Hoe beleven jonge mannelijke huisartsen en hun partner de balans tussen werk en privé?

Lieselot Smet, UGent

Promotor: Prof. Dr. D. Avonts, UGent

Co-promotoren: Mevr. Lynn Ryssaert, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

INHOUD

DANKWOORD 4

ABSTRACT 5

INLEIDING 6

LITERATUURSTUDIE 8

1. KEUZE VOOR HUISARTSGENEESKUNDE BIJ STUDENTEN 8
2. VERVROUWELIJKING VAN HET BEROEP EN BALANS WERK-PRIVÉ 10
3. VERSCHUIVINGEN IN PRAKTIJKORGANISATIE 12
4. UITSTROOM VAN HUISARTSEN EN JOBTEVREDENHEID 13

METHODEN 16

1. SAMENSTELLEN DATABASE 16
2. OPSTELLEN VRAGENLIJST EN INTERNET-ENQUÊTE 18
3. CONTACTEREN VAN DE ARTSEN 18

RESULTATEN 20

1. RECRUTERINGSPOPULATIE 20
2. ARTSEN 22

Persoonlijke gegevens/beschrijving steekproefpopulatie 22

Attitude ten opzichte van levenskwaliteit 22

Organisatie huishouden 24

Huishoudelijke taken 24

Opvang en zorg voor de kinderen 25

Praktijkgegevens 26

Jobtevredenheid 30

Toekomstperspectieven 34

3. PARTNERS 36

Persoonlijke gegevens 36

Attitude ten opzichte van levenskwaliteit....36
Organisatie huishouden....38
Huishoudelijke taken....38
Zorg voor de kinderen....39
Huidige job....40
4. ARTSEN EN PARTNERS GEKOPPELD....40
DISCUSSIE....42
1. BESPREKING VAN DE RESULTATEN....42
2. STERKTES EN ZWAKTES VAN DIT ONDERZOEK....44
3. CONCLUSIE....46
REFERENTIES....47
BIJLAGE 1: PILOOTSTUDIE....50
BIJLAGE 2a: INFORMED CONSENT ARTS....51
BIJLAGE 2b: VRAGENLIJST ARTS....53
BIJLAGE 3a: INFORMED CONSENT PARTNER....68
BIJLAGE 3b: VRAGENLIJST PARTNER....70
BIJLAGE 4: VERHOGEN RESPONSE RATE: LITERATUUR....80

DANKWOORD

In de eerste plaats wil ik graag mijn collega's Anouk Verraes en Evelien Veeckman bedanken voor het aanbrengen van het onderwerp voor deze thesis en de samenwerking gedurende 2 jaar. Zonder jullie hulp had ik dit project nooit tot een goed einde kunnen brengen.

Daarnaast wil ik mijn promotor Prof. Dr. Dirk Avonts en copromotor Lynn Ryssaert bedanken voor de deskundige en gestructureerde begeleiding, de hulp bij Excell- en Spss-problemen en het nalezen van eindeloze stukken tekst.

Mijn dank gaat ook uit naar Mevr. An Stockmans die ons veel waardevolle informatie verschafte voor onze literatuurstudie.

Ik wil ook mijn praktijkopleiders en collega's Dr. Kristien De Wilde, Dr. Anke De Wilde, Dr. Christine Beirens en Dr. Goedele Heyrman bedanken voor het delen van hun ervaring en voor de tijd die ik kreeg om aan deze thesis te werken.

Verder wil ik mijn ouders bedanken voor de morele steun en de spellingscontrole van deze thesis en in het bijzonder om mij de kans te geven geneeskunde te studeren.

Tenslotte wil ik ook nog Bart bedanken, voor zijn kritische blik en eindeloze geduld.

Lieselot

ABSTRACT

HOE BELEVEN JONGE MANNELIJKE HUISARTSEN EN HUN PARTNER DE BALANS TUSSEN WERK EN PRIVÉ?

Context:

De laatste jaren vertoont het aantal praktiserende huisartsen een dalende trend. Steeds meer huisartsen krijgen te kampen met burnout. Een evenwicht vinden tussen werk en privé blijkt een belangrijke factor voor jonge huisartsen om gemotiveerd te blijven voor hun beroep. Het lijkt logisch dat de partner van de huisarts hier een niet te verwaarlozen invloed heeft. De mening van de partners werd echter nog nooit onderzocht. Bovendien gaat er door de sterke vervrouwelijking van de huisartsgeneeskunde zeer veel aandacht naar de jonge vrouwelijke huisarts en worden de mannelijke huisartsen over het hoofd gezien.

Onderzoeksvraag:

Hoe bewaren jonge, mannelijke huisartsen het evenwicht tussen werk en privé? Wat denken hun partners hierover?

