

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTvG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTvG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonneementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

Een goede én gelukkige dokter? Zo kan het

Pleidooi voor terugkeer naar de kernwaarden van het doktersvak

Kiki M.J.M.H. Lombarts

Kun je in deze tijd een goede dokter zijn en tegelijk je eigen welzijn bewaken? Het antwoord is ja, mits we terugkeren naar de kernwaarden van de geneeskunde.

Tien jaar geleden discussieerden we over wat een *goede* dokter maakt; tegenwoordig zijn vitaliteit en geluk van de dokter steeds vaker onderwerpen van gesprek. In discussies worden 'goed' en 'gelukkig' stevast tegenover elkaar gezet, alsof men moet kiezen tussen 'je presteert goed' of 'je zorgt goed voor jezelf'. Dit is een invoelbare spanning, gegeven de hoge eisen die aan dokters worden gesteld in een tijd van arbeidstekorten, hoge werkdruk en de vermarkting van de zorg. Tegelijkertijd is het ook een gemiste kans omdat de focus op dat wat nodig is om goed te worden of blijven, tegelijkertijd zorgt voor vitaliteit en geluk. Ik licht dat toe in deze bijdrage. In plaats van te proberen de dokter vitaal te houden met coaching, mindfulness of gesponsorde lunches, is het urgenter dan ooit om de bedoeling van de geneeskunde weer aandacht te geven in gesprek en beleid, en om de relatie tussen arts en patiënt weer centraal te stellen in plaats van de transacties tussen hen. Dan blijken goed en gelukkig twee kanten van dezelfde medaille te zijn.

De 'goede dokter'

Populair gezegd is een goede dokter een dokter 'met een koel hoofd en warm hart'. Goed worden, zijn en blijven is eenvoudig noch vanzelfsprekend. Dat wat de dokter laat zien in de klinische praktijk – haar 'professional performance' – vraagt om onderhoud en gerichte ontwikkeling gedurende de hele medische carrière. Eerder introduceerde ik hiervoor de drie pijlers van professional performance: (a) het continue streven naar excellentie, (b) het handelen vanuit medemenselijkheid en (c) het afleggen van rekenschap (tabel).¹ Ze zijn gebaseerd op onderzoek naar top performance en manieren om de best mogelijke resultaten voor patiënten te realiseren. Voor dokters kunnen ze een leidraad vormen bij het streven een goede arts te zijn.

continu streven naar excellentie	handelen vanuit medemenselijkheid	rekenschap afleggen
intrinsieke motivatie	de relatie arts-patiënt vanuit menselijke gelijkwaardigheid aangaan	zelfreflectie
bescheidenheid	presentie	werken vanuit professionele waarden
toewijding aan kennis	empathie en compassie	voldoen aan professionele eisen, gedragscodes, standaarden en richtlijnen
verbeteringsgericht zijn	gezamenlijke besluitvorming	deelname aan kwaliteitstoetsing en -registratie
mindful werken	zelfzorg	
'growth mindset' ontwikkelen		

Tabel

De drie pijlers van 'professional performance' en enkele kenmerkende aspecten

Strategieën

Strategieën voor goede performance zijn onder meer het werken vanuit intrinsieke motivatie, bescheidenheid en compassie, het gericht zijn op verbetering en toegewijd zijn aan kenniscreatie, -overdracht of -toepassing. Deze strategieën veronderstellen een reflectieve houding van de dokter. Bescheidenheid, bijvoorbeeld: dat is de bereidheid om de eigen beperkingen te erkennen, geïnteresseerd te zijn in de perspectieven van anderen en daarvan te willen leren. Een bescheiden arts behoedt zichzelf daarmee voor een tunnelvisie en heeft vaker goede relaties met collega's en patiënten. Dit draagt aantoonbaar bij aan een goede performance

