Optimalisatie van de zelfzorg bij huisartsen:

Is er behoefte en bereidheid voor een periodieke gezondheidsscreening?

Dries Taelman, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Prof. Dr. Dirk Devroey, Vrije Universiteit Brussel

Praktijkopleider: Dr. Wim Van Damme
Dr. Peter De Naeyer

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

DANKWOORD

Deze masterproef kon slechts tot stand komen dankzij de steun en hulp van vele mensen. In de eerste plaats wil ik mijn promotor, prof. dr. D. Devroey danken voor het verstrekken van onontbeerlijke informatie, het kritisch evalueren van de tekst en het antwoorden op vele vragen.

Daarnaast ook een gemeend woord van dank aan alle deelnemers aan deze studie, huisartsen en huisartsen in opleiding in Vlaanderen om tijd vrij te maken om mijn vragenlijst in te vullen.

Ik wil tevens ook mijn partner en familie bedanken voor hun onvoorwaardelijke steun op momenten dat het moeilijk was. Zij hebben het voor mij mogelijk gemaakt om mijn geneeskundestudies tot een goed einde te brengen.

Tenslotte verdienen ook mijn praktijkopleiders dr. W. Van Damme en dr. P. De Naeyer een speciale vermelding voor hun steun en toezicht op het timemanagement van de masterproef.

1 ABSTRACT

Introductie

Als huisarts staan we dagelijks ter beschikking van de patiënten, maar wat indien de huisarts zelf kampt met problemen, zowel lichamelijk als psychisch. Zelfbehandeling is erg ingebed in de artsencultuur in Vlaanderen. In dit onderzoek toetsen we af of er bereidheid en behoefte is voor een periodieke gezondheidsbeoordeling en of dit de drempel tot de eerstelijnszorg verlaagt. Wat verwacht de huisarts zelf van dit medisch onderzoek? Wie moet dit uitvoeren en hoe kan dit aangemoedigd worden?

Methodologie

Een elektronische vragenlijst werd verspreid onder actieve huisartsen en huisartsen in opleiding werkend in Vlaanderen. Er werden 529 deelnemers in de steekproef opgenomen die lopende was van 25/10/2017 tot en met 15/12/2017.

Resultaten

Uit de resultaten blijkt dat 66 % van de deelnemers geen eigen huisarts heeft. Van alle deelnemers ervaart 46 % een drempel om een andere huisarts te raadplegen en vindt 68 % dat hij/zij zichzelf objectief kan beoordelen. De overheid moet volgens 46 % van de deelnemers toezicht houden op de gezondheid van artsen. Bij de huisartsen onder de 40 jaar vindt 47 % dat de overheid voor een periodieke gezondheidsbeoordeling moet zorgen, bij de 50-plussers is dit 25 %. De drempel om medische problemen aan te kaarten, kan volgens 76 % van alle deelnemers verlaagd worden door een periodieke gezondheidsscreening te organiseren.

Conclusie

Nog steeds hebben vele huisartsen geen eigen huisarts en wordt er een drempel ervaren om een andere huisarts te bezoeken. Ondanks een beperkte bereidheid, is er behoefte aan een periodieke gezondheidsscreening voor elke arts, door een onafhankelijke huisarts uitgevoerd, die voldoet aan bepaalde kwaliteitsvoorwaarden. Dit onderzoek kan mogelijks de drempel verlagen tot de eerstelijnszorg.

2 INHOUDSTAFEL

1 ABSTRACT 1

2 INHOUDSTAFEL 2

3 INLEIDING 3

4 ORIËNTEREND LITERATUURONDERZOEK 5

4.1 DE ARTS ALS PATIËNT 5
4.2 DE ARTS EN HET PSYCHISCH WELZIJN 6
4.3 BARRIÈRES ALS ARTS 8
4.4 ZELFZORG EN INTERVENTIES 8

5 ONDERZOEKSMETHODIEK 11

5.1 VRAGENLIJST 11
5.1.1 Studiepopulatie en rekrutering 11
5.1.2 Dataverzameling 11
5.2 METHODOLOGIE 12

6 RESULTATEN 14

6.1 DEMOGRAFIE VAN DE POPULATIE 14
6.1.1 Geslacht, actieve huisarts of haio, leeftijdsklassen 14
6.1.2 Solo-, duo- of een groepspraktijk 15
6.1.3 Aantal patiënten per dag 16
6.1.4 Gezinssituatie 17
6.2 DE HUISARTS ALS PATIËNT 18
6.2.1 "Heeft u zelf op dit moment een eigen huisarts (anders dan uzelf)?" 18
6.2.2 Drempels om een eigen huisarts te nemen. 22
6.2.3 Wordt u opgevolgd door een vaste specialist? 24
6.2.4 Aanmoediging specialistenbezoek 26
6.2.5 Welzijn 26
6.3 NOOD AAN OPTIMALISATIE VAN DE ZELFZORG 28
6.4 IS ER BEREIDHEID VOOR HET OPTIMALISEREN VAN ZELFZORG 31

7 DISCUSSIE 38

8 BESLUIT 42

9 REFERENTIES 43

10 BIJLAGEN 45

10.1 BIJLAGE 1: GOEDGEKEURD PROTOCOL 45
10.1.1 Informatieformulier 47
10.1.2 Vragenlijst 48
10.2 BIJLAGE 2: GUNSTIG ADVIES ETHISCH COMITÉ 51
10.3 BIJLAGE 3: EMAIL 52

3 INLEIDING

In mijn eerste maanden als huisarts in opleiding kwam er een collega-huisarts op raadpleging. Hij zat reeds een vijftal jaren in een zorgtraject diabetes en voldeed recent niet meer aan de voorwaarden voor een zorgtraject. Om hieraan te voldoen moet je onder andere minstens twee contacten per jaar hebben met uw huisarts. De arts in kwestie had altijd voor zichzelf als huisarts opgetreden maar dit werd niet meer aanvaard door het RIZIV. Voor een zorgtraject kan de huisarts niet zelf optreden als zijn eigen behandelend huisarts.

Artsen luisteren dikwijls niet naar hun eigen lichaam, zeker niet wanneer de werkdruk te hoog wordt. De liefde voor de job en de gevarieerde patiëntencontacten kunnen zonder het zelf te beseffen zo herleid worden naar een dagelijkse sleur. Dit zette mij aan het denken, hoe kunnen we voorkomen dat het zover komt en hoe kunnen we het welzijn van artsen handhaven? Ligt dit aan de organisatie van onze zorg? Niet alleen lopen (huis)artsen een verhoogd risico op problemen zoals een burn-out, verslaving of zelfmoord, maar blijven zij ook niet gespaard van andere medische, lichamelijke problemen, waardoor er uiteindelijk ook schade kan berokkend worden aan patiënten.

Huisartsen in opleiding en studenten geneeskunde zijn verplicht jaarlijks een medisch onderzoek te ondergaan, anders mogen zij niet starten aan de stages. Dit is niet alleen om patiëntenschade te voorkomen, maar ook voor het eigen welzijn. Eens men afgestudeerd is, zien we dat een huisarts die medische controles nooit meer moet ondergaan. Collega-huisartsen worden dikwijls enkel ingeschakeld voor het uitvoeren van praktische vaardigheden (zoals bloedafnames) en hebben meestal geen begeleidende taak. Ondanks dat verschillende instanties adviseren dat elke huisarts een eigen huisarts zou moeten hebben, blijkt dit nog steeds niet het geval te zijn.

Het is moeilijk als huisarts om een balans te vinden tussen enerzijds een overvolle agenda en anderzijds tijd voor zichzelf en ontspanning. We staan dagelijks ter beschikking van de patiënten, maar wat indien de huisarts zelf kampt met problemen, zowel lichamelijk als psychisch. “Who coaches the coach?” Zelfbehandeling is erg ingebed in de artsencultuur in Vlaanderen. Het onderzoek heeft tot doel het nagaan op welke manier men de zelfzorg bij huisartsen kan optimaliseren en het aftoetsen of er bereidheid en behoefte is voor een periodieke gezondheidsbeoordeling. Welke drempels ervaren wij als huisarts om een collega-arts te bezoeken? Hoe kunnen wij die drempels tot de eerste lijn doorbreken? Kan een jaarlijks medisch onderzoek of periodieke gezondheidsscreening zoals tijdens de opleiding geneeskunde die drempel verlagen en hier een oplossing bieden zonder dat er terug een extra verplichting wordt opgelegd? Wat verwacht men van dit medisch onderzoek en hoe kan men dit aanmoedigen?

Ik hoop door middel van een vragenlijst een beeld te scheppen hoe huisartsen en huisartsen in opleiding hier over denken en of dit een antwoord kan geven op die vragen.

De resultaten van dit onderzoek kunnen een mogelijke oplossing bieden om het algemeen fysiek en psychisch welzijn van een arts te verbeteren, de drempel tot de toegang van de gezondheidszorg te verlagen en de arts bewuster te maken van de problematiek.

4 ORIËNTEREND LITERATUURONDERZOEK

Om een antwoord op vorige vragen te krijgen werd er in de databanken Medline en voor reviews in the Cochrane Library gezocht. Zoektermen die werden gebruikt waren: physician, doctor, general practitioner, medical student, strategies, intervention program, wellness indicators, workload, self-care, screening, well-being, health-care en combinaties hiervan. We richtten ons op publicaties die de laatste 5 jaar verschenen zijn, maar we sloten geen artikels uit die meer dan 5 jaar geleden gepubliceerd zijn, indien zij nog steeds in recente artikels geciteerd werden. Hierbij werd er initieel gezocht vanuit een PICO-oefening. Patient (physician, medical student, general practitioner, doctor); Intervention (self-care, health access, well-being); Comparison (/) en Outcome (health, wellness indicators, barriers).

4.1 DE ARTS ALS PATIËNT

Artsen blijken niet altijd de beste patiënten te zijn. Niet alleen voelen we ons geremd om advies aan een collega te vragen, maar ons onregelmatig beroep maakt het ook niet gemakkelijk om er een gezonde levensstijl op na te houden. Wij zijn toch geneigd om onze eigen gezondheid op de tweede plaats te zetten en niet vlug hulp te zoeken voor onszelf. Artsen proberen immers dagelijks de gezondheidstoestand van hun patiënten te verbeteren en te optimaliseren. (1) Ze doen hoofdzakelijk aan zelfdiagnose en zelfbehandeling voortgaand op hun eigen kennis en ervaring. (2)

Thompson en collega's toonden aan dat de meeste Britse artsen niet goed zorg dragen voor zichzelf, de meeste vertelden dat ze werken wanneer ze ziek zijn en verwachten dat collega's dit ook doen, nochtans wordt dit niet verwacht van patiënten. (22)

Zelfzorg bij artsen komt meer en meer in de aandacht. In verschillende publicaties is er reeds een rechtstreeks verband aangetoond tussen het welzijn van de artsen en de kwaliteit van de gezondheidszorg in het land. Het is in het belang, niet enkel van de arts maar ook van de patiënten, dat de (huis)arts in goede fysieke en mentale gezondheid verkeert. (4)

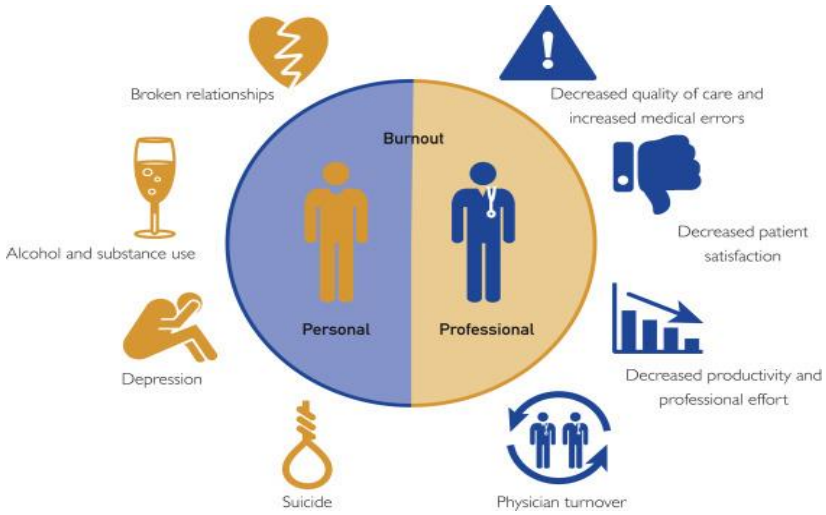
Iemand die zich goed voelt, maakt minder fouten en gaat meer energie in zijn patiënten steken, wat uiteindelijk tot meer tevreden patiënten kan leiden. "Mens sana in corpore sano" is ook voor artsen van toepassing. Het welzijn van de gezondheidsmedewerkers is niet alleen een belangrijke zorg op zichzelf, maar kan een significante impact hebben op het werkgebied, de kost van de gezondheidszorg en de kwaliteit van de zorg die de patiënten krijgen. (11)

4.2 DE ARTS EN HET PSYCHISCH WELZIJN

Er wordt geschat dat het zelfdodingscijfer voor artsen tot 4 keer hoger ligt dan in de algemene populatie, dit zou mede zijn door langdurige stress en burn-out. (8) Een review van vier decennia van studies op artsen, toont dat de kans op zelfmoord 70 % hoger ligt dan in de algemene populatie bij mannen en tot 250 % - 400 % hoger bij vrouwelijke artsen. (10)

De job als arts wordt bij meer dan 50 % van de artsen omschreven als stressvol. Een vijfde van alle artsen omschrijven hun mentale gezondheid als slecht, wat meer dan het dubbele is in vergelijking met de algemene populatie. 8-12 % van de artsen ontwikkelt een verslavingsprobleem op een moment in hun carrière. (1)

In 2014 is er een studie gepubliceerd, uitgevoerd door de American Medical Association and Mayo clinic, waarin de onderzoekers rapporteerden dat 54 % van de artsen in de USA een professionele burn-out ervaren, een veel hoger percentage dan bij andere beroepen. Dit weerspiegelt zich in het stijgend aantal mentale gezondheidsproblemen (stress, burn-out, depressie, drug- en alcoholafhankelijkheid en zelfmoord). Dit zien we in de totale populatie van gezondheidsmedewerkers en in verschillende landen. (8,9)



Copyright © 2016 Mayo Foundation for Medical Education and Research

Figuur 1: Burn-out

Mayo Clinic Proceedings. 2017; 92: 129-146

Het "Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg" (KCE) heeft meer specifiek de preventie en aanpak van burn-out bij huisartsen onderzocht. Dit rapport bracht een aantal aanbevelingen naar voor waaronder het advies dat elke arts een eigen huisarts zou moeten hebben. Dit wordt bevestigd door verschillende andere onderzoeken. (5,6)

Recente nationale onderzoeken in de USA tonen aan dat tenminste 50 % van de Amerikaanse artsen professionele burn-out ervaren. Burn-out is een syndroom dat wordt gekenmerkt door uitputting, cynisme en verminderde effectiviteit. Dikwijls met middelenmisbruik, depressie, zelfmoord en relatiebreuken tot gevolg. Op professioneel gebied is gebleken dat dit de kwaliteit van de zorg, de veiligheid van de patiënt, de omzet van de arts en de tevredenheid van de patiënt beïnvloedt. (27)

Hoewel burn-out een systeemprobleem is, opereren de meeste instellingen volgens het verkeerde raamwerk dat burn-out en professionele tevredenheid uitsluitend de verantwoordelijkheid zijn van de individuele arts. (27)

Dit resulteert vaak in een beperkte lijst van "oplossingen" die waarschijnlijk niet resulteren in een zinvolle vooruitgang (workshops voor stressmanagement en individuele trainingen in mindfulness en veerkracht). Zulke strategieën verwaarlozen de organisatorische factoren die de belangrijkste oorzaken zijn van burn-out. Het uitgeven van het probleem als een persoonlijk probleem kan er ook toe leiden dat individuele artsen oplossingen nastreven die persoonlijk gunstig zijn, maar schadelijk zijn voor de organisatie, collega's en de samenleving, zoals het verminderen van professionele werkinspanningen. (28)

Wanneer artsen geconfronteerd worden met mentale gezondheidsproblemen, hebben artsen het gevoel dat de zorg voor de patiënten primeert boven hun eigen moeilijkheden. (12) Een probleem van ziek melden kan leiden tot gaten in de continuïteit van de dienstverlening. (13) Bij ziekte en/of afwezigheid hebben ze schrik voor de professionele gevolgen, het teleurstellen van patiënten maar ook van collega-artsen, de moeilijkheden om vervanging te vinden, een falen in de eigen gezondheid, de gezondheid van patiënten voorop stellen op de eigen gezondheid en het herkennen en omgaan met de eigen kwetsbaarheid voor ziektes. (15)

Anderen helpen kan zeer veel voldoening geven, echter kan het ook uw emotionele reserves uitputten. In combinatie met stress, kan dit resulteren in burn-out en kan men cynischer worden ten opzichte van patiënten en het werk. Oplossingen focusten zich vroeger vooral op individuen en hun veerkracht. Meer recent probeert men de werkcultuur en werkomgeving te veranderen, zoals shiften herschikken, werkdruk verminderen, duidelijker leiderschap en meer werken in team. (19)

Er moet reeds aandacht geschonken worden tijdens de opleiding aan mentale ziekten bij artsen voor een stijgende bewustwording en destigmatisering hiervan. De kennis van ondersteunende interventies, advies en behandeling van dokters die mentale problemen hebben, is nog niet geanalyseerd zodat men op dit moment niet weet welke interventies effectiever zijn dan andere. (17)

4.3 BARRIÈRES ALS ARTS

In de praktijk blijven huisartsen echter met vele barrières zitten om de stap naar een andere huisarts te zetten. Die barrières worden opgedeeld in patiëntgebonden factoren, arts-hulpverlener gebonden factoren en factoren meer afhankelijk van het maatschappelijk systeem. Op individueel niveau wordt er vooral gewerkt op preventieve acties. (7) Hier worden dikwijls coping strategieën aangeleerd die de gevoeligheid voor job- en emotionele stress verlaagt.