Methode (literatuur & registratiewijze):

Een at random steekproef van 50 mannelijke huisartsen, afgestudeerd aan het ICHO tussen 2005 en 2009, werd opgebeld met de vraag of zij en hun partners wilden meewerken aan dit onderzoek. Via een onafhankelijke tussenpersoon werden mails verstuurd naar 47 artsen en hun partners. Via een link in de mail konden de artsen en partners deelnemen aan een internetenquête. Dankzij een anonieme codering van de mails konden de resultaten van arts en partner achteraf aan elkaar worden gelinkt. De resultaten werden achteraf verwerkt met Spss.

Resultaten:

Jonge mannelijke huisartsen proberen het evenwicht werk-privé te bewaren door zich te groeperen en zich te omringen met administratieve en paramedische hulp in de praktijk. Daarnaast worden de huishoudelijke taken opgenomen door hun partner of uitbesteed aan anderen. Uit deze studie blijkt echter dat jonge, mannelijke huisartsen ondanks de beschikbare hulp nog steeds te weinig tijd hebben voor zichzelf, familie en vrienden.
De partners van deze huisartsen nemen zelf het grootste deel van de huishoudelijke taken voor hun rekening. De meerderheid heeft daarnaast ook nog een fulltime job. Toch lijken ze over het algemeen tevreden over het werk-privé evenwicht van hun partner.

Conclusies:

Hoewel ze evenveel belang hechten aan deze zaken, verschilt de appreciatie van de tijd die beschikbaar is voor hun relatie, het gezinsleven, sociale contacten en hobby's bij deze huisartsen en hun partners.
De huisartsen zijn over het algemeen tevreden over hun leven, maar vinden wel dat ze te weinig tijd hebben voor hun gezin en huishoudelijke taken, zichzelf en sociale contacten. De partners van deze huisartsen schatten de tevredenheid van hun partner goed in. Ze vinden echter voornamelijk dat de huisartsen te weinig tijd hebben voor zichzelf en sociale contacten en in mindere mate voor hun gezin en huishoudelijke taken. Om definitieve conclusies te trekken is onderzoek op grotere schaal nodig.

INLEIDING

„De huisartsgeneeskunde is het eerste aanspreekpunt binnen de gezondheidszorg en biedt een eerste opvang voor alle gezondheidsproblemen, ongeacht leeftijd, sekse of enige andere eigenschap van de persoon in kwestie.“
De definitie van huisartsgeneeskunde door de World Organization of national Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) laat er geen twijfel over bestaan dat de huisartsgeeskunde een belangrijke tak van de gezondheidszorg is [24]. Bovendien heeft onderzoek aangetoond dat er een lagere mortaliteit is en minder hospitalisaties zijn in gebieden waar de eerste lijn sterk is uitgebouwd [6].

De laatste jaren vertoont het aantal praktiserende huisartsen echter een dalende trend [10], terwijl er een steeds toenemende nood is, onder meer door de vergrijzing van de bevolking.

Steeds meer huisartsen krijgen te kampen met burn-out [19] en stappen uit het beroep.
Daarnaast zoeken de jonge, veelal vrouwelijke, huisartsen naar een betere balans tussen werk en gezin. Jonge artsen willen naast hun werk in de praktijk ook nog voldoende tijd over houden voor hobby's en gezinsleven [5]. De evolutie naar groepspraktijken en georganiseerde wachtdiensten is hiervan getuige.
Bovendien zien we ook een vergrijzing optreden in het artsenkorps. De gemiddelde leeftijd van de mannelijke, Nederlandse huisartsen in 2009 is 51 jaar, van de vrouwelijke 43 jaar. Slechts 11% van de Nederlandse, mannelijke huisartsen is jonger dan 40 jaar tov 36% van de vrouwen [16].
In België waren in 2005 47,7% van de praktiserende huisartsen ouder dan 50 jaar. De gemiddelde leeftijd van de mannelijke huisartsen was in 2005 51 jaar, bij de vrouwelijke huisartsen was dit 42 jaar [10].

Er is dus duidelijk nood aan jonge huisartsen . Onderzoek van Van Baelen et al. toonde echter aan dat huisartsgeneeskunde voor een groot deel van de studenten eerder een springplank is naar een uitgestelde specialisatie of naar een artsenberoep met meer regelmatige en beperktere uren [21].

Meer inzicht in de motivatie van jonge huisartsen om hun beroep al dan niet uit te oefenen, zou kunnen leiden tot specifieke acties om het voortbestaan van de huisarts te verzekeren.