als arts.¹

Voortschrijdend inzicht naar de best mogelijke performance voegt ook nieuwe strategieën toe, zoals het ontwikkelen van een 'growth mindset' en mindful werken. Het onderzoek naar mindsets levert voorzichtig bewijs dat mensen met een growth mindset – zij die geloven in eigen groei- en ontwikkelcapaciteit – beter presteren dan hun collega's die geloven in aangeboren en onveranderbare kwaliteiten ('fixed mindset'). Mindful dokters geven hun volle aandacht zonder oordeel aan de patiënt, ze zijn present en alert. Hun patiënten voelen zich beter begrepen en gesteund en hebben meer vertrouwen in hun dokter.² Een dergelijke houding komt ten goede aan het handelen vanuit medemenselijkheid. Onderzoek suggereert dat empathie en compassie goed zijn voor zowel patiënt als arts. Patiënten van compassievolle artsen ervaren minder stress, en de tevredenheid over de kwaliteit van zorg en gerapporteerde kwaliteit van leven nemen toe. Voor de arts betekent het een betere mentale gezondheid en meer geluk.³

Bedreigingen van 'goed dokteren'

Tijd en context bepalen hoe de drie pijlers vorm krijgen in de dagelijkse praktijk. Weten wat een dokter 'goed' maakt, betekent niet dat je ook altijd de beste prestatie kunt leveren. Intrinsieke motivatie wordt ondermijnd door productieprikkelers, de hoge werkdruk zet het mindful ontmoeten van de patiënt onder druk, de prestatiecultuur biedt weinig ruimte aan bescheidenheid, en de onderwaardering van onderwijs is allerm minst bevorderlijk voor de inzet voor kennisoverdracht.

Deze voorbeelden staan niet op zichzelf. Ze schetsen de gevolgen van de vermarkting van de zorg, en het zijn symptomen van grotere maatschappelijke bewegingen zoals die van de verzakelijking, de ICT-gerelateerde versnelling en de individualisering.^{4,5} Deze bewegingen worden tot tegenkrachten van 'goed dokteren' als ze de essentie van de professie en de professionaliteit van artsen niet langer respecteren. De dominantie van 'planning en profijt' bijvoorbeeld gaat ten koste van de autonomie van de arts, en een dwingend regime van afvinken en verantwoorden verschuift de aandacht van patiënt naar systeem; 74% van de aiossen en medisch specialisten heeft last van regeldruk en administratieve lasten (<https://loopbaanmonitormedischspecialisten.nl>).

De zakelijkheid wordt versterkt door de opkomst van nieuwe, steeds snellere informatie- en communicatiemogelijkheden die wel passen bij een 'tijd is geld'-benadering, maar die het streven naar excellente zorgverlening tegenwerken. Professionaliteit is immers niet uit te drukken in minuten en uren; professionals hebben ruimte nodig voor reflectie en creativiteit, en moeten kunnen meebewegen met wat zich in de praktijk aandient.

Tegenkrachten komen ook vanuit de professie zelf. Een medische monocultuur die gericht is op performance, perfectioneren en 'zorgen dat' draagt niet bij aan het leren, reflecteren en 'zorgen voor'. In contacten met aiossen bemerk ik een toenemende weerstand tegen het woord excellentie. In de huidige competitieve cultuur ervaren aiossen zelfs het stellen van een hulpvraag aan een supervisor als een prestatie.⁶ Supervisoren zeggen wel dat zij compassie belangrijk vinden, maar geven die niet dezelfde waardering en aandacht als de technische kanten van de medische zorg.

Consequenties voor artsen en patiënten

Genoemde bedreigingen, in combinatie met de actualiteit van 'te veel werk en te weinig handen', zetten het welzijn van artsen al jaren onder druk. Veel studies rapporteren hierover in termen van toegenomen burn-outklachten – door psychologen gedefinieerd als emotionele uitputting, depersonalisatie of cynisme – en gevoelens van verminderde bekwaamheid. Het fenomeen burn-out wordt overigens niet vermeld in de DSM-5 en roept ook veel verwarring op, maar in de kern is er sprake van een werkstressgerelateerde stoornis.