We zien dat niet alleen individuele barrières maar ook systemische barrières, zoals vele uren werken, ervoor zorgen dat artsen die een eigen huisarts hebben, niet steeds bij hun eigen huisarts geraken wegens de drukte van de praktijk. (7)

Wanneer artsen behandeld worden hebben ze schrik van het niet respecteren van de vertrouwelijkheid, het oordeel van collega's en de impact op de eigen carrière. Dit zijn de grootste obstakels om zelf hulp te zoeken en hinderen ook de behandeling. Het blijkt dat als artsen zelf patiënt worden er nood is aan een specifieke aanpak met name over confidentialiteit en stigmatisering. (18)

4.4 ZELFZORG EN INTERVENTIES

We worden in onze gezondheidszorg, naast de emotioneel belastende aard van het beroep, geconfronteerd met een toename van complexiteit, zoals biomedische innovaties, een veroudering van de populatie en een stijging in multimorbiditeiten. De werkdruk stijgt meer en meer. Er wordt gevraagd een hogere kwaliteit te leveren van gezondheidszorg met steeds kleinere budgetten. (14)

Er zijn reeds verschillende initiatieven genomen o.a. door "Domus Medica" en "Doctors4doctors", zoals pilootprojecten met co-artsen en "Arts in Nood". Deze worden een nieuw laagdrempelig aanspreekpunt voor huisartsen. (Huis)artsen hebben vaak te kampen met een burn-out, een hoge werkdruk of stress en dan kan een co-arts helpen, in de eerste plaats als vertrouwenspersoon en klankbord. (3)

Er worden ook steeds meer systemen van de overheid opgelegd, die leiden tot een verlies aan autonomie van de arts. Artsen hebben ook een hoger risico om een afhankelijkheid en verslaving aan medicatie te ontwikkelen omwille van hun kennis en de toegang tot medicatie. Al deze factoren worden versterkt doordat artsen niet de neiging hebben om hulp te vragen. (7)

De meeste literatuur gaat over individuele interventies om het welzijn van artsen te bevorderen. Er is recent literatuur verschenen over interventies op grotere schaal die hulp en advies kunnen bieden aan artsen met mentale problemen en hoe artsen met mentale problemen behandeld moeten worden. Hier focust men zich meestal op interventies op de werkplaats om de productiviteit van de arts te verhogen om zo meer tijd te krijgen voor zichzelf. (16)

Wanneer artsen zich niet fit of gezond voelen, kan dit leiden tot een verlies aan kwaliteitsvolle zorgverlening. Er wordt aangetoond dat zorgsystemen routinematig de gezondheid van artsen moeten meten. Kwaliteitsindicatoren van patiëntenzorg en kwaliteit geleverd binnen zorgstelsels zien vaak het probleem van het welzijn van artsen over het hoofd. Een uitbreiding waarbij men het welzijn van artsen expliciet als indicator evalueert, kan ook verbetering geven in de patiëntenzorg. (4)

Een Ierse studie van Uallachain geeft aan dat 30 % van jonge Ierse artsen in de laatste 5 jaar nog niet bij een huisarts geweest is. 65 % vindt het onmogelijk om hiervoor tijd te maken wanneer ze ziek zijn. (21)

McManus en collega's hebben aangetoond dat de persoonlijkheden van artsen verband houden met stress, burn-out en hun houding ten opzichte van hun werk. Bovendien worden vrouwelijke artsen vaak meer geconfronteerd met grotere uitdagingen dan mannelijke artsen; dit met betrekking tot het evenwicht tussen werk en gezinsverantwoordelijkheden, wat resulteert in meer conflicten tussen werk en gezin en stress. (23)

Het idee dat artsen vrezen hun loopbaan te beschadigen als zij voor medische problemen hulp zoeken, krijgt langzaamaan meer aandacht door gepubliceerde rapporten en onderstreept een belangrijk gevolg van stigmatisering met betrekking tot de slechte gezondheid van artsen. Ze geloven dat hun gezondheid wordt geïnterpreteerd als een indicator van hun medische competentie.(24)

Arnetz suggereert dat subjectieve indicatoren van werknemers kunnen worden gebruikt om de prestaties en het welzijn van de organisatie, zoals een ziekenhuis te meten en te verbeteren. Hij beweert dat een verbetering van het welzijn van artsen het welzijn en de gezondheid van de organisatie kan verbeteren en dat het welzijn van artsen dezelfde prioriteit moet krijgen als patiëntenzorg en financiële levensvatbaarheid. Dat wil zeggen dat het individuele artsenwelzijn een geldige indicator is voor de gezondheid van de organisatie. (25)

Hoewel er veel bekend is over het lijden van artsen en het negatieve effect op de patiëntenzorg, is er weinig bekend of interventies gericht op het welzijn van artsen ook de patiëntenzorg verbeteren. (26)

Er is aangetoond dat meer zelfbewustzijn bij clinici kan leiden tot meer betrokkenheid bij patiënten, patiëntentevredenheid en patiëntenzorg. Deze resulteren dan weer in een verbeterde zelfzorg, die samen met professionele zelfzorgstrategieën nuttig kunnen zijn bij het verminderen van burn-out. (4)

Zorgorganisaties meten factoren waarvan zij denken dat ze cruciaal zijn voor het bereiken van hun missie. Alle medische organisaties beoordelen routinematig het patiëntenaantal per arts, de kwaliteit en veiligheid op de werkvloer, patiëntentevredenheid en financiële prestaties (kosten, netto bedrijfsresultaat, enz.). Overtuigend bewijs geeft aan dat het welzijn van de arts even belangrijk is voor de gezondheid en de levensvatbaarheid op lange termijn van de organisatie, en dat het dus gemeten moet worden. (27)

Er is op dit moment weinig onderzoek in welke mate een periodieke gezondheidsbeoordeling een arts kan ondersteunen, niet alleen in het vroegtijdig ontdekken van mentale problemen, maar ook van andere lichamelijke problemen.

5 ONDERZOEKSMETHODIEK

5.1 VRAGENLIJST

5.1.1 Studiepopulatie en rekrutering

De elektronische vragenlijst voor het onderzoek werd opgesteld aan de hand van de beschikbare literatuur (uit de databanken Pubmed en Google Scholar) zodanig dat er wordt afgetoetst wat huisartsen zelf vinden van hun eigen welzijn en hun zelfzorg. Voor een overzicht van de gekende barrières werd beroep gedaan op de aangehaalde drempels uit het onderzoek van Kay et al. (8). Deze vragenlijst is gericht op Vlaamse actieve huisartsen en huisartsen in opleiding (haio's) om zo een representatief beeld te krijgen van de huidige situatie in het Vlaamse landschap en het toekomstige landschap. Om een zo groot mogelijk aantal deelnemers te hebben, verspreidden we de vragenlijst via verschillende kanalen. Voor de haio's en praktijkopleiders werd een warme oproep gedaan via het portaal van het Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding (ICHO). Voor de huisartsen werd beroep gedaan op de vzw huisarts.be, na schriftelijke toestemming van de webmaster dr. Toon Beke, om een mail te versturen naar alle huisartsen die ingeschreven zijn en de toestemming hebben gegeven om mails te ontvangen van de vzw huisarts.be. Langs deze weg konden we 619 huisartsen bereiken. De mail werd verstuurd op 25/10/2017 en een herhalingsmail werd verstuurd op 10/12/2017. De studie werd goedgekeurd door het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Brussel. Er werd pas deelgenomen aan de studie indien men het informed consent had aanvaard.

Inclusiecriteria: praktiserende artsen in Vlaanderen, huisartsen in opleiding.
Exclusiecriteria: niet actieve huisartsen, specialisten

5.1.2 Dataverzameling

De gerekruteerde huisartsen en huisartsen in opleiding werden gevraagd een online enquête in te vullen. Voor het plaatsen van de online vragenlijst werd gebruik gemaakt van LimeSurvey 2.0. Het huidige onderzoek beperkt zich tot een schriftelijke bevraging bestaande uit zowel kwantitatieve als kwalitatieve vragen. Bij een aantal vragen werd er ruimte voor aanvullingen of opmerkingen voorzien. Er werden cookies gebruikt om herhaald invullen te voorkomen. Van elk IP-adres kon men daardoor slechts éénmaal de vragenlijst invullen. Gezien de hoge respons werden er geen schriftelijke enquêtes rondgestuurd. De vragenlijst bestaat uit 4 delen.

In deze vragenlijst worden eerst demografische gegevens en gegevens over het profiel van de arts bevraagd.

In het tweede deel proberen we een idee te krijgen hoe de huisartsen zijn als patiënt, hebben ze een eigen huisarts of worden ze opgevolgd door een specialist. Wat zijn voor hen de barrières die ze ervaren om zelf bij een huisarts te gaan.

In een derde deel wordt er getoetst hoe we eventueel de zelfzorg van huisartsen kunnen optimaliseren. In welke mate zijn artsen actief bezig met het bevorderen van het eigen welzijn (zelfzorg). Welke initiatieven zijn er vandaag reeds bekend om het psychisch en fysiek welzijn te verbeteren en van welke kanalen heeft men reeds gebruik gemaakt.

In het laatste deel peilen we of er bereidheid is onder de huisartsen voor een periodieke gezondheidsscreening en of dit een oplossing kan bieden. Hoe moet dit verlopen en hoe kan men dit aanmoedigen?

We proberen uit de gegevens ook in te schatten of door middel van een jaarlijks onderzoek de drempel tot de gezondheidszorg als arts verlaagd kan worden?

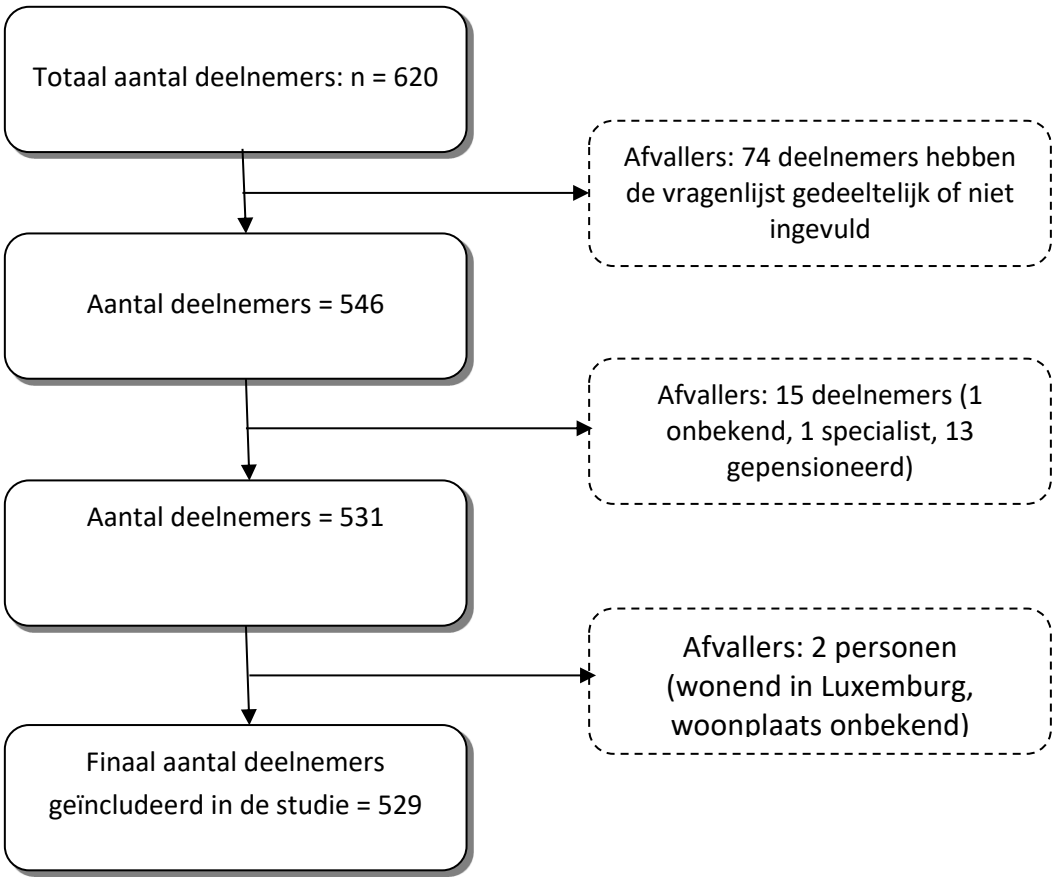
5.2 METHODOLOGIE

Het totaal aantal deelnemers van de vragenlijst bedraagt 620. Hiervan hebben er 74 deelnemers de vragenlijst slechts gedeeltelijk ingevuld. Van die 74 deelnemers zijn er 31 deelnemers niet verder dan de hoofdpagina geraakt en 43 hebben niet alle vragen ingevuld.

In totaal zijn er 546 volledig ingevulde vragenlijsten. Van deze volledig ingevulde enquêtes worden volgende deelnemers geëxcludeerd die niet voldoen aan onze steekproefpopulatie:

- er zijn 15 deelnemers die geen actieve huisarts meer waren (1 onbekend, 1 specialist, 13 gepensioneerd).
- één huisarts werkt in Luxemburg en van 1 huisarts is de werkplaats onbekend. De steekproef is gericht op huisartsen in Vlaanderen.

In totaal worden er 529 deelnemers geïncludeerd in onze steekproef.
De studie was lopende van 25/10/2017 tot en met 15/12/2017.



Figuur 2: Steekproef

6 RESULTATEN

6.1 DEMOGRAFIE VAN DE POPULATIE

6.1.1 Geslacht, actieve huisarts of haio, leeftijdsklassen

Om een idee van de demografie van de populatie te krijgen, wordt er in het eerste deel van de enquête gevraagd naar het geslacht, of men een actieve huisarts of een huisarts in opleiding is, in welke provincie hij of zij tewerkgesteld is en de leeftijd. De vragenlijst is ingevuld door 267 (51 %) vrouwen en 262 (50 %) mannen, waarvan 93 (18 %) huisartsen in opleiding en 436 (82 %) actieve huisartsen.

Tabel 1: Demografie – Geslacht, actieve huisarts of HAIO

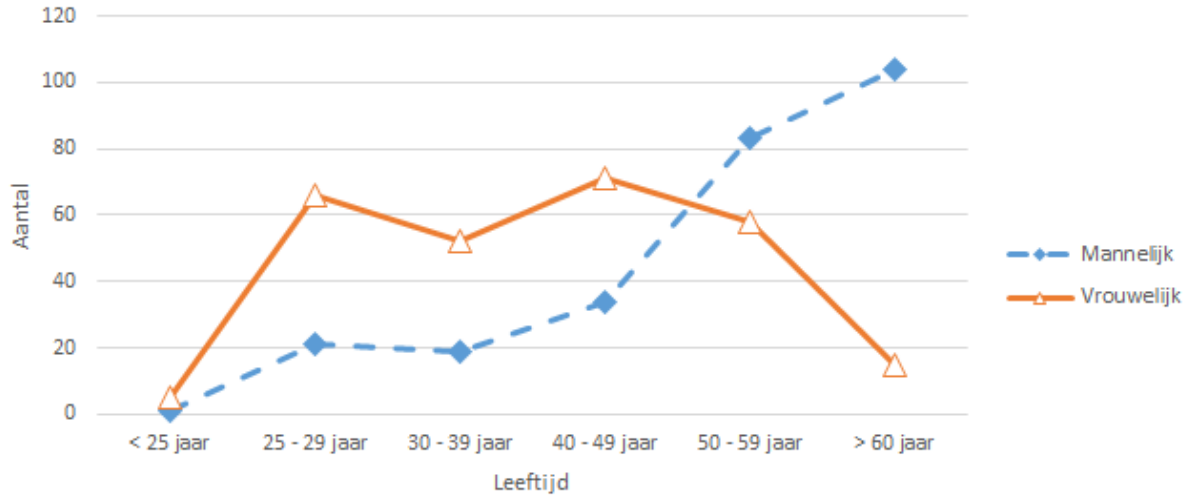
Geslacht	Actieve huisarts	Huisarts in opleiding	Totaal
Mannelijk	238 (45 %)	24 (5 %)	262 (50 %)
Vrouwelijk	198 (37 %)	69 (13 %)	267 (51 %)
Totaal	**436 (82 %)**	**93 (18 %)**	**529 (100%)**

Uit bovenstaande tabel kunnen we besluiten dat de vragenlijst door een gelijk aantal vrouwen en mannen is ingevuld. De deelnemers zijn evenredig verspreid over heel Vlaanderen. Er komt 27 % uit Oost-Vlaanderen, 25 % uit Antwerpen, 21 % uit West-Vlaanderen, 20 % uit Vlaams-Brabant en 6 % uit Limburg.