De balans werk-privé blijkt een belangrijke factor in het leven van jonge artsen [5]. Het lijkt dan ook logisch dat de partner van de arts, één van de belangrijkste personen in het gezinsleven, een niet te verwaarlozen invloed heeft. In de literatuur kon slechts één artikel teruggevonden worden waar de invloed van de partner van artsen werd onderzocht. Mannelijke huisartsen met kinderen werken meestal fulltime terwijl hun vrouwelijke partner niet of minder dan halftijds werkt. Bij vrouwelijke huisartsen zijn zij het echter zelf die 50-60% werken, terwijl hun mannelijke partners meestal fulltime blijven werken. Hieruit blijkt dat de traditionele rollenpatronen nog grotendeels behouden worden [20].
De partners van artsen werden echter nog nooit zelf bevraagd.

Omwille van de vervrouwelijking van het beroep, ligt de nadruk de laatste jaren ook meer op vrouwelijke huisartsen en mogelijkheden om hen te ondersteunen. De mannelijke huisartsen, die steeds meer in de minderheid zijn, worden hierbij vaak over het hoofd gezien..

Ik vroeg mij af hoe jonge, mannelijke huisartsen de balans tussen werk en privéleven bewaren en wat hun partners hiervan denken.

Deze studie is gelinkt aan het werk van huisartsen in opleiding:
Evelien Veeckman: Hoe beleven jonge vrouwelijke huisartsen en hun partner de balans tussen werk en privé?
Anouk Verraes: Hoe beleven jonge artsen en hun partner de beslissing om het pad van de huisartsgeneeskunde te verlaten?

LITERATUURSTUDIE

De laatste jaren vertoont het aantal praktiserende huisartsen een dalende trend. Nochtans is er steeds meer nood aan huisartsen, onder andere door de toenemende vergrijzing van de bevolking.
Volgens een rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) uit 2008 steeg het aantal gediplomeerde huisartsen met een RIZIV-nummer van 12.292 in 1995 tot 14.170 in 2005 [11]. Hoe komt het dan dat er ondanks voldoende instroom toch steeds minder praktiserende huisartsen zijn?

1. KEUZE VOOR HUISARTSGENEESKUNDE BIJ STUDENTEN

Een studie in Spanje toonde aan dat de huisartsgeneeskunde al vanaf het begin van de opleiding een slechte reputatie heeft bij studenten geneeskunde. Ze beschouwen huisartsgeneeskunde als monotoon, oppervlakkig en zonder intellectuele stimuli. Die visie wordt nog versterkt tijdens hun opleiding in academische centra, waar specialisaties die beschikken over veel medische technologie worden bevoorrecht [14].

In België blijkt uit gegevens van het Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding (ICHO) dat het aantal diploma's huisartsgeneeskunde tussen 1999 en 2005 daalde van 209 naar 111. Het aandeel studenten dat spontaan voor huisarts kiest bedroeg op dat moment slechts tussen 10 en 25% aan de verschillende universiteiten.
Volgens een KCE rapport wordt de keuze van het specialisme van studenten voornamelijk beïnvloed door de ervaringen opgedaan tijdens de opleiding. Veel studenten hebben weinig contact met de huisartsgeneeskunde en vaak ook maar laat in de opleiding. Daarnaast beïnvloeden negatieve waarden vanuit de faculteit het negatieve beeld van de huisartsgeneeskunde.
Uit interviews blijkt dat niet-huisarts-studenten het beroep van huisarts associëren met moeilijke werkomstandigheden, weinig intellectuele uitdagingen en veel routine-taken. Zowel huisarts- als niet-huisarts-studenten zien het beroep van huisarts als een beroep met minder status en lagere verdiensten [11].

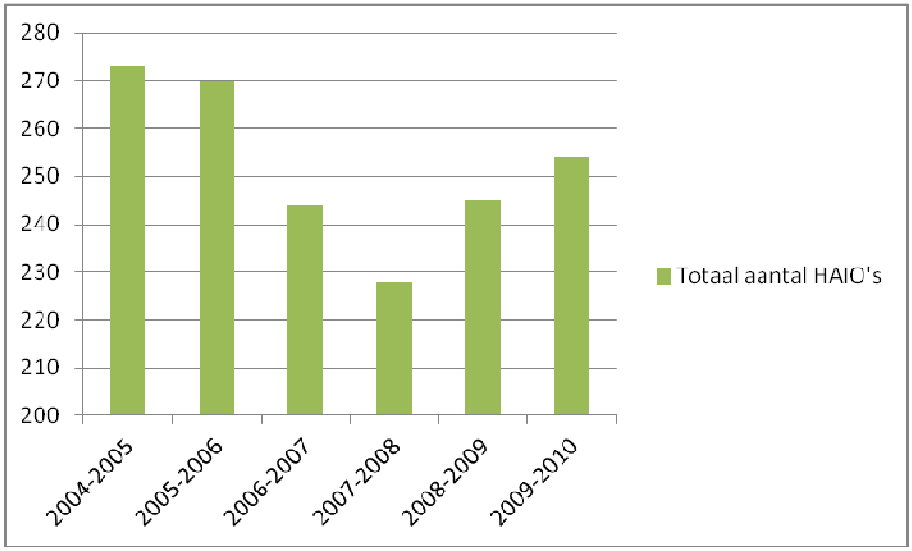
Volgens het Witboek huisartsgeneeskunde van het ICHO wordt het gebrek aan aantrekkingskracht van de huisartsgeneeskunde verklaard door verschillende elementen. Doordat het grootste deel van de basisopleiding gedoceerd wordt door specialisten en de stages meestal in universitaire ziekenhuizen worden gelopen, komen studenten weinig in aanraking met de echte huisartsgeneeskunde.

