrekking op de relaties met het bestuur/management en de andere 'spelers in het veld'. In de loop der jaren is in veel westerse landen binnen de



gezondheidszorg het servicemodel vervangen door een businessmodel waarin het 'productiedraaien' centraal is komen te staan. De doelstelling van het management is vaak vrij eenvoudig te verwoorden als: "zoveel mogelijk patiënten in een zo kort mogelijke tijd 'zien'". Bij deze 'marktwerking in de zorg' staat de patiënt noch de medisch specialist centraal en wordt de sfeer bepaald door 'een oerwoud aan zorgmanagers' die allemaal leuke ideeën hebben die de specialist er nog wel even bij kan doen. In een omgeving van onzinnige vergaderingen, regeltjes, checklijstjes en protocollen zijn conflicten omtrent bijvoorbeeld de productiequota snel geboren.

Gebrekkige ondersteuning van het management met betrekking tot het oplossen van problemen op de werkvloer, gebrek aan professionele ontwikkelingsmogelijkheden binnen de organisatie en het verlies aan onderlinge professionele contacten leiden tot isolement, verlies van autonomie en controle.

[11] Zo ontstaat een organisatie waarin geen stimulans voor persoonlijke groei meer aanwezig is en men gemakkelijk vervalt tot het dagelijks doen van hetzelfde trucje tot aan de pensioengerechtigde leeftijd.

Burn-out, ziekte, het eerder vrijwillig stoppen met werken, zijn dan de resultaten van op winstbejag georiënteerde organisaties waarbij niet de noden en het welzijn van de artsen op de voorgrond staan.

De keerzijde is dat uitval van een arts vaak hoge kosten voor de organisatie met zich meebrengen. In de VS zijn de schattingen dat het zoeken naar een nieuwe collega en het inwerken 2-3x het jaarsalaris van een medisch specialist kost. [11]

INTERVENTIES

Persoonlijke interventies

Belangrijk is het besef dat burn-out niet een individueel probleem is. Burn-out dient als een multifactorieel probleem gezien te worden. Er dient gekeken te worden naar het gehele samenspel van factoren en de interventies dienen breed en systeemgeoriënteerd te zijn. Indien interventies *alléén* op het individu gericht zijn, ontstaat het idee dat de oplossing gezocht moet worden bij de persoon die 'opgebrand' is, wat kan leiden tot stigmatisatie en het gevoel van onveiligheid verder kan versterken. [11]

Coaching, onderlinge supervisie en intervisie, psychotherapeutische begeleiding, cursussen over zingeving, stressmanagement, mindfulness en compassie cursussen en groepsprogramma's waarin artsen praten over hun ervaringen kunnen alle behulpzaam zijn om de veerkracht en stressbestendigheid te verhogen. [11-16]

Idealiter worden deze programma's niet alleen therapeutisch gebruikt, maar kunnen ze ook *preventief* als onderdeel van de opleiding ingezet worden. Het vroeg aanleren van het herkennen

van de eigen stressreacties is een belangrijk onderdeel van het ontwikkelen van zelfzorgcapaciteiten en het verstevigen van de persoonlijke veerkracht. [12,16]

Interventies op het gebied van werk en organisatie

In grote lijnen zijn de interventies op werk- en organisatie-niveau gericht op het verminderen van de stressoren, het verhogen van de satisfactie met betrekking tot het werk, het hervinden van zingeving, autonomie en controle. [11-13]

Velen voelen zich door de huidige werkomstandigheden en de organisatorische stroperigheid geïsoleerd en gemarginaliseerd. Het verlies aan autonomie en controle heeft bij collega's geleid tot negativisme, cynisme, wantrouwen en gevoelens van hopeloosheid.

Bestuurders dienen te onderkennen dat er een burn-outprobleem is. Het voorbij gaan aan de huidige signalen onder artsen is vragen om (nog meer) problemen in de steeds maar duurder wordende zorg. Uitval van artsen kost veel geld en leidt tot grote deficiënties met betrekking tot het kunnen bieden van verantwoorde en kwalitatief hoogstaande zorg. [12,13] Ingrijpende maatregelen zullen nodig zijn om de huidige situatie te saneren en het welzijn van de medisch specialist te bevorderen.