Tabel 2: Leeftijdsklassen per geslacht

Leeftijd	Mannelijk	Vrouwelijk	Totaal
< 25 jaar	1	5	6 (1 %)
25 - 29 jaar	21	66	87 (16 %)
30 - 39 jaar	19	52	71 (13 %)
40 - 49 jaar	34	71	105 (20 %)
50 - 59 jaar	83	58	141 (27 %)
> 60 jaar	104	15	119 (23 %)
Totaal	**262**	**267**	**529 (100%)**

In de vragenlijst komen alle leeftijdscategorieën gelijkmatig aan bod met als uitschieter de modale klasse van 50 t.e.m. 59-jarigen met 27 %. Dit komt overeen met het huidige huisartsenlandschap.



Grafiek 1: Leeftijdsklassen per geslacht

In onze populatie zien we dat een groot deel van de mannen ouder zijn dan 50 jaar en zich in die groep in de meerderheid bevinden ten opzichte van de vrouwen. Deze zullen op termijn vaker vervangen worden door vrouwen, aangezien zij overheersen in de groep onder de 50 jaar.

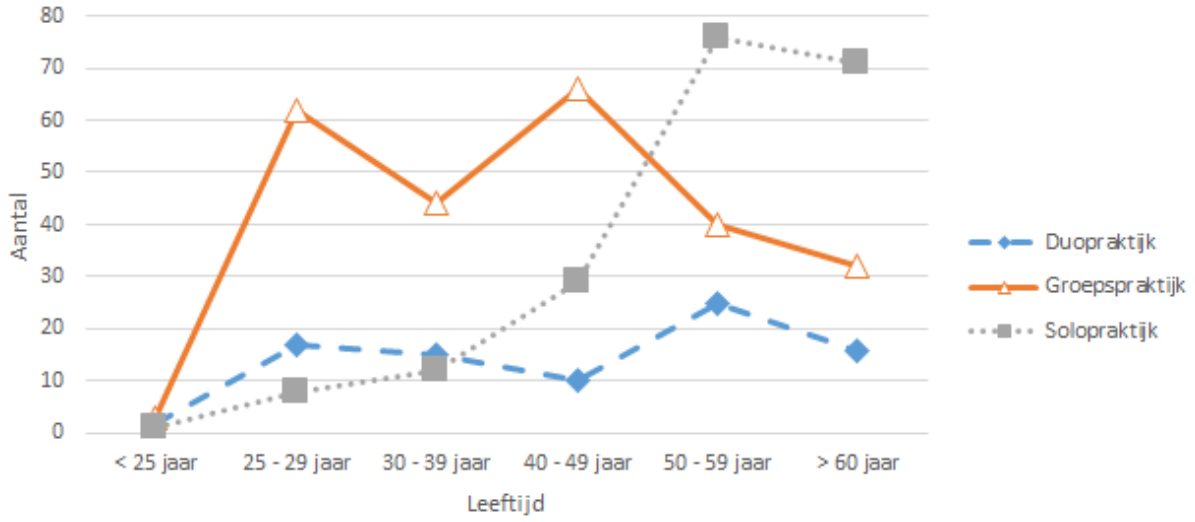
6.1.2 Solo-, duo- of een groepspraktijk

Vervolgens wordt er gevraagd in wat voor praktijk er gewerkt wordt. De praktijkvorm die het meest voorkomt is de groepspraktijk. 247 deelnemers werken in een groepspraktijk (47 %), 85 deelnemers in een duopraktijk (16 %) en 197 in een solopraktijk (37 %).

Tabel 3: Type praktijk, % per leeftijdsklasse

Leeftijd	Duopraktijk		Groepspraktijk		Solopraktijk		Totaal
	Aantal	*%*	*Aantal*	*%*	*Aantal*	*%*	*Aantal*
< 25 jaar	2	33 %	3	50 %	1	17 %	6
25 - 29 jaar	17	20 %	62	71 %	8	9 %	87
30 - 39 jaar	15	21 %	44	62 %	12	17 %	71
40 - 49 jaar	10	9 %	66	63 %	29	28 %	105
50 - 59 jaar	25	18 %	40	28 %	76	54 %	141
> 60 jaar	16	13 %	32	27 %	71	60 %	119
Eindtotaal	**85**	**16 %**	**247**	**47 %**	**197**	**37 %**	**529**

Voor een betere visuele voorstelling hebben we de leeftijdsklasse tegenover het aantal deelnemers in duo-, groeps- of solopraktijk gezet.



Grafiek 2: Type praktijk volgens leeftijdsklassen

Boven de leeftijd van 50 jaar zien we dat de solopraktijk nog steeds primeert. Wel zien we dat in de leeftijdscategorie 50 tot en met 59 jaar er steeds meer duopraktijken gestart zijn. In de jongere leeftijdscategorieën zien we dat er een duidelijke tendens is tot groepspraktijken.

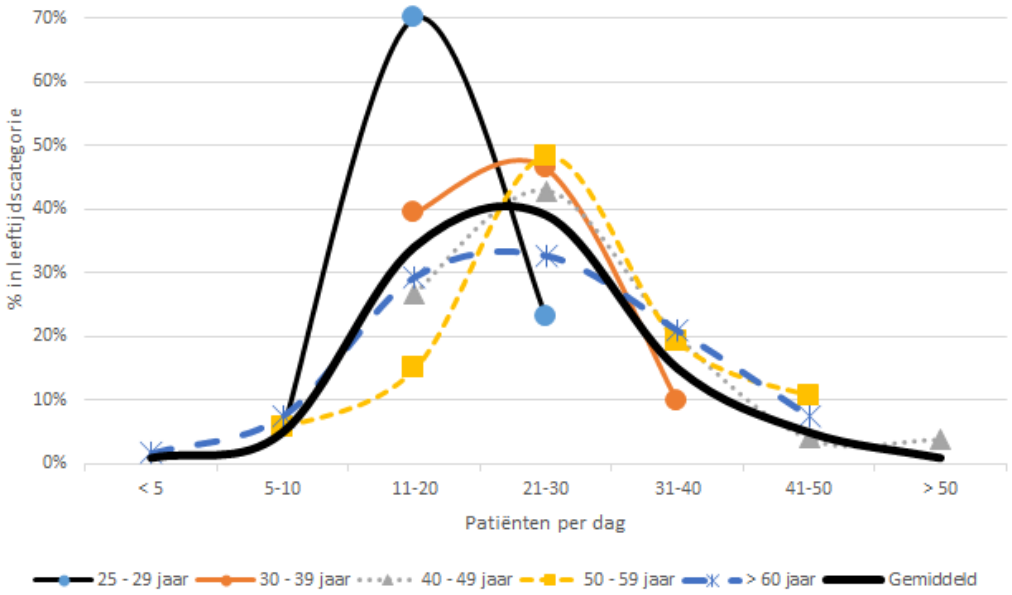
6.1.3 Aantal patiënten per dag

Er wordt gevraagd hoeveel patiënten er gemiddeld genomen per dag gezien worden.

Tabel 4: Patiëntenfrequentie versus leeftijdsklassen

	Aantal patiënten per dag							
Leeftijd	**< 5**	**5-10**	**11-20**	**21-30**	**31-40**	**41-50**	**> 50**	**Totaal**
< 25 jaar			6					6
25 - 29 jaar		5	61	20	1			87
30 - 39 jaar		1	28	33	7	1	1	71
40 - 49 jaar	1	2	28	45	21	4	4	105
50 - 59 jaar	1	8	21	68	27	15	1	141
> 60 jaar	2	9	35	39	25	9		119
Aantal Totaal	**4**	**25**	**179**	**205**	**81**	**29**	**6**	**529**
Procentueel	**1 %**	**5 %**	**34 %**	**39 %**	**15 %**	**6 %**	**1 %**	**100 %**

De meeste artsen (39 %) zien tussen de 21 en 30 patiënten per dag. De klasse 11 tot en met 20 patiënten per dag vertegenwoordigt 34 % van de huisartsen en huisartsen in opleiding. Gemiddeld genomen worden er 24 patiënten per dag gezien met een spreiding van 10,05.



Grafiek 3: Patiëntenfrequentie versus leeftijdsklassen

We zien dat bij de actieve huisartsen, zonder de huisartsen in opleiding, het aantal patiënten dat gezien wordt, gemiddeld genomen niet leeftijdsgebonden is.

6.1.4 Gezinssituatie

Onder de deelnemers in ons onderzoek zijn er 38 alleenstaanden (7 %) en 491 niet-alleenstaand (93 %). Bij de niet-alleenstaanden kon men de gezinssituatie nader bepalen (meerdere antwoorden mogelijk).

Tabel 5: Gezinssituatie

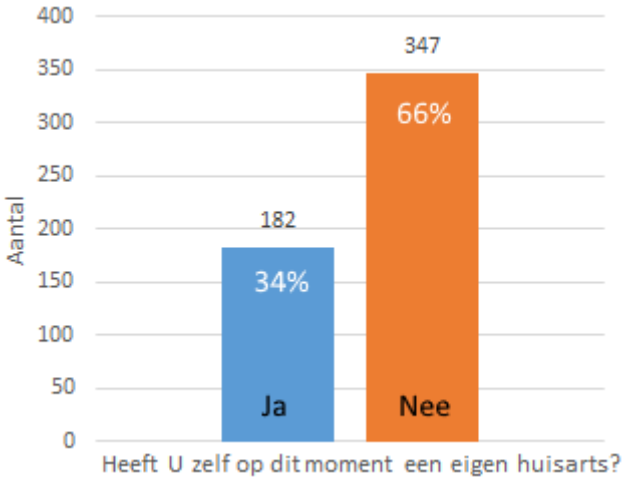
	Aantal	Procentueel
Partner	432	82 %
Kinderen	269	51 %
Gescheiden	20	4 %
Weduwnaar	6	1 %

We zien geen verband tussen de gezinssituatie en het al dan niet hebben van een huisarts.

6.2 DE HUISARTS ALS PATIËNT

6.2.1 "Heeft u zelf op dit moment een eigen huisarts (anders dan uzelf)?"

De belangrijkste vraag van de enquête is ongetwijfeld "Heeft u zelf op dit moment een eigen huisarts (anders dan uzelf)?"
Op deze vraag antwoorden 182 deelnemers of 34 % "ja" en 347 deelnemers of 66 % hier "nee" op. Dit betekent dat de meeste huisartsen nog steeds aan zelfbehandeling doen.



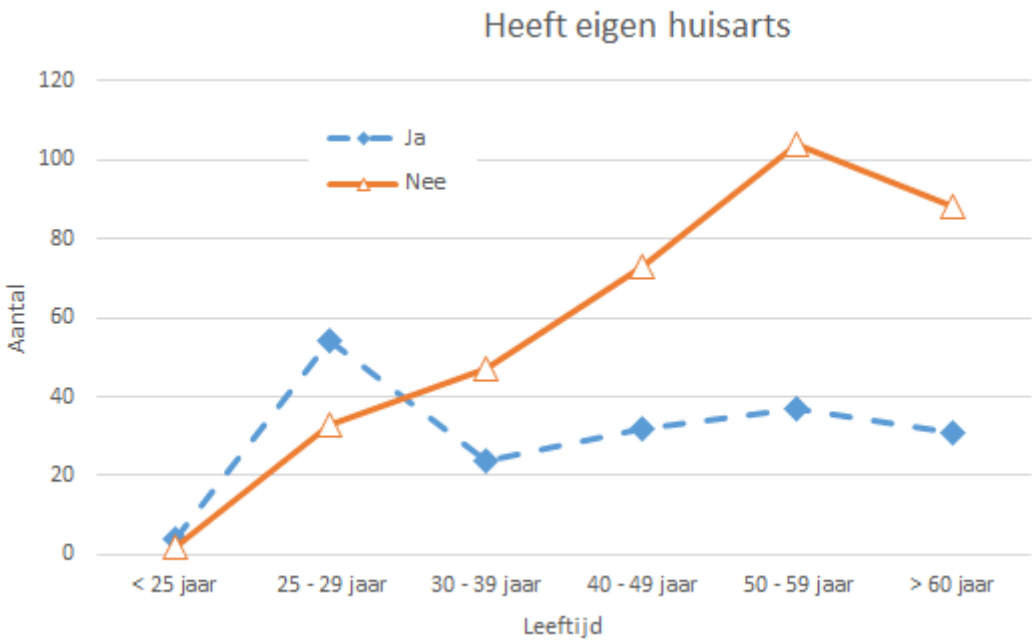
Grafiek 4: Verdeling eigen huisarts

In volgende tabel wordt het hebben van een eigen huisarts ingedeeld volgens leeftijdsklasse.

Tabel 6: Verdeling eigen huisarts per leeftijdsklasse

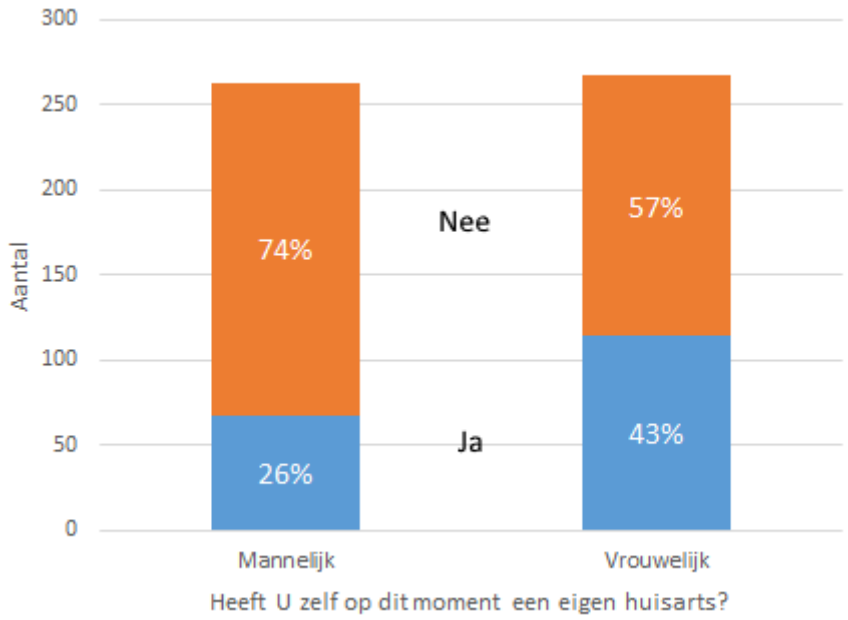
Heeft eigen huisarts	**Ja**		**Nee**		
Leeftijd	*Aantal*	*%*	*Aantal*	*%*	*Totaal*
< 25 jaar	4	67 %	2	33 %	6
25 - 29 jaar	54	62 %	33	28 %	87
30 - 39 jaar	24	34 %	47	66 %	71
40 - 49 jaar	32	30 %	73	70 %	105
50 - 59 jaar	37	26 %	104	74 %	141
> 60 jaar	31	26 %	88	74 %	119
Totaal	182	34 %	347	66 %	529

Als we kijken hoe dit per leeftijdscategorie zit, zien we dat procentueel gezien er bij de oudere huisartsen minder artsen zijn met een eigen huisarts.