Door hun stages in universitaire ziekenhuizen krijgen studenten ook de indruk dat alle specialisten regelmatige werkuren en een vast loon hebben, wat in werkelijkheid niet altijd zo is. Ze hebben een verkeerd beeld van de werkbelasting van huisartsen en specialisten.
Daarnaast heerst het idee dat de huisarts veel routinewerk heeft, terwijl de specialist veel meer variatie heeft in zijn werk. Bovendien zijn er nog grote verschillen in inkomen tussen de verschillende artsengroepen, waarbij technische prestaties hoger verloond worden dan intellectuele.
Studenten worden ook afgeschrikt door het alleen werken van de huisarts. Ze komen tijdens hun stages te weinig in aanraking met goed werkende samenwerkingsverbanden.

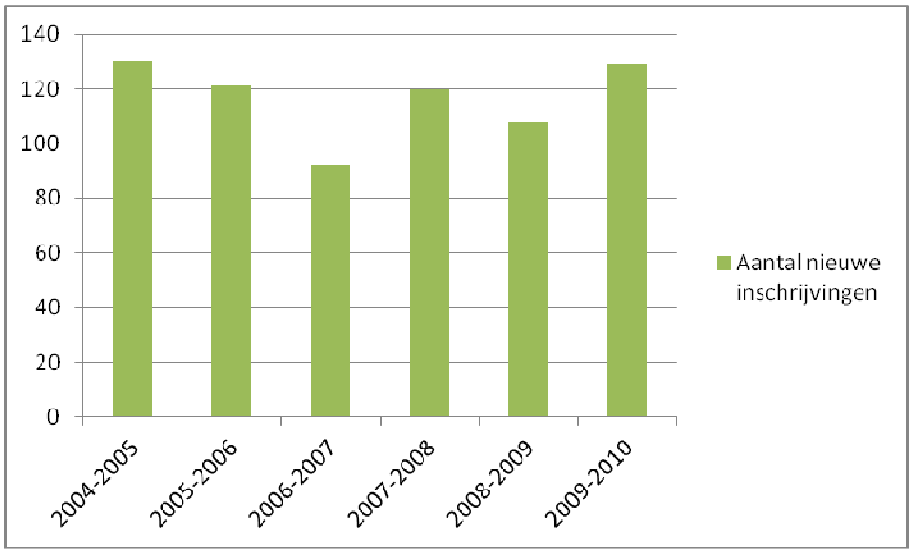
Studenten geven aan dat er vaak met ongeloof wordt gereageerd op hun keuze voor huisartsgeneeskunde en dat deze wordt voorgesteld als minderwaardig. Hierbij heerst het idee dat wie niet goed genoeg is voor een specialisatie maar huisarts moet worden.

Ten laatste dragen ook de media en het idee van de bevolking bij aan het negatieve imago van de huisartsgeneeskunde. Klachten van huisartsen over werkomstandigheden, erelonen, agressieve patiënten en administratieve overlast in de media en het idee van de bevolking dat de huisarts goedkoop en makkelijk bereikbaar is, geven een negatief beeld van de huisartsgeneeskunde [9].

Ook recentere gegevens van het ICHO tonen aan dat het aantal huisartsen in opleiding tussen 2004 en 2008 een dalende trend vertoont. We zien deze daling echter niet in het jaarlijks aantal nieuwe inschrijvingen voor de opleiding huisartsgeneeskunde (Figuur 1 en 2). Dit kan verklaard worden doordat een aantal huisartsen in opleiding (HAIO's) reeds tijdens de opleiding beslist om deze niet af te maken en geen huisarts te worden.



Figuur 1: Evolutie van het totaal aantal HAIO's ingeschreven aan het ICHO tussen 2004 en 2010.