Veranderingen in de manier van werken die een bijdrage kunnen leveren aan werkplezier en welbevinden zijn gelegen in het meer tijd creëren voor het patiëntencontact door langere consulttijden te hanteren. Op deze manier komt de zorg voor de patiënt weer centraal te staan en heeft de specialist meer tijd om deze zorg daadwerkelijk te verlenen. De toegenomen complexiteit van het werk vereist ook meer tijd voor reflectie wat nu vaak niet lukt vanwege 'de drukte'.

Bij langere consulttijden en een gelijke hoeveelheid patiënten zullen meer specialisten per maatschap nodig zijn. Door meer tijd en ruimte te creëren in de dagelijkse gang van zaken kan de werkdruk voor de specialist verlaagd worden, kan de arbeidsvreugde verhoogd worden en, niet onbelangrijk, kan iedere jonge klare een baan gegarandeerd worden na vijf jaar opleiding. Meer specialisten per maatschap heeft vanzelfsprekend financiële consequenties, waar de ziekenhuizen en de maatschappen het over eens zullen moeten worden. Mogelijk zullen we in de toekomst in toenemende mate zien dat specialisten het vrije beroep verlaten richting loondienst. Waarschijnlijk is dit het lot dat ook de dermatoloog uiteindelijk boven het hoofd hangt. Bestuurders dienen te beseffen dat dit consequenties zal hebben voor de specialist die toch al het gevoel heeft aan alle kanten belaagd te worden. [11,15] Het gevoel van autonomie en controle over het eigen handelen zal hierdoor in eerste instantie niet bevorderd worden. Deze transitieprocessen dienen daarom ook nauwkeurig begeleid te worden door de eigen

beroepsvereniging, het management en alle overige organisaties die een rol spelen in de zorgverlening. [15]

Een belangrijke stap in het verminderen van de werkdruk is gelegen in het verregaand 'ontregelen' van de zorg. Men dient nauwkeurig te definiëren welke data geregistreerd dienen te worden voor kwaliteitsdoelinden en eventueel epidemiologisch onderzoek.

Er is behoefte aan leiderschap dat weet te stimuleren en weet te ondersteunen, hetgeen alleen ontwikkeld kan worden indien er met aandacht geluisterd wordt naar de ervaringen van de artsen op de werkvloer. Het opleiden van artsen met klinische ervaring tot leiders (bijvoorbeeld in de raden van bestuur of andere bestuurlijke functies) is van grote waarde, daar deze collega's de problematiek van 'de kliniek' begrijpen. Klinisch inzicht kan ondersteunend zijn bij het ontwikkelen van interventies om het werk efficiënter te maken voor specialist en overig medisch personeel.

Nieuwere vormen van zorgverlening kunnen geëxploreerd worden. Zorg kan geleverd worden door teams bestaande uit specialist, verpleegkundigen en doktersassistenten. Door minder tijd bezig te zijn met het EPD en door bijvoorbeeld de klinische informatie in te laten vullen door doktersassistenten, kan de dermatoloog zich beter op de patiënt richten. [10] Hierbij is het wel van belang dat deze taakherschikking te allen tijde plaatsvindt onder supervisie van de dermatoloog. Het niet-gesuperviseerd uitbesteden van dermatologische diagnostiek en therapie aan hulppersoneel of paramedici geeft immers het risico dat suboptimale zorg aangeboden wordt.

In de literatuur wordt het bevorderen van gemeenschapszin als een belangrijke stap gezien in het opnieuw ontwikkelen van autonomie en controle.

Een versterking van de onderlinge banden, de cohesie tussen de artsen is ook van groot belang voor de algehele werksatisfactie. Momenteel zitten artsen vaak in hun eentje na het spreekuur nog geruime tijd administratieve zaken af te handelen om daarna snel naar huis te gaan. Het stimuleren van klinisch overlegsituaties, en het stimuleren van onderling contact tussen de artsen kan een algemeen gevoel van 'we doen het ergens voor' nieuw leven inblazen. [12,15]

Door het leggen van contacten met andere vakgroepen wordt de mogelijkheid gecreëerd om ons eigen vak duidelijker te profileren naar derden. Een spin-off hiervan kan zijn dat er nieuwe leermomenten en uitdagingen ontstaan die de leercurve van de individuele specialist weer een stimulans geven.