Grafiek 5: Verdeling eigen huisarts per leeftijdsklasse

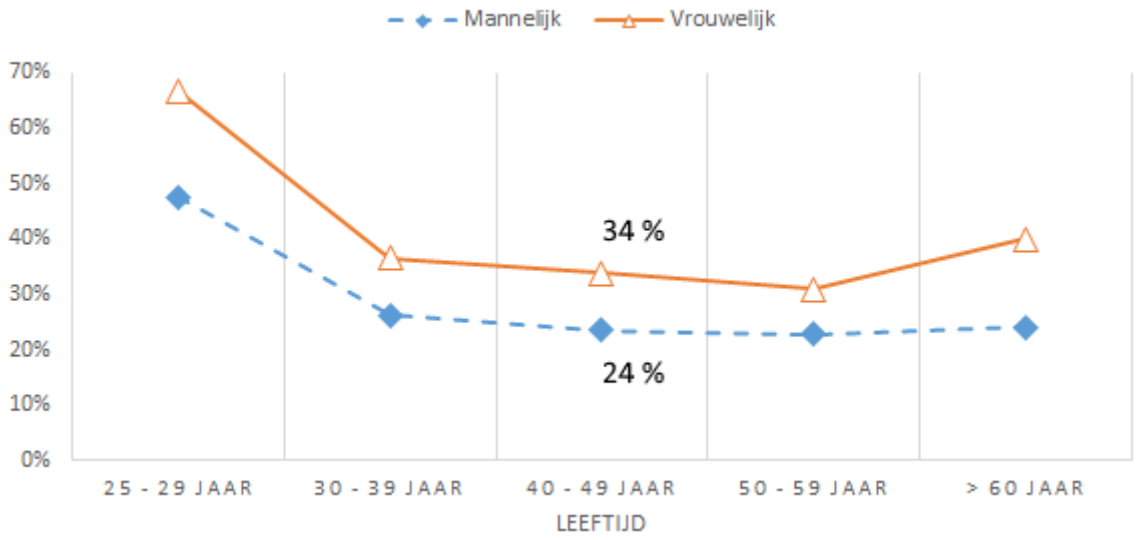
In de leeftijdscategorie jonger dan 30 jaar, blijkt dat er meer deelnemers een eigen huisarts hebben dan geen eigen huisarts. 62 % heeft een eigen huisarts volgens deze populatie. Dit kan mogelijks ook verklaard worden, omdat vele jonge huisartsen en haio's nog steeds een eigen huisarts hebben waar ze als kind ook bij gingen.



Grafiek 6: Aantal artsen met eigen huisarts versus geslacht

Als we kijken naar de totale populatie zien we dat 26 % van de mannen een eigen huisarts heeft en 43 % van de vrouwen.

Als we hier verder op ingaan en we kijken naar het percentage huisartsen die een eigen huisarts heeft in elke leeftijdscategorie, zien we dat er een groot verschil is tussen de mannelijke en de vrouwelijke huisartsen. We doen dit omdat het aantal mannelijke huisartsen in de hogere leeftijdscategorie meer vertegenwoordigd is.



Grafiek 7: % in leeftijdsklasse met een eigen huisarts, per geslacht

In deze grafiek zien we het aantal huisartsen met een eigen huisarts per leeftijdsklasse ingedeeld, zowel bij mannen als vrouwen ten opzichte van het totaal aantal huisartsen in die leeftijdsklasse volgens geslacht. Bijvoorbeeld in de leeftijdsklasse “40-49 jaar” zijn er 105 deelnemers (34 mannen en 71 vrouwen). Van de 34 mannen hebben 8 een eigen huisarts (= 24 %) en van de 71 vrouwen hebben 24 een eigen huisarts (= 34 %). We zien dat ongeveer 10 % meer vrouwen in vergelijking met de mannelijke huisartsen een eigen huisarts hebben en dit over alle leeftijdsklassen heen.

Aan de groep met een eigen huisarts, worden bijkomende vragen gesteld.
Wanneer was het laatste contact met uw huisarts?

Tabel 7: Laatste contact met uw huisarts?

	< 1 jaar	1 jaar - 2 jaar	2 jaar - 3 jaar	3 jaar - 5 jaar	> 5 jaar geleden
Aantal	101	50	18	8	5
Proc.	56 %	28 %	10 %	4 %	3 %

Hieruit blijkt dat de groep met een eigen huisarts toch op regelmatige basis hun huisarts bezoekt. 56 % van de personen met een eigen huisarts gaan jaarlijks bij hun huisarts.

Van de deelpopulatie die de eerste keuze, “minder dan 1 jaar geleden sinds het laatste onderzoek bij hun huisarts” kiest, kunnen vervolgens kiezen uit hoeveel keer per jaar ze hun huisarts consulteren (frequentie per jaar). Hier komt het volgende resultaat uit.

Tabel 8: Frequentie huisartsconsultatie.

Frequentie per jaar	**0,5x**	**1x**	**2x**	**3x**	**4x**	**5x**	**6x**
Aantal	4	39	38	12	4	2	1
Procentueel	4 %	39 %	38 %	12 %	4 %	2 %	1 %

Aan deze populatie wordt ook gevraagd of dit consult voor een acute of chronische aandoening of voor een preventief onderzoek was. Bij 69 deelnemers (38 %) was dit voor een acute aandoening, bij 31 deelnemers voor een chronische aandoening (17 %) en bij 68 deelnemers (37 %) was dit voor een preventief onderzoek. Indien het onderzoek niet behoorde tot de mogelijkheden kon men zelf iets neerschrijven.

Bij die mogelijkheden komen attesten voor een levensverzekering en in het kader van een zwangerschap het meest naar boven. Verzekeringsmaatschappijen aanvaarden immers niet dat je optreedt als je eigen huisarts, net als de overheid bij het afsluiten van een zorgtraject niet toelaat dat je uw eigen huisarts bent.

Om een inschatting te maken wie de huisarts had aangemoedigd om bij een andere huisarts te gaan wordt volgende vraag gesteld: “Wie had u aangeraden om op bezoek te gaan?” met volgende resultaten (meerdere antwoorden waren mogelijk).

Tabel 9: Aanmoediging om bij de huisarts te gaan.

(Meerdere antwoorden waren mogelijk)	**Aantal**	**Procentueel**
Zelf	166	91 %
Partner	17	9 %
Huisgenote	2	1 %
Vriend	3	2 %
Omgeving	2	1 %
Patiënt	1	1 %
Andere	10	3 %

Van de 182 deelnemers die zeggen dat ze een eigen huisarts hebben, heeft (122/182) 67 % ook een GMD bij hun huisarts. Hiervan zegt ook 51 % (93/182) hun arts niet op een formele wijze zoals elke andere patiënt te raadplegen.

Van alle deelnemers aan onze studie heeft slechts 23 % of 122 op 529 deelnemers een GMD.

6.2.2 Drempels om een eigen huisarts te nemen.

Aan alle huisartsen wordt gevraagd of zij een drempel ervaren om als arts een andere huisarts te raadplegen. 243 deelnemers of 46 % van alle deelnemers ervaart een drempel om een collega-arts te raadplegen, 286 deelnemers of 54 % niet. Van de 46 % die een drempel ervaren, heeft 74 % daadwerkelijk geen huisarts. Ondanks de drempel heeft 26 % dus wel een eigen huisarts.

Als we naar de groep kijken die een huisarts heeft, zien we dat 35 % toch een drempel ervaart. In de groep zonder huisarts, is dit 53 %.

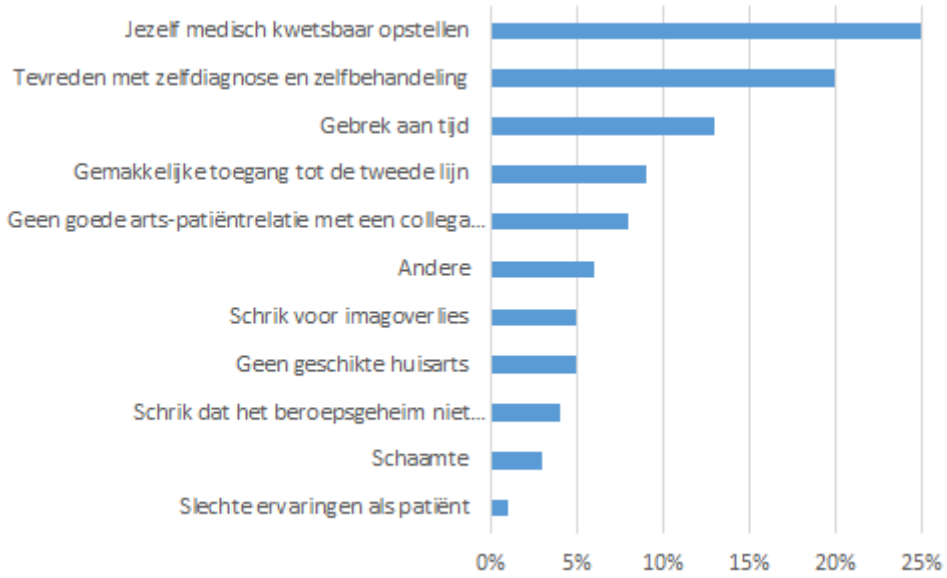
In onderstaande tabel ziet u een overzicht van de drempels die 46 % of 243 van de deelnemers ervaren. Aan hen wordt ook hun grootste drempel gevraagd.

Tabel 10: Drempels om eigen huisarts te nemen.

	Drempels verschillende antwoorden mogelijk		**Grootste drempel**	
	Aantal	Procentueel	Aantal	Procentueel
Tevreden met zelfdiagnose en zelfbehandeling	119	49 %	50	20 %
Jezelf medisch kwetsbaar opstellen	119	49 %	62	25 %
Geen geschikte huisarts	28	12 %	12	5 %
Geen goede arts-patiëntrelatie met een collega-huisarts	47	19 %	20	8 %
Schaamte	50	21 %	8	3 %
Gebrek aan tijd	113	47 %	32	13 %
Schrik dat het beroepsgeheim niet gerespecteerd wordt	25	10 %	9	4 %
Schrik voor imagoverlies	45	19 %	13	5 %
Gemakkelijke toegang tot de tweede lijn	100	41 %	22	9 %
Slechte ervaringen als patiënt	3	1 %	1	1 %
Andere	17	7 %	14	6 %

De meest voorkomende drempels zijn “tevreden met zelfdiagnose en zelfbehandeling”, “jezelf medisch kwetsbaar opstellen” en een “gebrek aan tijd” (zie tabel hierboven).

De grootste drempel blijkt “jezelf medisch kwetsbaar opstellen” te zijn met 25 %. Op de tweede plaats komt “tevreden met zelfdiagnose en zelfbehandeling” met 20 %.

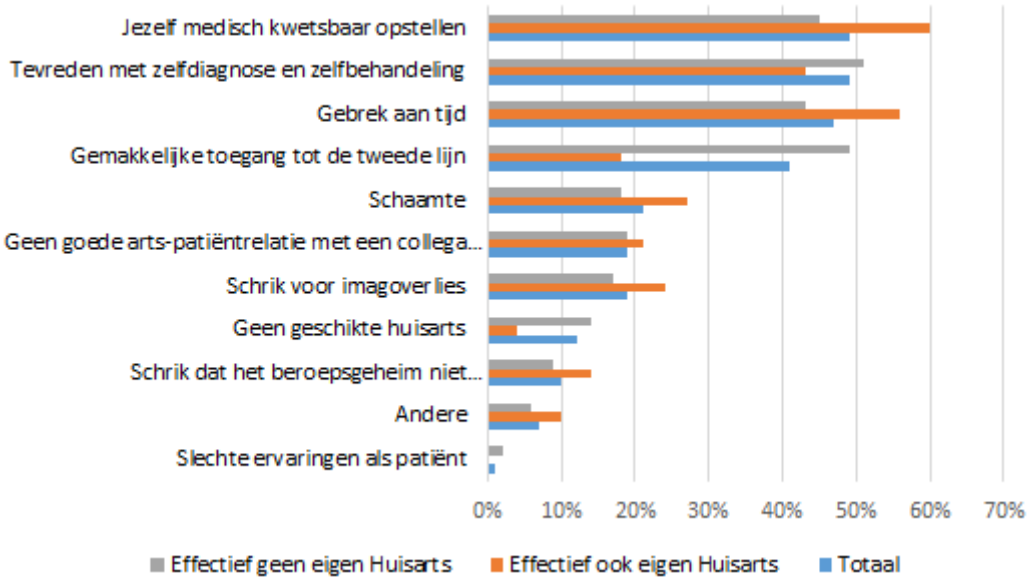


Grafiek 8: Pareto diagram - De grootste drempel om eigen huisarts te nemen.

Bij deze vraag valt op dat er zeer veel artsen een opmerking gaven.
De meest in het oog springende antwoorden zijn:

- Wat kunnen de andere huisartsen meer doen?
- Men zou verwachten dat je als arts je eigen problemen kan oplossen?
- Huisarts is een zelfstandig beroep, dus voor kleine(re) kwaaltjes blijven we niet thuis (= geen briefje nodig).
- Ik was in mijn carrière één periode arbeidsonbekwaam door een polsbreuk. Kwam ook geen huisarts aan te pas.
- Voor eventuele psychologische hulp zou ik liever naar een psychotherapeut gaan dan een collega-huisarts.
- De tijd niet nemen voor zelfzorg, te ver van huidige woonst, gevoel dat je als arts voor jezelf moet 'kunnen' zorgen.

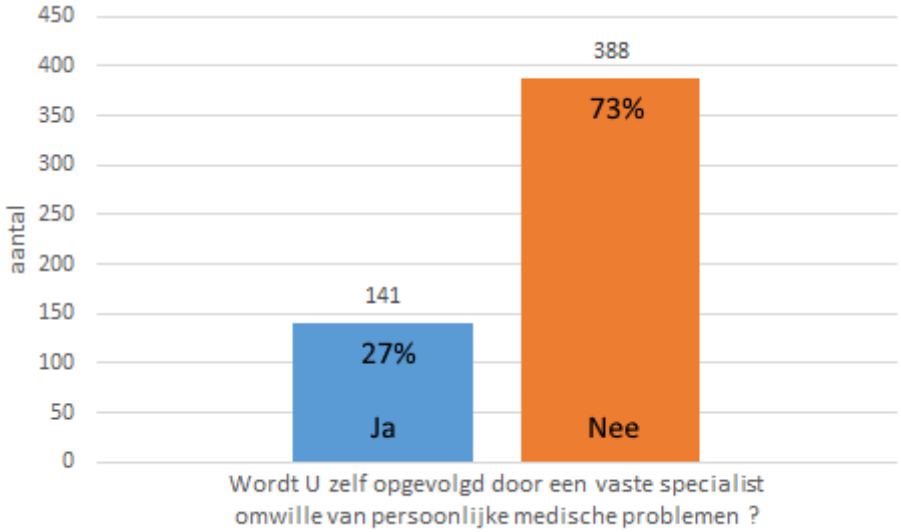
Uit deze antwoorden blijkt dat vele huisartsen nog steeds de perceptie hebben van zichzelf te moeten kunnen behandelen.



Grafiek 9: Pareto diagram - Drempels om een eigen huisarts te nemen, gesplitst over het al of niet hebben van een eigen huisarts.

6.2.3 Wordt u opgevolgd door een vaste specialist?

Ook peilen wij of de deelnemers opgevolgd worden door een specialist omwille van persoonlijke medische problemen. Een opmerking bij deze vraag is: “Huisartsen gaan bij alarmsymptomen zelf rechtstreeks naar een specialist stappen”. Is dit wel zo en zien wij een verband tussen het hebben van een specialist en het hebben van een huisarts?



Grafiek 10: Opgevolgd door een vaste specialist?

In de populatie wordt 141 of 27 % opgevolgd door een vaste specialist omwille van persoonlijke medische problemen.

Van diegene met een eigen huisarts, heeft ook 27 % een eigen specialist. Als we kijken naar de deelnemers zonder huisarts, zien we dat 27 % opgevolgd wordt door een eigen specialist. Er is dus geen verschil tussen het opgevolgd worden door een eigen specialist en het al dan niet hebben van een huisarts.

Indien men opgevolgd wordt door een vaste specialist, wordt er ook gevraagd wanneer het laatste contact met de specialist was, hoeveel keer per jaar zij de specialist consulteren, het voor een acute of chronische aandoening was en wie hen had aangeraden om bij de specialist te gaan.

Tabel 11: Laatste contact met specialist.

Geleden	< 1 jaar	1 jaar - 2 jaar	2 jaar - 3 jaar	3 jaar - 5 jaar	> 5 jaar
Aantal	144	22	3	2	0
Procentueel	81 %	16 %	2 %	1 %	0 %

We zien dat bij de meerderheid 81 % het laatste contact bij de specialist minder dan 1 jaar geleden is. De deelnemers die de eerste keuze namen, minder dan 1 jaar geleden sinds het laatste onderzoek bij een specialist, konden vervolgens kiezen uit hoeveel keer per jaar ze hun specialist consulteren (frequentie per jaar).

Tabel 12: Frequentie onderzoek bij specialist

Frequentie per jaar	1x	2x	3x	4x	5x	6x	7x
Aantal	55	32	7	5	3	4	1
Procentueel	51 %	30 %	7 %	5 %	3 %	4 %	1 %

De meeste bezoeken een specialist 1 of 2 keer per jaar.