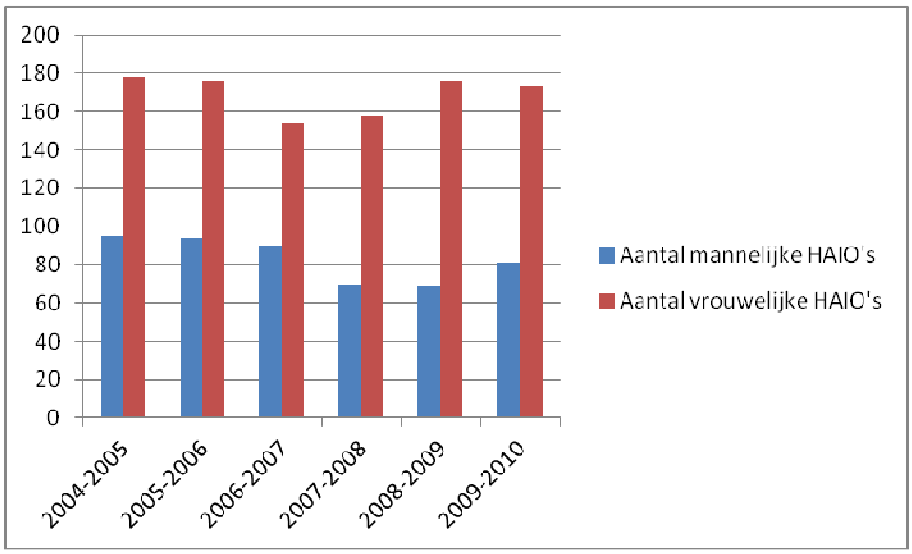


Figuur 2: Evolutie van het jaarlijks aantal nieuwe inschrijvingen aan het ICHO tussen 2004 en 2010.

2. VERVROUWELIJKING VAN HET BEROEP EN BALANS WERK-PRIVÉ

Naast het dalende aantal huisartsen, zien we ook duidelijk een toenemende vervrouwelijking van de huisartsgeneeskunde. Tussen 1999 en 2009 is het aantal vrouwelijke huisartsen in Nederland gestegen van 1804 tot 3349, bijna een verdubbeling. Het absolute aantal mannelijke huisartsen is met 6% afgenomen in deze tijdsperiode. In 2009 was 38% van de werkzame huisartsen een vrouw [16].

In België vinden we gelijkaardige cijfers met 30% vrouwelijke huisartsen in 2005 [10].
Ook in de toekomst zullen er meer vrouwen afstuderen als huisarts dan mannen. Gegevens van het ICHO tonen aan dat de vrouwelijke huisartsen in opleiding duidelijk in de meerderheid zijn (Figuur 3). Uit het jaarrapport van het ICHO blijkt dat in 2010 68% van de huisartsen in opleiding vrouwen waren [8].



Figuur 3: Evolutie van het aantal vrouwelijke en mannelijke HAIO's tussen 2004 en 2010.

De vervrouwelijking van de huisartsgeneeskunde heeft ook een invloed op de productiviteit van de praktiserende huisartsen. Deze jonge vrouwelijke huisartsen zijn minder carrière-georiënteerd en streven naar een betere balans tussen werk en gezin. Vaak werken ze minder uren dan hun mannelijke collega's [5]. Vrouwelijke huisartsen werken vaker parttime of in groep, doen minder huisbezoeken en werken minder vaak buiten de kantooruren. Ze spenderen ook iets meer tijd per consultatie dan mannen [23].
Jonge, mannelijke artsen zijn vaker effectief aan het werk als arts en werken vaker fulltime [5]. Onderzoek bij jonge huisartsen in België toont aan dat mannelijke huisartsen gemiddeld 54,3 uren per week aan hun huisartsenberoep spenderen, ten opzichte van 45,8 uren per week bij hun vrouwelijke collega's. Ze besteden ook meer tijd aan het volgen van bijscholingen, gemiddeld 5 à 10 uren ten opzichte van 1 à 4 uren bij de vrouwen [17].

Toch willen ook deze jonge mannen naast hun werk in de praktijk nog voldoende tijd overhouden voor hobby's en gezinsleven. Een studie uit Zwitserland toont aan dat jonge artsen die kinderen hebben, zowel mannen als vrouwen, minder vaak aan het werk zijn als arts. Ze zijn meer geneigd parttime te gaan werken, zoeken naar een betere balans tussen werk en gezin en zijn minder gericht op een carrière [5].
Wanneer gevraagd naar het werkmodel dat zij het liefst zouden toepassen, kiest 75% van de vrouwelijke toekomstige huisartsen in Zwitserland voor een model waarbij beide partners part-time werken. Ook bij de mannen kiest 58% van de toekomstige huisartsen voor ditzelfde model [4].