Ook Nederlands onderzoek rapporteert hoge percentages van burn-outklachten onder bijvoorbeeld huisartsen (19%), klinisch hoogleraren (26%), psychiaters (44%) en cardiologen (37%). Het percentage aiossen en aniossen met klachten stijgt al enkele jaren op rij, en bedroeg volgens De Jonge Specialist in 2022 24%. Niet verwonderlijk dragen burn-outklachten bij aan verminderd persoonlijk en professioneel functioneren.⁷ Op persoonlijk vlak gaat het om hart- en vaatziekten, middelenmisbruik, relationele problemen en zelfs suicides. Professioneel gezien raken burn-outklachten zowel arts als patiënt.⁶

Een systematische literatuurstudie (170 studies) en meta-analyse onder bijna 240.000 artsen rapporteerde dat artsen met burn-outklachten 3 tot 4 keer vaker spijt hebben van hun carrièrekeuze, minder tevreden zijn met hun baan, een slechtere carrièreontwikkeling kennen en vaker overwegen uit het vak te stappen.⁸ Dezelfde studie rapporteert dat artsen met burn-outklachten kwalitatief minder goede en minder veilige zorg verlenen, en van hun patiënten vaker lagere tevredenheidsscores krijgen. Het welbevinden van artsen wordt terecht een kwaliteitsindicator genoemd.⁹

Vitaal worden en blijven

Omwille van een gezonde medische beroepsgroep en de kwaliteit van de zorg, moet de vitaliteit van artsen prioriteit krijgen.

Vitaliteit is meer dan de afwezigheid van burn-outklachten; het behelst werkplezier, energie en welbevinden in het werk. Tot nu toe zijn de meeste vitaliteitsbevorderende interventies, zoals mindfulnesstrainingen en coaching, erop gericht dat het individu diens persoonlijke veerkracht en zelfzorgvaardigheden vergroot. Dergelijke interventies nemen de stressfactoren van de werkplek echter niet weg en kunnen onterecht de boodschap geven dat vitaal zijn louter een individuele verantwoordelijkheid is.

Onderzoek toont aan dat zowel individu- als organisatiegerichte interventies nodig en effectief zijn,¹⁰ maar dat de grootste winst te behalen is door aanpassingen in de organisatie. Veranderingen zoals flexibel roosteren, het reduceren van administratieve lasten en het creëren van een constructieve werksfeer kunnen de werkstress verminderen en werkgerelateerde energiebronnen vergroten. Gedegen en veilige metingen zijn nodig om uiteindelijk te bepalen waar interveniëren de grootste vitaliteitswinst oplevert in een specifieke situatie.¹¹ Daarbij is het goed te weten dat investeren in energiegevers een dubbel positief effect heeft, omdat dit direct bijdraagt aan vitaliteit en de ervaren werkstress vermindert.

Verwording als bron van geluk

Goed en gelukkig kunnen hand in hand gaan. De gelukkige dokter vindt het werk intrinsiek waardevol en de moeite van alle inspanningen waard. Zingeving ervaren is fundamenteel voor het leiden van een gelukkig leven. Hoewel zingeving zeer persoonlijk is, wordt het veelal ontleend aan zelfrealisatie – het ontwikkelen van eigen talent, werken vanuit passie en in lijn met eigen waarden – en ‘het dienen van een hoger doel’ waarbij de oriëntatie gericht is op anderen. De patiëntenzorg is daarmee in potentie een bron van geluk voor zorgprofessionals.

Dit vereist wel dat de arts haar werk kan doen in overeenstemming met professionele waarden en eigen morele overtuigingen. In termen van Hippocrates: de belangen van de patiënt dienen en prioriteit geven. Als artsen te vaak gefrustreerd worden in het bieden van de best mogelijke zorg aan hun patiënten, zullen zij morele stress ervaren of zelfs morele schade oplopen. Op dit punt aangekomen staan goed functioneren en geluk op de tocht, en dreigt de uittocht van artsen uit de geneeskunde. Artsen geven aan dat juist de connectie met en het helpen van patiënten betekenis, zin en geluk brengen. Bovenaan de wensenlijst van veel artsen staat dan ook ‘meer tijd voor de patiënt’; tijd waarin bovendien de relatie met de mens, en niet de ziekte, centraal staat. Zoals gezegd: juist dit werken vanuit medemenselijkheid maakt een dokter tot een goede en gelukkige dokter.