Aan deze groep wordt ook gevraagd of dit consult voor een acute of chronische aandoening of voor een preventief onderzoek was. Bij 28 deelnemers (21 %) was dit voor een acute aandoening, bij 88 deelnemers (65 %) voor een chronische aandoening en bij 20 deelnemers (15 %) was dit voor een preventief onderzoek.

We zien dat een specialist (65 %) vooral wegens een chronische aandoening geconsulteerd wordt, in tegenstelling tot slechts 23 % van de deelnemers die een huisarts vooral bezoekt omwille van een chronische aandoening. Voor preventieve onderzoeken zien we het omgekeerde, nl. 38 % consulteert hiervoor de huisarts en slechts 15 % gaat bij de specialist.

6.2.4 Aanmoediging specialistenbezoek

Om een inschatting te maken wie de huisarts had aangemoedigd om bij de specialist te gaan werd volgende vraag gesteld: “Wie had u aangeraden om bij een specialist te gaan?” met volgende resultaten (meerdere antwoorden waren mogelijk):

Tabel 13: Aanmoediging om bij de specialist te gaan.

	Aantal	Procentueel
Zelf	119	84 %
Partner	22	16 %
Huisgenote	5	4 %
Vriend	2	1 %
Omgeving	1	1 %
Patiënt	1	1 %
Huisarts	4	3 %
Andere	9	6 %

Ook hier werd er hoofdzakelijk zelf bepaald om bij de specialist te gaan (84 %), gelijkaardig als bij de huisarts (91 %). Tevens zien we hier de trend dat er meer door de partner aangeraden werd om een specialist te consulteren dan een eigen huisarts. (16 % versus 9 %).

6.2.5 Welzijn

We proberen ook te achterhalen, hoe de huisarts over zichzelf en over zijn algemeen welzijn denkt. Op de vraag “hoe ervaart u uw eigen fysieke gezondheid” zien we dat 78 % van de huisartsen zich goed voelt.

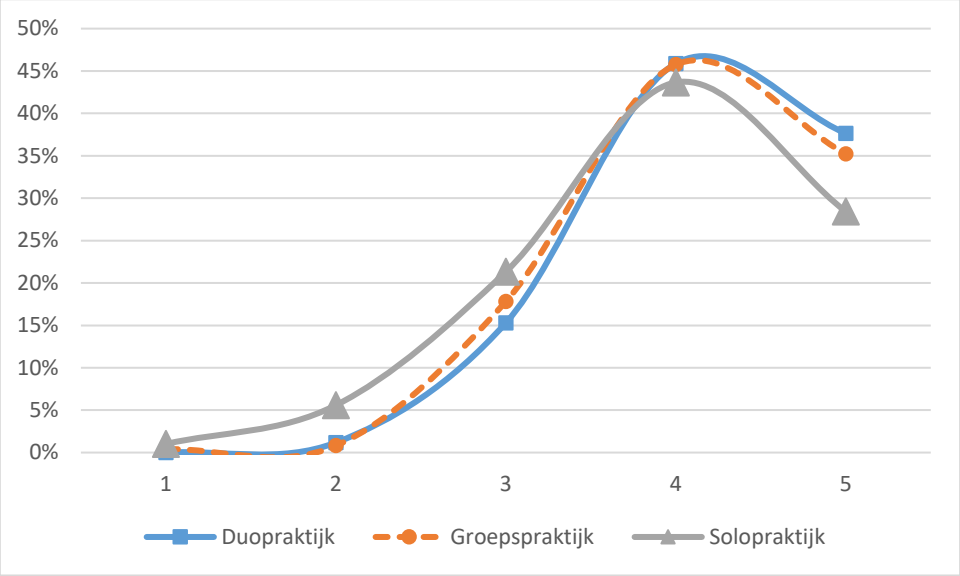
Tabel 14: Fysieke gezondheid

Fysieke gezondheid	Aantal	Categorieën
1= zeer slecht	3	17 (3 %)
2	14	
3= neutraal	99	(19 %)
4	238	413 (78 %)
5= uitstekend	175	

Tabel 15: Fysieke gezondheid versus type praktijk

	Type praktijk			
Fysieke gezondheid	**Duopraktijk**	**Groepspraktijk**	**Solopraktijk**	**Totaal**
1= zeer slecht		1 (0%)	2 (1%)	3 (1%)
2	1 (1%)	2 (1%)	11 (6%)	14 (2%)
3= neutraal	13 (15%)	44 (18%)	42 (21%)	99 (19%)
4	39 (46%)	113 (46%)	86 (44%)	238 (45%)
5= uitstekend	32 (38%)	87 (35%)	56 (28%)	175 (33%)
Totaal	**85 (100%)**	**247 (100%)**	**197 (100%)**	**529 (100%)**

Uit bovenstaande tabel zien we dat 84 % van de artsen in een duopraktijk zich goed voelt, in een groepspraktijk 81 % en in een solopraktijk is dit 72 %. We kunnen uit bovenstaande tabel niet concluderen dat iemand zich fysiek gezonder voelt in een duo-, groeps- of solopraktijk aangezien dat de gemiddelde leeftijd van de arts in een solopraktijk hoger ligt dan in duo- of groepspraktijk.



Grafiek 11: Fysieke gezondheid versus type praktijk (1= zeer slecht, 5= uitstekend)

De deelnemende artsen ervaren hun fysieke gezondheid over het algemeen als goed.

Hiertegenover staat wel dat van alle deelnemers in onze populatie 15 % of 78 deelnemers toch chronische pijn ervaren. Aan degene die chronische pijn ervaren, wordt gevraagd of zij hiervoor de afgelopen maand verdovingsmiddelen zoals morfine en andere speciaal gereglementeerde producten genomen hebben, waar minder dan 1 % (2 deelnemers) ja op antwoordt.

Als arts zit je in een rol waar we patiënten helpen, we zijn begaan met wat een patiënt op dat moment in zijn leven doormaakt en proberen er te zijn als de patiënt ons nodig heeft. Wanneer een arts zelf geconfronteerd wordt met een gezondheidsprobleem en in de rol als patiënt komt te staan, is dit niet altijd vanzelfsprekend, zeker niet als dit gaat over een psychologisch probleem. We vragen hoe de psychische gezondheid wordt ervaren.

Tabel 16: Psychische gezondheid

Psychische gezondheid	Aantal	Categorieën
1= zeer slecht	4	29 (6 %)
2	25	
3= neutraal	111	(21 %)
4	243	389 (74 %)
5= uitstekend	146	

Als we de fysieke en psychische gezondheid vergelijken, zien we dat de psychische gezondheid (74 %) goed tot zeer goed scoort en vergelijkbaar is met de lichamelijke gezondheid (78 %).

Tabel 17: Slaapkwaliteit

Slaapkwaliteit	Aantal	Categorieën
1= zeer slecht	10	49 (9 %)
2	39	
3= neutraal	112	(21 %)
4	212	368 (70 %)
5= uitstekend	156	

Als we peilen naar de slaapkwaliteit in onze populatie zien we dat 9 % zijn slaapkwaliteit omschrijft als slecht tot zeer slecht. In de totale populatie antwoordt 8 % dat ze de laatste maand slaapmedicatie namen.

6.3 NOOD AAN OPTIMALISATIE VAN DE ZELFZORG

Zelfzorg wordt breed geïnterpreteerd. Het bestaat uit alle vaardigheden en uit alle kennis die het eigen welzijn bevordert.

Volgende vragen worden gesteld om te peilen hoe en of het nodig is om de zelfzorg bij artsen te optimaliseren. Daarvoor moeten we in de eerste plaats weten hoe de huisarts over zichzelf en zijn gezondheid denkt.

Tabel 18: zelfzorg – objectiviteit/advies

	Ja	Nee
Kan u zichzelf objectief beoordelen-	357 (68 %)	172 (33 %)
Staat u open voor het advies van andere artsen	526 (99 %)	3 (1 %)

Hieruit blijkt dat 68 % van zichzelf vindt dat hij zich objectief kan beoordelen. 99 % staat echter wel open voor het advies van andere artsen.

Een hypothese kan zijn dat wanneer huisartsen denken zich objectief te kunnen beoordelen, men minder vlug een eigen huisarts heeft. Hiervoor werd volgende tabel samengesteld.

Tabel 19: zelfzorg – objectiviteit versus eigen huisarts hebben

Kan zichzelf objectief beoordelen	Heeft effectief een huisarts					
	Ja		Nee		Totaal	
Ja	108	59%	249	72%	357	67%
Nee	74	41%	98	28%	172	33%
Totaal	**182**	**100%**	**347**	**100%**	**529**	**100%**

Het zichzelf objectief kunnen beoordelen, wordt geplaatst tegenover het hebben van een huisarts. Van hen die geen eigen huisarts hebben (n=347), zijn 72% (n=249) ervan overtuigd zichzelf objectief te kunnen beoordelen. We zien in de groep die een eigen huisarts heeft, dat 59 % vindt dat hij zichzelf objectief kan beoordelen.

Tabel 20: zelfzorg - bloedafname

	Ja	Nee
Werd er bij u reeds een bloedafname afgenomen	494 (93 %)	35 (7 %)

Opmerkelijk is dat er bij 7 % of 35 huisartsen in onze populatie nog nooit een bloedafname is gebeurd.

Tabel 21: Zelfzorg – bloedafname versus leeftijdsklasse

	Bloedafname		
Leeftijd	**Ja**	**Nee**	**Totaal**
< 25 jaar	5 (1 %)	1	6 (1 %)
25 - 29 jaar	68 (13 %)	19 (4 %)	87 (16 %)
30 - 39 jaar	64 (12 %)	7 (1 %)	71 (13 %)
40 - 49 jaar	100 (19 %)	5 (1 %)	105 (20 %)
50 - 59 jaar	139 (26 %)	2	141 (27 %)
> 60 jaar	118 (22 %)	1	119 (22 %)
Totaal	**494 (93 %)**	**35 (7 %)**	**529 (100 %)**

Als we dit verder analyseren zien we dat deelnemers waarbij nog nooit een bloedafname gebeurd is, 27 van de 35 of 77 % jonger zijn dan 39 jaar. Van die 35 zijn er 19 haio's waar nog nooit een bloedafname gebeurd is. Indien je de huisartsen in opleiding buiten beschouwing laat, heeft 16 van de 436 of 4 % nog nooit een bloedafname gehad.

Aan de 93 % wordt bijkomstig gevraagd hoe lang het geleden is dat er een bloedafname gebeurd is.

Tabel 22: Zelfzorg – bloedafname geleden

Bloedafname geleden	< 1 jaar	1 jaar - 2 jaar	2 jaar - 3 jaar	3 jaar - 5 jaar	> 5 jaar
Aantal	317	106	38	18	15
Procentueel	64 %	21 %	8 %	4 %	3 %

Als we de haio's alleen bekijken, is het bij 47 van de 93 deelnemers minder dan 1 jaar geleden dat er een bloedafname gebeurd is. Als we de haio's buiten beschouwing laten, zien we dat het gemiddeld genomen bij 86 % minder dan 2 jaar geleden. Indien er een bloedafname gebeurt, gebeurt dit dus op regelmatige basis.

De hoofdreden voor de bloedafname was bij 68 % omwille van een preventief onderzoek, slechts bij 22 % omwille van ziekte.

Tabel 23: Zelfzorg – Redenen bloedafname

	Aantal	Procentueel
Preventief onderzoek	334	68 %
Ziekte	108	22 %
Prikaccident	6	1 %
Zwangerschap	17	3 %
Verzekering	9	2 %

Er wordt ook gevraagd hoe lang het geleden is dat er een tuberculinetest is afgenomen.

Tabel 24: Zelfzorg – Tuberculinetest geleden

Tuberculinetest geleden	**Nooit**	**< 1 jaar**	**1 jaar - 2 jaar**	**2 jaar - 3 jaar**	**3 jaar - 5 jaar**	**> 5 jaar**
Aantal	83	42	33	34	22	315
Procentueel	16 %	8 %	6 %	6 %	4 %	60 %

Opvallend is dat 16 % nooit een tuberculinetest ondergaan heeft en bij 60 % is het meer dan 5 jaar geleden.

Indien er minder dan 1 jaar geleden een bloedafname plaatsvond, worden volgende vragen gesteld.

Tabel 25: Zelfzorg – Bijkomende testen

	Ja		**Nee**	
Bent U het afgelopen jaar getest op: *	Aantal	%	Aantal	%
Hepatitis B	90	17 %	439	83 %
Hepatitis C	81	15 %	448	85 %
HIV	92	17 %	437	83 %
Andere infectieziekten	69	13 %	460	87 %

* Meerdere antwoorden waren mogelijk

We zien dat er slechts bij 17 % van alle deelnemers het afgelopen jaar getest is op hepatitis B, bij 15 % op hepatitis C, bij 17 % op HIV en bij 13 % op andere infectieziekten. Dit betekent dat

bij meer dan 80 % van de huisartsen het afgelopen jaar niet getest is op hepatitis B (83 %) en C (85 %), HIV (83 %) of andere infectieziekten (87 %).

Tabel 26: Zelfzorg – Medisch risico

Loopt u in uw job een verhoogd medisch risico omdat u blootgesteld wordt aan schadelijke fysische, biologische of chemische stoffen?	**Aantal**	**Categorie**
1= Helemaal eens	43	144 (27 %)
2	101	
3= Neutraal	149	(28 %)
4	122	236 (45 %)
5= Helemaal oneens	114	

Binnen de steekproef vindt 45 % geen verhoogd medisch risico te lopen in de job als huisarts omdat men blootgesteld wordt aan schadelijke fysische, biologische of chemische stoffen.

We willen ook aftoetsen of er bij psychologische problemen de huidige bestaande vangnetten gekend zijn. De laatste jaren zijn er immers een aantal organisaties ontstaan voor artsen die het moeilijk hebben. De meest gekende organisatie blijkt “Dokters4dokters” te zijn, gekend door 79 % van alle deelnemers. “Dokters4dokters” wil voor huisartsen een aanspreekpunt zijn dat een visie uitdraagt rond de zorg voor artsen. Dit niet alleen op het gebied van medische hulp en psychologische begeleiding, maar ook voor het leren van vaardigheden rond afbakening, organisatie en teamwerking van de praktijk. Dit is een stap in de goede richting voor het laagdrempelig bereikbaar maken van huisartsen voor huisartsen. (3)

Tabel 27: Zelfzorg – kennis bestaande vangnetten

Aantal	**Ken ik niet**	**Ken ik en reeds gebruik van gemaakt**	**Ken ik maar nog geen gebruik van gemaakt**
Co-artsen	341 (65 %)	4 (1 %)	184 (35 %)
Arts in Nood	227 (43 %)	8 (2 %)	294 (56 %)
Dokters4dokters	112 (21 %)	24 (5 %)	393 (74 %)

Op de vraag “vindt u die initiatieven nuttig” antwoordt 433 of 82 % ja, 25 of 5 % nee. Ondanks de recente aandacht in de media en langs diverse kanalen, kennen 71 deelnemers of 13 % het bestaan van geen enkel van deze initiatieven.

6.4 IS ER BEREIDHEID VOOR HET OPTIMALISEREN VAN ZELFZORG

Dat er nood is aan het optimaliseren van de zelfzorg blijkt onder andere uit het feit dat 68 % van de deelnemers vindt dat men zich objectief kan beoordelen. De vraag kwam ook of men bereid is voor het optimaliseren van de zelfzorg en/ of een periodieke gezondheidsscreening hiervoor een oplossing kan bieden. Hoe denkt de huisarts hierover en hoe groot is het draagvlak bij de huisarts hiervoor op dit moment? Moet de overheid dit kader creëren?

Om hier een antwoord op te krijgen bekijken we het standpunt van de huisarts over het werk als dienst aan de gemeenschap en zijn relatie t.o.v. overheid.