In Nederland werkte op 1 januari 2009 58% van de huisartsen deeltijds, 86% van hen zijn vrouwen. Ook bij de mannelijke huisartsen werkt 41% deeltijds [16].
Bij de Belgische huisartsen vindt 21% van de mannen en 45% van de vrouwen het belangrijk de mogelijkheid te hebben deeltijds te gaan werken [17].

3. VERSCHUIVINGEN IN PRAKTIJKORGANISATIE

We zien ook duidelijk verschuivingen in de organisatie van praktijken bij jonge huisartsen. Jonge huisartsen vestigen zich vaker in groepspraktijken.
Het aantal artsen dat solo werkt in Nederland is tussen 1991 en 2009 gedaald van 31% naar 20%. Ook het percentage huisartsen dat in een duopraktijk werkt nam af van 36% naar 29% in dezelfde tijdsperiode. Daartegenover steeg het aantal artsen dat in een groepspraktijk werkt van 33% in 1999 naar 52% in 2009 [16].
In België ziet men eveneens een stijgende trend om te werken in duo- en groepspraktijken en zelfs multidisciplinaire praktijken. Daarnaast wordt er ook meer niet-medische hulp ingeschakeld in praktijken. Meer dan de helft van de ondervraagde jonge huisartsen heeft administratieve hulp en het grootste deel van hen die dit niet hebben, zou in de toekomst wel hulp willen [17].

4. UITSTROOM VAN HUISARTSEN EN JOBTEVREDENHEID

Uit een KCE rapport blijkt dat samen met het aantal gediplomeerde huisartsen, ook het percentage inactiviteit in de curatieve sector van deze huisartsen steeg van 4% in 1995 tot 12% in 2005 [11].
Volgens een ander KCE rapport heeft slechts 53,3% van de huisartsen effectief een praktijk en werkt tot 1/3 van de actieve artsen in een andere sector dan de curatieve zorg. Tussen 2002 en 2005 daalde het aantal praktiserende huisartsen in België met 7% en dit in alle provincies [10].

Ook uit andere studies blijkt dat steeds meer artsen gedeeltelijk of volledig uit het huisartsenberoep stappen. Volgens een studie van Van Baelen et al. uit 1998 oefent 1 op 2 afgestudeerde huisartsen na 5 jaar een ander beroep uit als hoofdactiviteit. Van deze artsen blijken mannen vooral te hebben gekozen voor een specialisatie en vrouwen voornamelijk voor een medisch beroep met regelmatigere uren en zonder wachtdiensten [21].

Over het algemeen zijn huisartsen tevreden over hun huidige werksituatie. Meer dan acht op tien jonge huisartsen in België zijn tevreden met hun leven [17]. Onderzoek bij eerstelijnsartsen in Italië toont aan dat 67,1% van de eerstelijnsartsen tevreden is met hun huidige job. 69,1% van hen gaf echter wel aan dat bepaalde zaken hen stress bezorgden [15].

Een studie in het Verenigd Koninkrijk onderzocht psychologische symptomen bij huisartsen. Van de ondervraagde artsen scoort 52% boven de cut-off die in de algemene populatie gebruikt wordt om psychologische morbiditeit te detecteren. In de algemene populatie scoort slechts 20-30% boven deze cut-off waarde. Er is dus duidelijk een verhoogde aanwezigheid van psychologische symptomen bij artsen ten opzichte van de algemene populatie.
Van deze huisartsen had 56% ook het gevoel dat hun werk een negatief effect had op hun psychisch welzijn. Ze associeerden hun psychologische symptomen voornamelijk met de vele werkuren, het papierwerk en de administratie [1].

In België geeft 18% van de ondervraagde huisartsen aan op dit moment een gezondheidsprobleem te hebben. Eén op zes van hen zegt de voorbije jaren te kampen hebben gehad met een burn-out [17].

De tevredenheid van huisartsen over hun werk wordt voornamelijk beïnvloed door factoren als psychische belasting, de grootte van de verantwoordelijkheid, het inkomen, de mogelijkheden om hun vaardigheden te kunnen toepassen en de te presteren werkuren [7].

Huisartsen zijn het meest tevreden over de dingen die ze zelf in de hand hebben, zoals relaties met collega's en patiënten [13]. Ook de variatie in het werk en de mogelijkheid om jonge collega's te onderwijzen doet de werktevredenheid toenemen [22].

Jonge Belgische huisartsen blijven gemotiveerd om hun beroep te blijven uitoefenen door beroepsliefde, professionele bevrediging, hun verantwoordelijkheid ten opzichte van patiënten en financiële redenen [17].

De factoren die een negatieve invloed hebben op de werktevredenheid van huisartsen zijn voornamelijk het aantal werkuren, onvoldoende tijd voor andere zaken (zoals familie, vrienden en hobby's), administratie en onvoldoende erkenning [22 ; 18; 3].