Een interessante bevinding van de mini-enquête die aansluit op het belang van de onderlinge saamhorigheid is de positionering van de dermatoloog. Momenteel is de positionering van de dermatoloog in de medische staf vaak zodanig dat deze qua aantallen in de minderheid is en daardoor vaak minder invloed heeft op beleidsvorming en geldstromen. Dit ondanks het feit dat in veel ziekenhuizen de Dermatologie een belangrijke rol speelt bij de inkomsten van het ziekenhuis. Daarnaast is er vaak het onuitgesproken oordeel over het werk van de dermatoloog. Grote vakgroepen schermen met de *disutility* van hun vak, maar beseffen niet dat de dermatoloog dagelijks

de meeste patiënten ziet. De stereotype beeldvorming is nog steeds dat dermatologen een makkelijk baantje hebben. Het doorbreken van deze stereotypering lukt alleen indien we de communicatie met onze beroepsgenoten verder weten te stimuleren.

CONCLUSIES

Burn-out dient gezien te worden als een multifactorieel, systemisch probleem.

Er is behoefte aan centrale coördinatie om dit fenomeen op verschillende niveaus te kunnen aanpakken. [15] Alle belanghebbenden dienen in kaart gebracht te worden: specialisten, medische staf, ziekenhuisbesturen, overheid, beleidsmakers, zorgverzekeraars, IT-aanbieders, patiënten- en researchorganisaties. [15,16]

We dienen te beseffen dat we ons in een precare situatie bevinden. Indien er geen adequate maatregelen worden genomen dan staat zowel het welzijn van patiënten als van specialisten op het spel en kunnen we onmogelijk hoogkwalitatieve zorg blijven garanderen. [16]

Met dank aan alle dermatologen die aan de mini-enquête hebben deelgenomen.

Addendum

Vragen van de mini-enquête

1. Welke (risico)factoren spelen naar jouw mening een rol bij het ontwikkelen van een burn-out bij dermatologen en/of aios dermatologie?
2. Is jouw eigen werkplezier/bevlogenheid/interesse in het vak de laatste jaren aan verandering onderhevig geweest? Zo ja, kun je enkele algemene factoren noemen die daarmee te maken hadden?
3. Burn-outfactoren zijn te benoemen op verschillende niveaus:
 - op persoonlijk vlak;
 - op gebied van het werk zelf;
 - op het gebied van de organisatie en veranderingen in de gezondheidszorg;
 - op het gebied van de heersende cultuur.

Kun jij daar iets bij benoemen dat naar jouw mening specifiek is voor de dermatoloog?

LITERATUUR

1. Bergman W. Dermatologie en burn-out. *Ned Tijdschr Dermatol Venereol* 2005;15:262-6.
2. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, et al. Changes in burn-out and satisfaction with work-life balance in physicians and the general population. *Mayo Clin Proc* 2015;90(12):1600-3.
3. Shanafelt TD. Why burn-out is increasing among dermatologists. *Dermatology Times* 2016, February 5. www.dermatologytimes.com/dermatologytimes/news/why-burnout-increasing-among-us-dermatologists.
4. Dyrbye Shanafelt TD, Sinsky CA, et al. Burn-out among health care professionals: a call to explore and address this underrecognized threat to safe, high quality care. Washington DC: National Academy of Medicine, July 5 2017. <https://nam.edu/Burnout-Among-Health-Care-Professionals>.

De complete literatuurlijst is, vanaf drie weken na publicatie in dit tijdschrift, te vinden op www.nvdv.nl.

SAMENVATTING

Burn-out onder artsen is een toenemend probleem in het geïndustrialiseerde Westen. Ook onder dermatologen zijn de burn-outcijfers de laatste jaren gestegen.

In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de risicofactoren voor een burn-out en wordt onderzocht welke interventies nodig zijn. Een goed inhoudelijk begrip van deze risicofactoren die op persoonlijk vlak, op het werk en/of in de organisatie 'spelen', is van groot belang om adequaat met deze problematiek om te gaan.

TREFWOORDEN

burn-out – risicofactoren – public health

SUMMARY

Burnout is an increasing problem among physicians in the industrialized world. Dermatologists are of the opinion that burnout rates among dermatologists have also increased over the last few years. Only a clear understanding of the factors involved in the development of burnout will assist dermatologists in dealing with this challenge. This article provides an overview of currently known risk factors. Solutions are explored that may benefit dermatologists in dealing with burnout. Personal, work related, organizational risk factors need to be considered when developing interventions to curb this crisis.

KEYWORDS

burnout – risk factors – public health

CORRESPONDENTIEADRES

Kees Kennedy

E-mail: keeskennedy@gmail.com