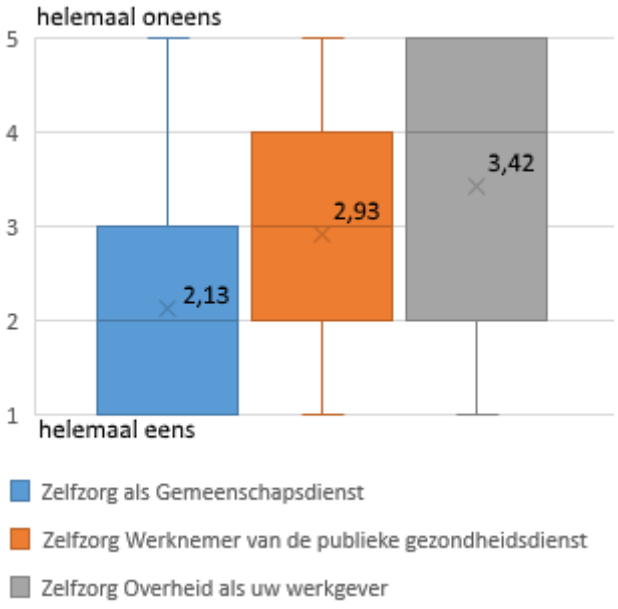
Tabel 28: Beroepsvisie gemeenschap/overheid

1= helemaal eens, 5= helemaal oneens	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	*m*	*s*	*Eens*	*Neutraal*	*Oneens*
Ziet u uw werk als een dienst aan de gemeenschap?	202	166	77	56	28	*2,13*	*1,19*	*368 (70 %)*	*77 (15 %)*	*84 (16 %)*
Ziet u zichzelf als werknemer van de publieke gezondheidsdienst?	82	136	119	123	69	*2,93*	*1,28*	*218 (41 %)*	*119 (23 %)*	*192 (36 %)*
Ziet u de overheid als uw werkgever?	47	104	99	137	142	*3,42*	*1,31*	*151 (29 %)*	*99 (19 %)*	*279 (53 %)*

* m= gemiddelde; s= spreiding; eens= 1,2 & oneens= 4,5

We zien dat 70 % van de deelnemers zijn werk ziet als een dienst aan de gemeenschap. Echter vindt slechts 41 % zichzelf als een werknemer van de publieke gezondheidsdienst en slechts 29 % ziet de overheid als zijn werkgever. In onze vragenlijst mogen wij niet de vraag stellen van de ethische commissie of iemand werkzaam is in een wijkgezondheidscentrum om de anonimiteit van de deelnemers te blijven garanderen. Aan de ene kant vindt 70 % van de deelnemers dat we ten dienste van de bevolking staan, maar aan de andere kant zien we de overheid niet als onze werkgever.

Vergelijken we bovenstaande 3 vragen dan zien we dat de meeste artsen hun beroep als een gemeenschapsdienst ervaren.



Figuur 3: Beroepsvisie

We vragen tevens of de overheid gezondheidstoezicht op artsen moet houden.

Tabel 29: Overheid en gezondheidstoezicht op artsen

1= helemaal eens, 5= helemaal oneens	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	Eens	Neutraal	Oneens
Vindt u dat de overheid gezondheids-toezicht op artsen moet houden?	61	116	140	104	108	**177 (33 %)**	**140 (27 %)**	**212 (40 %)**

* Eens=1,2 & Oneens=4,5

Eén derde vindt dat de overheid toezicht op de gezondheid van artsen moet houden. Als we de deelnemers die neutraal gestemd hebben erbuiten laten zien we dat 46 % (177/389) vindt dat de overheid gezondheidstoezicht op artsen moet houden. Dit lijkt voor deze vraag een meer realistische voorstelling aangezien de deelnemers die neutraal gestemd hebben vermoedelijk gemakkelijker overtuigd worden.

Een arts heeft in België meestal een zelfstandigenstatuut. Indien een arts tijdelijk werkonbekwaam is, heeft men als zelfstandige geen recht op een vergoeding. Op dit moment is het dan ook moeilijk om hier sancties tegenover te zetten, indien men acht door de gezondheidsscreening dat iemand werkonbekwaam is. Dit komt ook regelmatig naar boven in de reactie op deze vraag. Arts is een vrij beroep, het past op dit moment nog niet bij hun mentaliteit om door de overheid gecontroleerd te worden.

Op de ja/nee vraag “Vindt u dat de overheid voor een periodieke gezondheidsbeoordeling moet zorgen?” antwoorden 180 deelnemers (34 %) ja en 349 (66 %) nee. Als we deze vraag vergelijken met de vraag of de overheid gezondheidstoezicht op artsen moet houden zien we dat dit gelijkaardige resultaten geeft. De nuancering in de vraag is of het door een periodieke gezondheidsbeoordeling moet gebeuren. Door dit aan de vraag toe te voegen zien we eigenlijk niet veel deelnemers van mening veranderen.

Onderstaande tabel toont de antwoorden op de vraag of “de overheid voor een periodieke gezondheidsbeoordeling moet zorgen” volgens leeftijdsklasse.

Tabel 30: Periodieke gezondheidsbeoordeling

	Periodieke gezondheidsbeoordeling?				
	Ja		**Nee**		**Totaal**
Leeftijd	***Aantal***	***%***	***Aantal***	***%***	
< 25 jaar	5	83%	1	17%	6
25 - 29 jaar	41	47%	46	53%	87
30 - 39 jaar	31	44%	40	56%	71
40 - 49 jaar	38	36%	67	64%	105
50 - 59 jaar	34	24%	107	76%	141
> 60 jaar	31	26%	88	74%	119
Totaal	**180**	**34%**	**349**	**66%**	**529**

Op deze vraag zien we een groot verschil tussen de jongere en oudere leeftijdscategorieën. Bij de 50-plussers antwoordt gemiddeld 75 % nee, dit percentage daalt echter bij de groep onder de 40 jaar naar 53 % (87/164).

Indien men antwoordt dat de overheid voor een periodieke gezondheidsbeoordeling moet zorgen, wordt gepeild naar de frequentie hiervan.

De antwoorden op volgende vraag “Vindt u dat dit onderzoek jaarlijks, om de 2 jaar, om de 3 jaar, … moet gebeuren?” en “voor wie”, vindt u in onderstaande tabel.

Tabel 31: Frequentie gezondheidsbeoordeling en voor wie

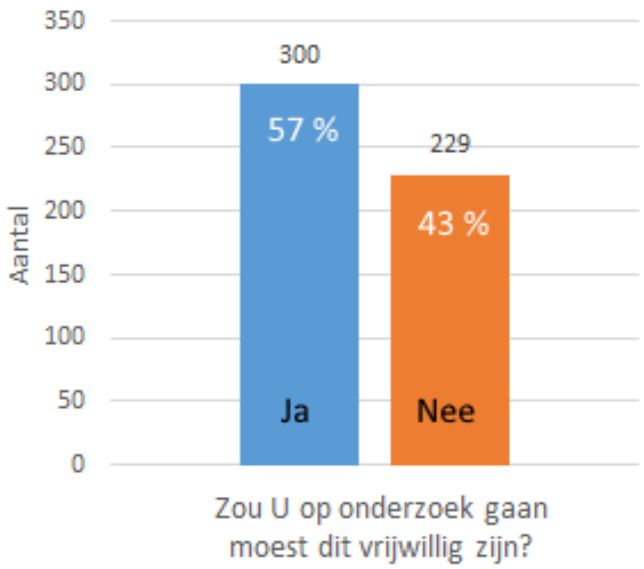
Gezondheidsbeoordeling	**Jaarlijks**	**Om de 2 jaar**	**Om de 3 jaar**	**Andere**
Aantal	62	58	49	11
Procentueel	34 %	32 %	27 %	6 %

Voor wie	**Elke arts**	**Vanaf 40 jaar**	**Vanaf 50 jaar**	**Vanaf 60 jaar**
Aantal	135	20	17	3
Procentueel	77 %	11 %	10 %	2 %

Een periodieke gezondheidsbeoordeling zou voor 34 % jaarlijks moeten gebeuren. Dit zou, indien dit bij dezelfde persoon kan gebeuren, een vertrouwensband kunnen scheppen. Indien er een gezondheidsbeoordeling zou komen, vindt 77 % of 135 van de 180 deelnemers dat elke arts hieraan moet deelnemen, dus niet leeftijdsafhankelijk.

Om in te schatten hoe huisartsen tegenover een medisch onderzoek staan en hiervoor kunnen gemotiveerd worden, worden er volgende vragen gesteld:

Als eerste wordt er aan alle deelnemers gevraagd of zij op onderzoek zouden gaan moest dit vrijwillig zijn.



Grafiek 12: Vrijwillig op onderzoek?

Tabel 32: Periodieke gezondheidsbeoordeling

Periodieke gezondheidsbeoordeling:	Ja	Nee
Zou u op onderzoek gaan moest dit vrijwillig zijn?	300 (57 %)	229 (43 %)
Zou u op onderzoek gaan moest dit vrijwillig zijn en hier accrediteringspunten aan worden toegekend?	330 (62 %)	199 (38 %)
Zou u op onderzoek gaan moest dit vrijwillig zijn en hier accrediteringspunten aan worden toegekend indien u bij de persoon een GMD afsluit?	259 (49 %)	270 (51 %)
Zou een periodieke gezondheidsbeoordeling volgens u jaarlijks moeten verplicht worden?	89 (17 %)	440 (83 %)

Uit bovenstaande tabel blijkt dat 57 % van alle deelnemers op onderzoek zou gaan zelfs moest dit vrijwillig zijn. In de zoektocht hoe we artsen kunnen motiveren om hier aan deel te nemen, komen we bij het toekennen van accrediteringspunten voor een gezondheidsbeoordeling. Dit geeft een bescheiden stijging van 5 %. Echter indien men bij die persoon een GMD zou afsluiten, zijn er 8 % minder deelnemers bereid om vrijwillig een periodieke gezondheidsbeoordeling te ondergaan.

Indien we vergelijken of een gezondheidsonderzoek verplicht of vrijwillig moet zijn, al of niet met bijkomende stimuli zoals accrediteringspunten, dan bekomen we deze tabel.

Tabel 33: Gezondheidsonderzoek – vrijwillig of verplicht

	Verplicht		
Vrijwillig	**Ja**	**Nee**	**Totaal**
Ja	83	294	377
Nee	6	146	152
Totaal	**89**	**440**	**529**

Hieruit zien we dat 57 % (= 294/529) van de deelnemers vindt dat het onderzoek vrijwillig moet zijn en wil niet dat het verplicht wordt.

We hebben ook proberen aftoetsen hoe dit onderzoek er juist zou moeten uitzien.

Tabel 34: Inhoud van periodiek gezondheidsonderzoek

Wat houdt dit onderzoek in? *	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**Eens**	**Oneens**
Moet deze arts ook preventieve medische onderzoeken uitvoeren	210	133	84	50	52	**343 (65 %)**	**102 (19 %)**
Kan men op het moment van een medisch toezicht ook aan gezondheidspromotie doen	204	160	81	37	47	**364 (69%)**	**84 (16 %)**

* 1= helemaal eens; 5= helemaal oneens; Eens=1,2; Neutraal=3; Oneens=4,5

Op de vraag wat een periodieke gezondheidsscreening moet inhouden, vindt 65 % dat op het moment van het onderzoek ook preventieve medische onderzoeken kunnen uitgevoerd worden en 69 % vindt dat men ook aan gezondheidspromotie moet doen.

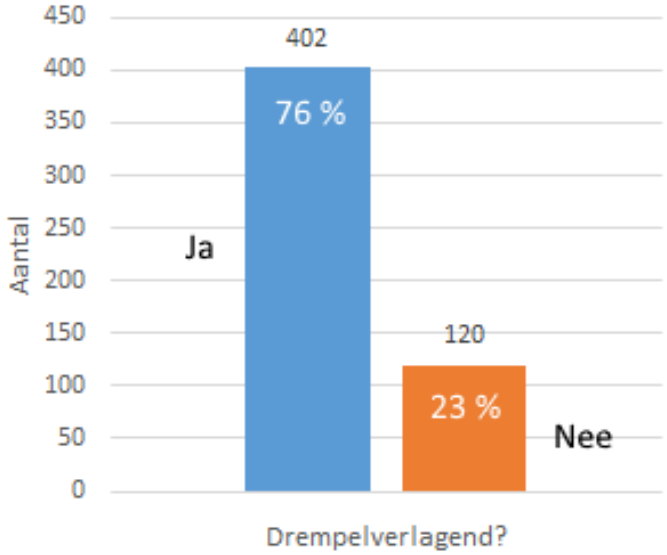
Tabel 35: Wie voert de periodieke gezondheidsbeoordeling uit?

Wie moet dit uitvoeren? *	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**Eens**	**Oneens**
Vindt u de vertrouwensband bij een jaarlijks medisch onderzoek belangrijk	228	101	83	66	51	**329 (62 %)**	**117 (22 %)**
Zou u het liefst opteren voor een rechtstreekse collega die dit onderzoek uitvoert	88	72	138	119	112	**160 (30 %)**	**231 (44 %)**
Zou u hiervoor het liefst opteren voor een onafhankelijke collega	183	123	106	66	51	**306 (58 %)**	**117 (22 %)**
Zou u het liefst bij een leeftijdsgenoot op onderzoek gaan	70	62	260	72	65	**132 (25 %)**	**137 (26 %)**
Zou dit onderzoek door een gespecialiseerde huisarts moeten gebeuren die voldoet aan bepaalde kwaliteitsvoorwaarden en ervaring heeft in het begeleiden van collega artsen	137	137	126	59	70	**274 (52 %)**	**129 (24 %)**
Zou dit onderzoek door een arbeidsgeneesheer moeten gebeuren (geen therapeutische relatie maar vooral een adviserende functie)	76	115	147	85	106	**191 (36 %)**	**191 (36 %)**

*1= helemaal eens; 5= helemaal oneens; Eens=1,2; Neutraal=3; Oneens=4,5

Om in te schatten wie de periodieke gezondheidsbeoordeling moet uitvoeren, worden bovenstaande vragen gesteld. Een eigen huisarts kan immers een vertrouwenspersoon zijn waarbij men ook terecht kan in moeilijke tijden. Een voorwaarde is wel dat men een vertrouwensband heeft opgebouwd. Dit zou kunnen geschept worden in een jaarlijkse gezondheidsscreening. De vertrouwensband bij het jaarlijks medisch onderzoek blijkt voor 62 % uit bovenstaande tabel belangrijk. We zien ook dat het onderzoek liefst uitgevoerd wordt door een gespecialiseerde huisarts (52 %) en dat slechts 36 % opteert voor een arbeidsgeneesheer.

De voorlaatste vraag in de enquête peilt of een periodieke gezondheidsscreening de drempel om medische problemen aan te kaarten kan verlagen. Opmerkelijk is dat het merendeel, 76 % van de deelnemers vindt dat door een periodieke gezondheidsscreening te organiseren inderdaad de drempel kan verlaagd worden.



Grafiek 13: Een periodieke gezondheidsscreening drempelverlagend?

In de laatste vraag kan men opmerkingen over de vragenlijst of algemene bemerkingen geven.

7 DISCUSSIE

Zelfzorg bestaat uit alle vaardigheden en uit alle kennis die het eigen welzijn bevordert. Het is iets wat iedereen in meer of mindere mate doet. Dit geldt niet alleen voor patiënten maar ook voor huisartsen. Op dit moment heeft men geen kader gecreëerd zodat het mogelijk wordt om artsen die het moeilijker hebben zowel op psychisch als op fysisch vlak, te identificeren.

De goede respons op ons onderzoek toont aan dat het onderwerp zelfzorg nog steeds een brandend actueel thema is bij artsen. De keuze voor een online vragenlijst is gekomen omdat anonimiteit omtrent dit onderwerp belangrijk is en we een zo groot mogelijke groep proberen te bereiken.

Als we naar de resultaten, meer bepaald naar de demografische gegevens kijken, zien we in deze steekproef de vervrouwelijking van het artsenberoep. In de laatste cijfers die door de FOD Volksgezondheid vrijgegeven zijn (31 december 2016) zien we dat er van de 43 662 artsen in België 17 474 of 40 % vrouwen zijn. Er wordt verwacht dat de vervrouwelijking van de huisarts zal doorzetten aangezien meer dan 65 % van de huisartsen in opleiding vrouwelijk zijn. We zien dat er onder de haio's bijna 3 keer meer vrouwen de vragenlijst hebben ingevuld dan mannen. Onze steekproef lijkt een representatief beeld te geven voor de Vlaamse huisartsen en huisartsen in opleiding.

Om de werkdruk in te schatten peilden we naar de hoeveelheid patiënten die er gemiddeld genomen gezien worden per dag. De meeste artsen zien tussen de 21 en 30 patiënten per dag. Een betere inschatting is echter het navragen hoeveel patiënten er per week worden gezien, aangezien er meer en meer huisartsen deeltijds werken.

We zien dat vrouwen (43 %) meer een eigen huisarts hebben dan mannen (26 %). Bij de oudere huisartsen zijn er minder artsen met een eigen huisarts in vergelijking met hun jongere collega's. Het probleem van het niet hebben van een eigen huisarts, zal op lange termijn enigszins wel positief evolueren. Als we echter kijken in de leeftijdsklasse van 30 tot 40 jaar, zien we dat 66 % nog steeds geen eigen huisarts heeft. In ons onderzoek heeft 34 % een eigen huisarts, dit is lager dan in andere studies. Australische studies tonen dat toch 42 % van de artsen een eigen huisarts heeft. (20)

Uit de vragenlijst komt naar boven dat de grootste drempel die een huisarts ervaart om een collega te bezoeken "jezelf medisch kwetsbaar opstellen" is. Dit is zowel voor deelnemers die een eigen of geen eigen huisarts hebben. Op de tweede plaats komt "tevreden zijn met zelfdiagnose en zelfbehandeling".