Uit interviews met huisartsen blijkt dat de voornaamste redenen om te stoppen zijn: het gebrek aan controle over hun werk, stresssituaties, de hoge werkbelasting, moeilijke relaties met collega's of patiënten en het feit dat de werkomstandigheden moeilijk te combineren zijn met hun privéleven [11].

Ook een moeilijke samenwerking met andere gezondheidszorginstanties en een beperkte toegang tot gespecialiseerde diensten werd geassocieerd met ontevredenheid en stress [15].
Artsen geven aan dat ze het meeste stress krijgen door zich zorgen te maken over klachten van patiënten, de tijdsverdeling tussen werk en privéleven en de onrealistisch hoge verwachtingen van anderen ten opzichte van de job. Ook de nachtelijke huisbezoeken blijken een zeer belangrijke stressfactor [18].

Nog een andere belangrijke factor die de werktevredenheid van huisartsen vermindert is het inkomen [22]. Volgens ondervraagde artsen in Duitsland staat hun gepresteerde inspanning niet in verhouding tot de inkomstmogelijkheden [7].

Bovendien hebben veel huisartsen het gevoel dat ze onvoldoende erkenning krijgen voor hun werk. In Italië vindt 40,3% van de ondervraagde eerstelijnsartsen dat hun rol in de gezondheidszorg onderschat wordt [15]. Ook in België vindt slechts 1/3 van de ondervraagde jonge artsen dat ze veel maatschappelijke waardering krijgen voor hun werk [17].

Over het verschil in jobtevredenheid tussen mannen en vrouwen is er geen eenduidigheid in de literatuur. Volgens sommige studies zijn vrouwelijke artsen meer tevreden over hun werk dan hun mannelijke collega's [7; 1; 18]. Andere studies tonen dan weer een gelijkaardige jobtevredenheid bij mannen en vrouwen [13; 5].
Vrouwelijke huisartsen voelen zich wel significant meer gestresseerd met betrekking tot de verdeling van hun tijd tussen werk en gezin [18]. Ze zijn ook minder tevreden over de werkdruk dan mannelijke huisartsen [3].
Uit een studie in Canada blijkt dat de artsen die het meest tevreden zijn over hun werk mannelijke huisartsen zijn die reeds langere tijd praktijk voeren, die minder verantwoordelijkheid hebben in hun gezin en die hun eigen gezondheid hoog inschatten [12].

METHODEN

1. SAMENSTELLEN DATABASE

Om onze databank op te stellen, hadden we de gegevens nodig van alle Vlaamse artsen die in de periode van 2005 tot en met 2009, na een periode van 2 jaar opleiding, afstudeerden als huisarts. Bovendien moesten we proberen te weten komen welke van deze artsen ook effectief aan het werk waren als arts.

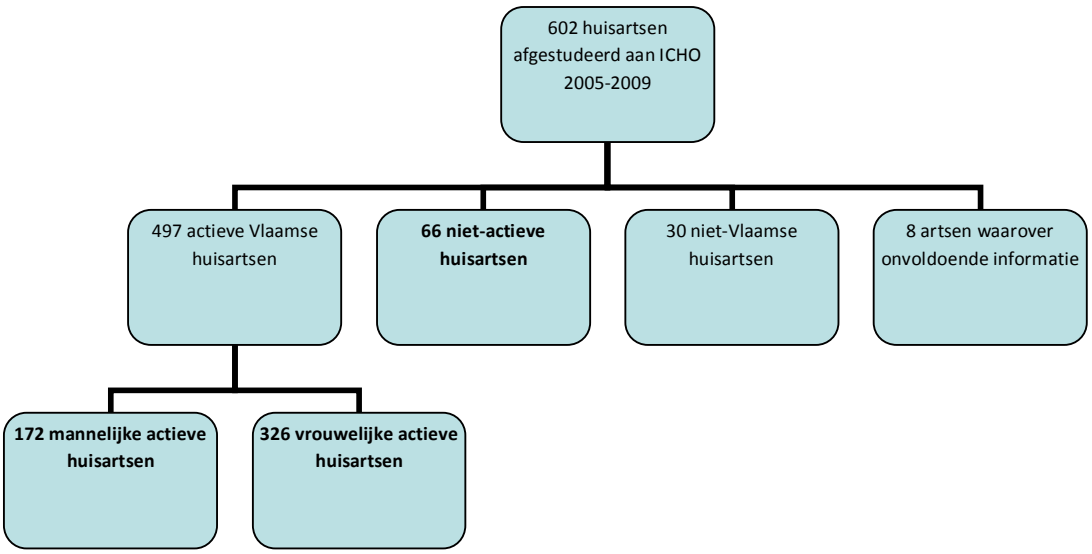
We zonden aangetekende brieven naar het ICHO, het RIZIV, de Erkenningscommissie, de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren en al de Provinciale Raden.
Omwille van de privacy, kon het ICHO ons enkel een lijst bezorgen met de namen en afstudeerdata van de huisartsen in de periode 2005-2009. Zij konden ons echter niet zeggen of deze artsen ook effectief een erkenning hadden aangevraagd en aan het werk waren als huisarts.
De Nationale Raad van de Orde der Geneesheren en de Provinciale Raad van Antwerpen verwezen ons voor deze informatie door naar het RIZIV. Van het RIZIV kregen we bericht dat we deze gegevens konden verkrijgen mits betaling van € 25. Wegens gebrek aan fondsen voor deze masterproef, werd dit aanbod afgewezen.
De Erkenningscommissie deelde ons mee dat ze geen contactgegevens mochten doorgeven aan derden. Ook de Provinciale Orde der Geneesheren van West-Vlaanderen kon ons geen lijst bezorgen met de gegevens van de bij hen ingeschreven artsen. We kregen wel een lijst met ingeschreven artsen toegezonden van de Provinciale Orde van Limburg.
Verder werd er ook nog contact opgenomen met Domus Medica. Zij boden ons aan een mailing via hen te doen, dit echter tegen een vrij hoge financiële vergoeding. Aangezien we niet over financiële middelen beschikten, konden we dit aanbod niet aannemen.
We namen ook contact op met Mediwacht met de vraag of we een lijst konden krijgen van de artsen die ingeschreven waren in de wachtdienst. Zij konden ons echter niet verder helpen en verwezen ons verder naar Domus Medica.