Tot slot

Met alle aandacht voor de bedreigde vitaliteit van de dokter kun je uit het oog verliezen dat juist in de gerichtheid op de patiënt voor veel dokters het professionele geluk te vinden is. De verwording van de geneeskunde tot een zakelijke dienstverlening vormt de echte bedreiging van competente, vitale en gelukkige dokters. Het is constructiever om dialoog, beleid en organisatie te richten op behoud van een relationele geneeskunde waarin de arts haar hoofd en hart volledig kan inzetten voor de patiënt.

- Online artikel en reageren op ntvg.nl/D8387
- Amsterdam UMC, Universiteit van Amsterdam, afd. Medische Psychologie, Amsterdam: prof.dr.M.J.M.H. Lombarts, hoogleraar professional performance van artsen
- Contact: K. Lombarts (m.j.lombarts@amsterdamumc.nl)
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: het ICMJE-formulier met de belangenverklaring van de auteur is online beschikbaar bij dit artikel.
- Aanvaard op 27 november 2024
- Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2025;169:D8387

Literatuur

1. Lombarts K. Professional Performance van artsen: tussen tijd en technologie. 2e dr. Rotterdam: 2010 Uitgeverij; 2016. p. 88.
2. Epstein R. Attending. Medicine, mindfulness and humanity. (1e) New York City: Scribner; 2017. P. 304.
3. Jazaieri H, McGonigal K, Jinpa T, Doty JR, Gross JJ, Goldin PR. A randomized controlled trial of compassion cultivation training: Effects on mindfulness, affect, and emotion regulation. *Motiv Emot.* 2014;38(1):23-35. [doi:10.1007/s11031-013-9368-z](https://doi.org/10.1007/s11031-013-9368-z).
4. Rosenbaum L. On Calling – From Privileged Professionals to Cogs of Capitalism? *N Engl J Med.* 2024;390(5):471-475. [doi:10.1056/NEJMms2308226](https://doi.org/10.1056/NEJMms2308226). [Medline](#)
5. Lombarts MJMH. Vertrouwen in de dokter: professional performance in tijden van verzakelijking, versnelling en verharding. In: Van Engelen BGM, Wilt GJ van der, Levi M, editors. *Wat is er met de dokter gebeurd?* Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2018. p.133-42.
6. Jansen I, Stalmeijer RE, Silkens MEWM, Lombarts KMJM. An act of performance: Exploring residents' decision-making processes to seek help. *Med Educ.* 2021;55(6):758-767. [doi:10.1111/medu.14465](https://doi.org/10.1111/medu.14465). [Medline](#)
7. Williams ES, Rathert C, Buttigieg SC. The Personal and Professional Consequences of Physician Burnout: A Systematic Review of the

- Literature. Med Care Res Rev. 2020;77(5):371-386. [doi:10.1177/1077558719856787](https://doi.org/10.1177/1077558719856787). [Medline](#)
8. Hodkinson A, Zhou A, Johnson J, et al. Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2022;378:e070442. [doi:10.1136/bmj-2022-070442](https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070442). [Medline](#)
9. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. Lancet. 2009;374(9702):1714-1721. [doi:10.1016/S0140-6736\(09\)61424-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61424-0). [Medline](#)
10. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2016;388(10057):2272-2281. [doi:10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X). [Medline](#)
11. Ripp J, Shanafelt T. How Should Organizations Be Held Accountable for Clinician Well-Being? JAMA. 2024;332(9):699-700. [doi:10.1001/jama.2024.12015](https://doi.org/10.1001/jama.2024.12015). [Medline](#)