We zien geen tendens tussen het al dan niet hebben van een specialist en het hebben van een eigen huisarts. We kunnen dus niet concluderen dat huisartsen met of zonder een huisarts bij alarmsymptomen meer rechtstreeks naar een specialist stappen.

Om de noodzaak aan een medisch onderzoek in te schatten, wordt er ook gepolst naar hoe lang het geleden was dat er een aantal testen naar infectieziekten uitgevoerd zijn. Bij 60 % van de deelnemers is het meer dan 5 jaar geleden dat er een tuberculinetest is uitgevoerd, en bij meer dan 80 % is het meer dan een jaar geleden dat er getest is op hepatitis B en C of HIV.

Een grote bezorgdheid die in de opmerkingen naar bovenkomt, zijn de consequenties zoals inkomstenverlies indien er zou blijken uit het medisch onderzoek dat men niet geschikt is om het beroep uit te oefenen. Op dit moment bestaat er reeds een instelling van de overheid, namelijk de provinciale medische commissie, die hierover waakt. De provinciale medische commissies kunnen indien nodig het visum van een zorgverlener intrekken wanneer een zorgverlener fysiek of psychisch niet meer in staat is om zijn of haar beroep zonder risico's voort te zetten (Artikel 36 van het Koninklijk Besluit nr. 78). Dit gebeurt meestal na een klacht betreffende een concreet geval. Een gezondheidsbeoordeling zou niet zijn om disciplinaire sancties op te leggen, maar zou een aanbod creëren zodat men vlugger gerichte hulp kan aanbieden en problemen vroegtijdig kan detecteren. De arts kan op die manier gemotiveerd worden om hulp te zoeken of onmiddellijk te krijgen in plaats van zelfzorg. Het lijkt mij het meest aangewezen dat er tussen deze organisaties een absolute scheiding is zodat de strikte vertrouwelijkheid en discretie kan gegarandeerd worden.

In ons land worden nog steeds de meeste huisartsen, met uitzondering van de wijkgezondheidscentra, per verrichting en een abonnementsbedrag voor het globaal medisch dossier betaald. Indien een arts werkongeschikt bevonden wordt, heeft dit financiële gevolgen tenzij er een verzekering voor een gewaarborgd inkomen afgesloten is. Dit kan ook een beperkende factor zijn om een andere huisarts te raadplegen bij ziekte.

Bij werknemers wordt er gezorgd door de werkgever voor een gezondheidstoezicht die door een preventieadviseur of arbeidsgeneesheer uitgevoerd wordt. Preventieve handelingen worden uitgevoerd, net als het samenstellen van een gezondheidsdossier, de inentingen en tuberculinetesten. Uit de resultaten blijkt dat er een voorkeur is dat het onderzoek uitgevoerd wordt door een onafhankelijke gespecialiseerde huisarts die voldoet aan bepaalde kwaliteitsvoorwaarden en ervaring heeft in het begeleiden van collega-artsen, in plaats van een preventieadviseur of arbeidsgeneesheer. Dit onderzoek zou voor elke arts, ongeacht zijn leeftijd zijn, jaarlijks of tweejaarlijks en liefst steeds bij dezelfde arts. Hierdoor kan men een vertrouwensband creëren met de arts, waardoor de drempel in het ventileren van problemen verlaagd wordt.

Een voorstel van het KCE is dat er een gezondheidsdienst ter beschikking wordt gesteld voor artsen waar aan preventieve algemene check-ups kan worden gedaan en waar specifieke opsporingsprogramma's voor burn-out kunnen worden uitgevoerd. (5)

Uit de bevraging blijkt ook dat 79 % van de deelnemers "Dokter4Dokters" kent en 5 % hen reeds gecontacteerd heeft. Het project van co-artsen is door 35 % gekend. Dit is in 2015 gestart als een pilootproject van "Dokters4Dokters". Dit zijn huisartsen die instaan voor een collega als die het even moeilijk heeft. Een co-arts is echter geen behandelend arts maar eerder een luisterend oor. Het wordt ondertussen gesteund door de Vlaamse overheid en het "Agentschap Zorg en Gezondheid".

Met een periodieke gezondheidsscreening of medisch onderzoek zou men nog een stap verder kunnen gaan. Tevens kan men ook preventieve onderzoeken uitvoeren en aan gezondheidspromotie doen en indien de huisarts dit wenst, zou hij ook de behandelende arts kunnen worden. Het lijkt ons het meest aangewezen dat dit initiatief ook vanuit de artsenvereniging verder uitgebouwd wordt met steun van de overheid, zoals bij co-artsen het geval is. Mogelijks kan een periodiek medisch onderzoek ook voor een mentaliteitswijziging zorgen.

Indien we vergelijken of een gezondheidsonderzoek op vrijwillige basis of verplicht moet zijn, al dan niet met bijkomende stimuli zoals accrediteringspunten, zien we dat 57 % (= 294/529) van de deelnemers vindt dat het onderzoek vrijwillig moet zijn en niet wil dat het verplicht wordt. Voor een aantal deelnemers komt dit over als een extra verplichting die opgelegd wordt. Indien dit echter opgelegd wordt, is men verplicht om in de eigen agenda hier tijd voor te maken. Het zou een ideaal moment zijn om even stil te staan bij het zelfbewustzijn. Men kan huisartsen tevens extra motiveren indien er accrediteringspunten worden uitgereikt voor dit onderzoek. Uit de resultaten blijkt dat een GMD afsluiten bij diezelfde huisarts als afremmend wordt gezien.

De hypothese dat huisartsen die denken zich objectief te kunnen beoordelen, minder vlug een eigen huisarts hebben, kan worden gestaafd. Het zichzelf objectief kunnen beoordelen, werd geplaatst tegenover het hebben van een huisarts. Van hen die geen eigen huisarts hebben (n=347), zijn 72% (n=249) ervan overtuigd zich objectief te kunnen beoordelen. In de groep die een eigen huisarts heeft, vindt 59 % zichzelf objectief te kunnen beoordelen. Door deze veronderstelling, reist er het vermoeden dat er minder vlug een mentaliteitswijziging zal gebeuren.

Een beperking van dit onderzoek is dat we niet kunnen bepalen hoeveel non-responders er zijn. We kunnen ook vermoeden dat de personen die deelgenomen hebben aan onze studie,

al enige interesse hebben voor dit thema. Artsen die het moeilijk hebben en geen tijd voor zichzelf kunnen vrijmaken, zullen ook niet vlug geneigd zijn om deze online vragenlijst in te vullen. Deze vragenlijst werd enkel afgenomen onder huisartsen, het kan interessant zijn voor toekomstige onderzoeken om dit uit te breiden naar alle artsen, ook diegene die werken in een ziekenhuissetting.

We kunnen besluiten dat van alle deelnemers 76 % bevestigt dat een periodieke gezondheidsbeoordeling de drempel kan verlagen om een andere arts te raadplegen. Samen met het feit dat slechts 34 % van alle deelnemers een eigen huisarts heeft, 46 % een drempel ervaart om een collega-arts te raadplegen en dat nog steeds 68 % van zichzelf vindt dat hij of zij zich objectief kan beoordelen, kunnen we concluderen dat er behoefte is aan een periodieke gezondheidsbeoordeling.

Van alle deelnemers vindt 46 % dat de overheid toezicht moet houden op artsen en 34 % vindt dat diezelfde overheid voor een periodieke gezondheidsbeoordeling moet zorgen. Op deze laatste vraag zien we een groot verschil tussen de jongere en oudere leeftijdscategorieën. Bij de 50-plussers antwoordt 25 % dat de overheid voor een periodieke gezondheidsbeoordeling moet zorgen, bij de groep onder de 40 jaar stijgt dit naar 47 %. Vervolgens zien we dat de periodieke gezondheidsbeoordeling volgens 17 % verplicht moet worden, 57 % van de deelnemers vindt dat het onderzoek vrijwillig moet zijn en wil niet dat het verplicht wordt. Uit deze cijfers kunnen we concluderen dat er nog weinig bereidheid is voor een periodieke gezondheidsbeoordeling en er dringend moet gewerkt worden aan een mentaliteitswijziging.

Op vlak van organisatie en praktijkondersteuning van een huisartsenpraktijk staan we nog voor grote uitdagingen en is er nog marge voor verbetering. Meer en meer zal men multidisciplinair en met verschillende zorgverleners onder één dak samenwerken. Een periodieke gezondheidsscreening zou kunnen bijdragen aan het algemeen welzijn van een huisarts en een cultuurverandering ook bij de oudere huisartsen kunnen bewerkstelligen. Op dit moment bestaan er in de literatuur geen standaarden hoe men het welzijn van artsen kan bevorderen of hoe men het succes van acties daaromtrent kan meten. Verder onderzoek is nodig. Studies, die zowel individuele als organisatorische welzijnsinterventies achterhalen en die de effecten van dergelijke interventies ook op de patiëntenzorg beoordelen, zowel naar efficiëntie als naar productiviteit, zullen belangrijk zijn voor het opzetten van welzijnsprogramma’s voor artsen.

8 BESLUIT

Het is de eerste keer dat er op grote schaal een bevraging gebeurt in Vlaanderen naar de invloed die een periodiek medisch onderzoek kan hebben op het welzijn van artsen. Nog steeds hebben vele huisartsen geen eigen huisarts en wordt er een drempel ervaren om een andere huisarts te bezoeken. Ze denken zichzelf objectief te kunnen beoordelen. Hierdoor blijft zelfbehandeling en het idee dat we onszelf kunnen behelpen erg ingebed in de artsencultuur in Vlaanderen en zal dit vermoedelijk in de toekomst zo blijven indien er niets verandert.

Jongere huisartsen blijken meer open te staan voor een periodieke gezondheidsbeoordeling georganiseerd door de overheid, in tegenstelling tot oudere huisartsen. Een periodieke gezondheidsscreening voor elke arts, uitgevoerd door een onafhankelijke huisarts die voldoet aan bepaalde kwaliteitsvoorwaarden, kan de drempel verlagen tot de eerstelijnszorg.

Uit ons onderzoek kunnen we concluderen dat er nood en behoefte is aan een jaarlijks of tweejaarlijks periodiek medisch onderzoek, echter is er op dit moment een beperkte bereidheid en dringt een sensibiliseringscampagne omtrent zelfzorg en welzijn bij huisartsen zich op.

"Er is behoefte, maar een beperkte bereidheid voor een periodieke gezondheidsscreening."

9 REFERENTIES

1. Doctors get ill too. The Lancet. 2009; 374: 1653.
2. Montgomery AJ, Bradley C, Rochfort A, Panagopoulou E. A review of self-medication in physicians and medical students. Occupational Medicine (Oxford, England). 2011; 61(7): 490-497.
3. [Accessed December 19, 2017]; http://doctors4doctors.be/wie-zijn-we/
4. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. Lancet 2009; 374:1714-21.
5. Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, et al. Burn-out bij huisartsen: preventie en aanpak. KCE reports 165A. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2011.
6. Pullen D, Lonie CE, Lyle DM, Cam DE, Doughty MV. Medical care of doctors. Med J Aust. 1995; 162(9): 481-484.
7. Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Doust J. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. Br J Gen Pract 2008; 58: 501-8.
8. Carrieri D, Briscoe S, Jackson M, Mattick K, Papoutsi C, Pearson M, Wong G. 'Care Under Pressure': a realist review of interventions to tackle doctors' mental ill-health and its impacts on the clinical workforce and patient care. BMJ Open. 2018; 8(2): e021273.
9. Shanafelt TD, Gorringe G, Menaker R et al. Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. Mayo Clin Proc. 2015; 90: 432–40.
10. Hampton T. Experts address risk of physician suicide. JAMA. 2005; 294: 1189–91.
11. Kreitzer MJ, Klatt M. Educational innovations to foster resilience in the health professions. Med Teach. 2017;39:153–9.
12. Oxtoby K. Why doctors don't take sick leave. BMJ. 2015;351: h6719.
13. Doran N, Fox F, Rodham K et al. Lost to the NHS: a mixed methods study of why GPs leave practice early in England. Br J Gen Pract. 2016; 66: e128–e135.
14. Jones MC, Wells M, Gao C et al. Work stress and well-being in oncology settings: a multidisciplinary study of health care professionals. Psychooncology. 2013; 22: 46–53.
15. Spiers J, Buszewicz M, Chew-Graham CA et al. Barriers, facilitators and survival strategies for GPs seeking treatment for distress: a qualitative study. Br J Gen Pract. 2017; 67: e700–e708.
16. Cheshire A, Ridge D, Hughes J et al. Influences on GP coping and resilience: a qualitative study in primary care. Br J Gen Pract. 2017; 67: e428–e436.
17. Meyers MF. Why physicians die by suicide: lessons learned from their families and others who cared. Myers Publisher; 2017.
18. Brooks SK, Gerada C, Chalder T. The specific needs of doctors with mental health problems: qualitative analysis of doctor-patients' experiences with the Practitioner Health Programme. J Ment Health. 2017; 26(2): 161-166.
19. Lemaire JB, Wallace JE. Burnout among doctors. BMJ. 2017; 358: j3360.
20. Pullen D, Lonie CE, Lyle DM et al. Medical care of doctors. Med J Aust. 1995; 162: 481–484.

21. Uallachain GN. Attitudes towards self-health care: a survey of GP trainees. Ir Med J. 2008; 100: 489–491.
22. Thompson WT, Cupples ME, Sibbett CH et al. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. BMJ. 2001; 323: 728–731.
23. McManus IC, Keeling A, Paice E. Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve year longitudinal study of UK medical graduates. BMC Med. 2004; 2: 29.
24. Hendin H, Reynolds C, Fox D et al. Licensing and physician mental health: problems and possibilities. J Med Licensure Discipline. 2007; 93: 6–11.
25. Arnetz BB. Subjective indicators as a gauge for improving organizational well being: an attempt to apply the cognitive activation theory to organizations. Psychoneuroendocrinology. 2005; 30: 1022–1026.
26. Shanafelt TD, Novotny P, Johnson ME et al. The well being and personal wellness promotion strategies of medical oncologists in the North Central Cancer Treatment Group. Oncology. 2005; 86: 23–32.
27. Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. Mayo Clin Proc. 2017; 92(1): 129-146.
28. Bodenheimer, T. and Sinsky, C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. Ann Fam Med. 2014; 12: 573–576.

10 BIJLAGEN

10.1 BIJLAGE 1: GOEDGEKEURD PROTOCOL

1. INLEIDING

Artsen proberen dagelijks de gezondheidstoestand van hun patiënten te verbeteren en te optimaliseren. Ze zijn echter niet vlug geneigd om voor zichzelf hulp te zoeken. (1) Ze doen hoofdzakelijk aan zelfdiagnose en zelfbehandeling en gaan voort op hun eigen expertise. (2)

Zelfzorg bij artsen komt meer en meer in de aandacht. In verschillende publicaties is er reeds een rechtstreeks verband aangetoond tussen het welzijn van de artsen en de kwaliteit van de gezondheidszorg in het land. Het is in het belang, niet enkel van de arts maar ook van de patiënten, dat de (huis)arts in goede fysieke en mentale gezondheid verkeert. (3)

Iemand die zich goed voelt, maakt minder fouten en gaat meer energie in zijn patiënten steken, wat uiteindelijk tot meer tevreden patiënten kan leiden. "Mens sana in corpore sano" is ook voor artsen van toepassing.

Er zijn reeds verschillende initiatieven genomen o.a. door “Domus Medica” en “Doctors4doctors” zoals pilootprojecten met co-artsen en “Arts in Nood”. Deze worden een nieuw aanspreekpunt voor huisartsen, zodat zij sneller hulp voor zichzelf zouden zoeken bij problemen. (Huis)artsen hebben vaak te kampen met een burn-out, een hoge werkdruk of stress en dan kunnen ze terecht bij zo een instantie, in de eerste plaats als vertrouwenspersoon en klankbord.

Het “Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg” (KCE) heeft meer specifiek de preventie en aanpak van burn-out bij huisartsen onderzocht. Dit rapport bracht een aantal aanbevelingen naar voor waaronder het feit dat elke arts een eigen huisarts zou moeten hebben. Dit wordt bevestigd door verschillende andere onderzoeken (4, 5) Niet alleen lopen (huis)artsen het risico op problemen zoals een burn-out, verslaving of zelfmoord, maar zijn zij ook niet gespaard van andere medische problemen.

In de praktijk blijven huisartsen echter met vele barrières zitten om de stap te zetten. (6)

1. Doctors get ill too. The Lancet. 2009; 374: 1653.
2. Montgomery AJ, Bradley C, Rochfort A, Panagopoulou E. A review of self-medication in physicians and medical students. Occupational Medicine (Oxford, England). 2011; 61(7): 490-497.
3. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. Lancet 2009; 374:1714-21.
4. Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, et al. Burn-out bij huisartsen: preventie en aanpak. KCE reports 165A. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2011.
5. Pullen D, Lonie CE, Lyle DM, Cam DE, Doughty MV. Medical care of doctors. Med J Aust. 1995; 162(9): 481-484.
6. Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Doust J. Doctors as patients: a systematic review of doctors’ health access and the barriers they experience. Br J Gen Pract 2008; 58: 501-8.

2. ONDERZOEKSVRAGEN EN -DOEL

Het onderzoek heeft tot doel het nagaan op welke manier men de zelfzorg bij huisartsen kan optimaliseren, het aftoetsen of er bereidheid en behoefte is voor een periodieke

gezondheidsbeoordeling, wat verwacht men hiervan, hoe kan men dit aanmoedigen en kan men zo de barrières tot de gezondheidszorg verlagen.

De resultaten van dit onderzoek kunnen een mogelijke oplossing bieden om het algemeen fysiek welzijn van een arts te verbeteren, de drempel tot de toegang van de gezondheidszorg te verlagen en de arts bewuster te maken van de problematiek.

3. METHODE

3.1. VRAGENLIJST

3.1.1. STUDIEPOPULATIE EN REKRUTERING

De elektronische vragenlijst voor de enquête wordt opgesteld aan de hand van de beschikbare literatuur (uit de databanken Pubmed en Google Scholar) zodanig dat verschillende mogelijke oplossingen voor zelfzorg bij huisartsen aan bod komen. Deze wordt gefocust op Vlaamse actieve huisartsen en huisartsen-in-opleiding (haio's) om zo een representatief beeld te krijgen van de huidige situatie in het Vlaamse landschap en het toekomstige landschap. De verschillende huisartsenkringen en de lokaal multidisciplinaire netwerken over heel Vlaanderen worden aangeschreven via e-mail om de vragenlijst te verspreiden onder hun actieve leden. Voor de haio's wordt een warme oproep gedaan via het portaal van het Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding (ICHO).

Inclusiecriteria: praktiserende artsen in Vlaanderen, haio's.

Exclusiecriteria: niet actieve huisartsen, specialisten, artsen niet verbonden aan een huisartsenkring of een lokaal multidisciplinair netwerk.

3.1.2. DATAVERZAMELING

De gerekruteerde huisartsen en haio's worden gevraagd een online enquête in te vullen. Het huidige onderzoek beperkt zich tot een schriftelijke bevraging bestaande uit zowel kwantitatieve als kwalitatieve vragen. Bij de vragen wordt er ruimte voor aanvullingen voorzien. Voor het publiceren van de vragenlijst online zal gebruik gemaakt worden van www.thesistools.com. Bij een te lage respons (n<100) worden er ook ad random schriftelijke enquêtes rondgestuurd. In deze vragenlijst worden eerst demografische gegevens en gegevens over het profiel van de arts bevraagd.

In het tweede luik proberen we een idee te krijgen hoeveel huisartsen bereid zijn en/of er nood is in Vlaanderen om een periode gezondheidsscreening te ondergaan. Welke initiatieven zijn er vandaag reeds bekend om het fysisch en fysiek welzijn te verbeteren en van welke kanalen heeft men reeds gebruik gemaakt.

De gegevens worden statistisch verwerkt met het programma SPSS. Voor het opsporen van verbanden wordt een beschrijvende analyse toegepast met gebruik van de Chikwadraattoets. Een 5% significantieniveau zal gehanteerd worden.

4. RESULTATEN

De enquêtes zullen aantonen voor artsen in Vlaanderen:
In welke mate zijn artsen actief bezig met het bevorderen van het eigen welzijn (zelfzorg);
Kan door middel van een jaarlijks onderzoek de drempel tot de gezondheidszorg als arts verlaagd worden en is er hier een bereidheid voor onder de artsen. Hoe moet dit verlopen en hoe kan men dit aanmoedigen?

10.1.1 Informatieformulier

INFORMATIEFORMULIER, SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING EN ENQUÊTE VOOR DE PROEFPERSONEN

(Dit is een voorlopig voorbeeld hoe de online enquête er kan uitzien, door op verder te klikken, zal men de schriftelijke toestemming verlenen om deel te nemen aan het onderzoek.)

Beste collega,

Zelfzorg bij artsen komt meer en meer in de aandacht. Als huisarts lopen we niet alleen een groter risico op problemen zoals een burn-out, verslaving of zelfmoord, maar zijn wij ook niet gespaard van andere medische problemen. Als student geneeskunde en huisarts heeft men een wettelijk verplichte periodieke gezondheidsbeoordeling, waarbij men ook de gelegenheid heeft om allerlei vragen te stellen. Dit niet alleen om patiëntenschade te voorkomen (infecties) maar ook voor het eigen welzijn.

In de praktijk zien we dat een huisarts dit niet moet ondergaan en men verschillende barrières ondervindt om bij een collega arts te rade te gaan. Dit onderzoek richt zich op hoe we die drempel voor huisartsen het beste kunnen verlagen en heeft tot doel het nagaan op welke manier men de zelfzorg bij huisartsen kan optimaliseren.

We toetsen de bereidheid en de behoefte af bij Vlaamse actieve huisartsen en haio's voor een periodieke gezondheidsbeoordeling.

Uw bijdrage als huisarts is van groot belang voor dit onderzoek. Mag ik daarom een vijftal minuten van uw tijd vragen om deze vragenlijst in te vullen?

INFORMED CONSENT

Hierbij bevestig ik kennis genomen te hebben van de opzet van het onderzoek in het kader van de master-na-master-opleiding Huisartsgeneeskunde. Wij garanderen u de vertrouwelijkheid van deze vragenlijst. De beslissing om de gegevens te mogen gebruiken is volledig vrij en kan op elk moment herzien worden. Alle gegevens worden vertrouwelijk behandeld, gecodeerd en anoniem verwerkt, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer en uitsluitend in het kader van dit onderzoek. Ik geef de toestemming om de gegevens die ik ter beschikking stel, te verwerken.

Klik op 'verder' indien u bovenstaande informatie heeft gelezen en goedgekeurd.

Alvast bedankt voor uw medewerking en deelname aan het onderzoek,

Dr. Dries Taelman

Promotor: Prof. dr. Dirk Devroey.

10.1.2 Vragenlijst

1. Demografische gegevens

1. Geslacht: ○ Man ○ Vrouw
2. Bent u ○ een huisarts ○ een huisarts in opleiding
3. Provincie: ○ Oost-Vlaanderen ○ West-Vlaanderen ○ Vlaams-Brabant ○ Antwerpen ○ Limburg
4. Leeftijdsgroep: ○ 25+ ○ 30+ ○ 40+ ○ 50+ ○ 60+
5. Praktijk: ○ solopraktijk ○ duopraktijk ○ groepspraktijk
6. Patiënten/dag: ○ <5 ○ 5-10 ○ 11-20 ○ 21-30 ○ 31-40 ○ 41-50 ○ >50
7. Hoe is uw huidige gezinssituatie? (meerdere antwoorden mogelijk)
○ alleenstaand - ○ partner - ○ kinderen - ○ gescheiden - ○ weduwe/weduwnaar - ○ andere:…

2. Vragen

2.1. De huisarts als patiënt

1. Wordt u opgevolgd door een eigen *huisarts* omwille van persoonlijke medische problemen?
○ Ja ○ Nee
Indien ja, wanneer was het laatste contact: maand en jaar; wat is de frequentie per jaar: …
Indien ja, was dit voor een acute of een chronische aandoening?

2. Hebt u bij uw huisarts een GMD? ○ ja ○ nee
3. Raadpleegt u op formele wijze uw arts zoals elke andere patiënt? ○ Ja ○ Nee
4. Ervaart u een drempel om als arts een andere huisarts te raadplegen? ○ Ja ○ Nee
Welke factoren maken hiervan deel uit, welke is de grootste drempel()?
○ tevreden met zelfdiagnose en zelfbehandeling ()
○ jezelf medisch kwetsbaar opstellen ()
○ geen geschikte huisarts ()
○ geen goede arts-patiëntrelatie met een collega huisarts ()
○ schaamte ()
○ gebrek aan tijd ()
○ schrik dat het beroepsgeheim niet gerespecteerd wordt ()
○ schrik voor imagoverlies ()
○ gemakkelijke toegang tot de tweede lijn ()
○ slechte ervaringen als patiënt ()
○ andere: … ()

5. Wordt u opgevolgd door een vaste *specialist* omwille van persoonlijke medische problemen?
○ Ja ○ Nee
Indien ja, wanneer was het laatste contact: maand en jaar; wat is de frequentie per jaar: …
Indien ja, was dit voor een acute of een chronische aandoening?
6. Wie had u aangeraden om op consultatie te gaan?
○ zelf ○ partner ○ huisgenoten ○ vriend ○ omgeving ○ uw patiënt

7. Hoe ervaart u uw fysieke gezondheid op dit moment?
Duid aan op een schaal van 1= zeer slecht 5= uitstekend
8. Heeft u chronische pijn? ○ Ja ○ Nee
Indien ja, heeft u hiervoor de afgelopen maand verdovingsmiddelen zoals morfine en andere speciaal gereglementeerde producten genomen? ○ Ja ○ Nee
9. Hoe ervaart u uw psychische gezondheid op dit moment?
Duid aan op een schaal van 1= zeer slecht 5= uitstekend
Heeft u de afgelopen maand een psychofarmacon genomen? ○ Ja ○ Nee

10. Hoe ervaart u uw slaapkwaliteit?
Duid aan op een schaal van 1= zeer slecht 5= uitstekend
Heeft u de afgelopen maand slaapmiddelen (benzodiazepines) genomen? ○ Ja ○ Nee

2.2. De nood aan optimalisatie van de zelfzorg
1. Vindt u dat je uzelf objectief kan beoordelen? ○ Ja ○ Nee
2. Staat u open voor het advies van andere artsen? ○ Ja ○ Nee

3. Wanneer werd er voor het laatst bij uzelf een bloedafname afgenomen? maand en jaar
4. Was dit in het kader van een preventief onderzoek of ziekte? ○ Preventief onderzoek ○ Ziekte
5. Wanneer is er bij u voor het laatst een tuberculinetest afgenomen? maand en jaar
6. Bent u zelf het afgelopen jaar getest op: ○ hepatitis B ○ hepatitis C ○ HIV ○ andere infectieziekten
7. Vindt u dat u in uw job een verhoogd medisch risico loopt omdat u blootgesteld wordt aan een schadelijke fysische, biologische of chemische stoffen?
1= helemaal eens tot 5= helemaal oneens
8. Welke volgende initiatieven kent u en van welke initiatieven heeft u reeds gebruik gemaakt?
○ Co-artsen ○ Arts in Nood ○ Dokters4dokters
Indien ja, vindt u die initiatieven nuttig? 1= helemaal eens tot 5= helemaal oneens

2.3. De bereidheid voor het optimaliseren van de zelfzorg
1. Ziet u uw werk als een dienst aan de gemeenschap? 1= helemaal eens tot 5= helemaal oneens
2. Ziet u zichzelf als werknemer van de publieke gezondheidsdienst?
1= helemaal eens tot 5= helemaal oneens
3. Ziet u de overheid als uw werkgever?
1= helemaal eens tot 5= helemaal oneens
4. Vindt u dat de overheid gezondheidstoezicht op artsen moet houden?
1= helemaal eens tot 5= helemaal oneens

5. Vindt u dat de overheid voor een periodieke gezondheidsbeoordeling moet zorgen?
1= helemaal eens tot 5= helemaal oneens
Indien ja, vindt u dat dit onderzoek jaarlijks, om de 2 jaar, om de 3 jaar,… moeten gebeuren?
Indien ja, voor wie? voor elke arts, vanaf 30 jaar, vanaf 40 jaar, vanaf 50 jaar,…

6. Zou u op onderzoek gaan moest dit vrijwillig zijn? ○ Ja ○ Nee
7. Zou u op onderzoek gaan moest dit vrijwillig zijn en hier accrediteringspunten aan worden toegekend? ○ Ja ○ Nee
8. Zou u op onderzoek gaan moest dit vrijwillig zijn en hier accrediteringspunten aan worden toegekend indien u bij de persoon een GMD afsluit? ○ Ja ○ Nee
9. Zou dit volgens u jaarlijks moeten verplicht worden? ○ Ja ○ Nee

10. Moet deze arts ook preventieve medische onderzoeken uitvoeren?
1= helemaal eens tot 5= helemaal oneens
11. Kan men op het moment van een medisch toezicht ook aan gezondheidspromotie doen?
1= helemaal eens tot 5= helemaal oneens

12. Vindt u de vertrouwensband bij een jaarlijks medisch onderzoek belangrijk?
1= helemaal eens tot 5= helemaal oneens
13. Zou u hiervoor het liefst opteren voor een rechtstreekse collega? 1= helemaal eens tot 5= helemaal oneens
14. Zou u hiervoor het liefst opteren voor een onafhankelijke collega (maar met een gedeelde visie)?
1= helemaal eens tot 5= helemaal oneens

15. Zou u het liefst bij een leeftijdsgenoot op onderzoek gaan? 1= helemaal eens tot 5= helemaal oneens
16. Zou dit onderzoek door een gespecialiseerd huisarts die voldoen aan bepaalde kwaliteitsvoorwaarden en ervaring hebben in het begeleiden van collega artsen?
1= helemaal eens tot 5= helemaal oneens
17. Zou dit onderzoek door een arbeidsgeneesheer moeten gebeuren? (geen therapeutische relatie maar vooral een adviserende functie) 1= helemaal eens tot 5= helemaal oneens
18. Denkt u dat de drempel om medische problemen aan te kaarten, op deze manier kan verlaagd worden? 1= helemaal eens tot 5= helemaal oneens
Waarom wel of waarom niet?

Bij elke vraag wordt er ruimte gelaten om opmerkingen te geven.
Wij danken u alvast voor uw deelname.

10.2 BIJLAGE 2: GUNSTIG ADVIES ETHISCH COMITÉ

Universitair Ziekenhuis Brussel

Vrije Universiteit Brussel

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

PROF. DR. D. DEVROEY,
VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE
VUB

Brussel, 07-06-2017

Ons Kenmerk: **2017/075**

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft:
Optimalisatie van de zelfzorg bij huisartsen. Is er een behoefte en bereidheid voor een periodieke gezondheidsscreening
B.U.N. 143201731741

Na kennis genomen te hebben van de documenten betreffende het bovenvermelde project, inclusief het antwoord op de bijkomende vragen, het aangepaste protocol, de aangepaste enquête en het aangepaste informatie- en toestemmingsformulier in het Nederlands, versies 2 dd 20/05/2017, besluit de Commissie Medische Ethiek tijdens haar vergadering van 7 juni 2017

dat de voorziene studie mag ondernomen worden.

Deze goedkeuring blijft geldig voor de duur van het project. De Commissie wenst een jaarlijks overzicht van de stand van zaken van het project te ontvangen. De studieresultaten dienen overgemaakt te worden aan de Commissie bij het beëindigen van de studie. Zij herinneren de verantwoordelijke van het experiment eraan dat dit experiment onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zal worden uitgevoerd. Het gunstig advies van de Commissie betekent geenszins dat de Commissie de verantwoordelijkheid van het experiment op zich neemt. De Commissie Medische Ethiek werkt en is georganiseerd volgens de richtlijnen van ICH-GCP.

Met de meeste hoogachting,



A. Van Steirteghem, voorzitter

Cc: FAGG, Departement R&D, Eurostation blok 2, Victor Hortaplein 40 / 40, 1060 BRUSSEL

54_01

10.3 BIJLAGE 3: EMAIL

Naar vzw huisarts.be en het icho:
Titel: gezondheidsbeoordeling - huisarts

Beste collega,
Langs deze weg zou ik graag een warme oproep doen om deel te nemen aan ons onderzoek door het invullen van onze korte enquête.

Het onderzoek gaat na op welke manier men de zelfzorg bij huisartsen kan optimaliseren. We toetsen af of er bereidheid en behoefte is voor een periodieke gezondheidsbeoordeling. Wat verwacht men hiervan, hoe kan men dit aanmoedigen en kan men zo de barrières tot de gezondheidszorg die een huisarts ervaart, verlagen.

Ik hoop langs deze weg een zo groot mogelijke groep van actieve huisartsen en huisartsen in opleiding te bereiken. Het invullen van deze vragenlijst duurt minder dan 5 minuten.

Deelnemen kan via onderstaande link:
https://www.vub.ac.be/surveys/index.php/858876/lang-nl

Alvast bedankt voor uw deelname aan het onderzoek,
Dr. Dries Taelman
Promotor: Prof. dr. Dirk Devroey