De gegevens van de 602 artsen uit de databank van het ICHO werden handmatig opgezocht in de ledenlijsten van de provinciale Ordes der Geneesheren. Daarna werden deze gegevens gecontroleerd via de website van de Orde der Geneesheren. Er werd nog een derde keer gecontroleerd of deze artsen terug te vinden waren via de website Mediwacht.

Artsen die in de ledenlijst én op de website van de Orde én op Mediwacht werden teruggevonden, beschouwden we als actieve huisartsen.
Bij alle artsen waar aan één van de drie controles niet voldaan werd, voerden we een google-search uit. De artsen waarvan er niets gevonden werd via de google-search, werden opgebeld op het nummer dat te vinden was in ofwel de ledenlijst van de Provinciale Orde of op de website van de Orde der Geneesheren.

Van de 602 personen die afgestudeerd zijn in de periode 2005-2009, vonden we 498 actieve Vlaamse huisartsen, 66 niet-huisartsen, 1 huisarts in Wallonië, 29 huisartsen in het buitenland en 8 personen waarvan onvoldoende informatie werd teruggevonden om een besluit te nemen in verband met hun activiteit. Artsen werkzaam in het buitenland of Wallonië en artsen waarover onvoldoende informatie werd teruggevonden, werden niet opgenomen in het onderzoek.

Uiteindelijk werden 498 Vlaamse huisartsen en 66 niet-huisartsen opgenomen in onze databank. We splitsten deze databank in twee afzonderlijke databanken, namelijk de 'actieve huisartsen' en de 'gestopte huisartsen'. Daarna splitsten we de databank met 'actieve huisartsen' ook nog op in mannen en vrouwen. Zo kwamen we tot 3 aparte databanken: de actieve mannelijke huisartsen, de actieve vrouwelijke huisartsen en de artsen die niet langer huisartsgeneeskunde uitvoeren (Figuur 1.1).



Figuur 1.1: Samenstelling van de databanken.

2. OPSTELLEN VRAGENLIJST EN INTERNET-ENQUÊTE

Voor het opstellen van onze vragenlijst baseerden we ons gedeeltelijk op de 2005 National Survey of GP Job Satisfaction en gedeeltelijk op de dingen die we zelf graag te weten zouden komen. Een eerste versie werd getest en verbeterd aan de hand van een pilootproject (zie bijlage 1), waarna we tot de definitieve versie van onze vragenlijsten kwamen.

De vragenlijst voor de mannelijke artsen omvatte zes topics: persoonlijkheid, organisatie huishouden, praktijkgegevens, jobtevredenheid, toekomstperspectieven en persoonlijke gegevens (zie bijlage 2b).
De vragenlijst voor de partners van de mannelijke artsen omvatte vier topics: eigen ambities en persoonlijkheid partner, organisatie huishouden, huidige job en persoonlijke gegevens (zie bijlage 3b). Een internet-enquête werd opgesteld via www.enquetemaken.be. Omwille van de beperkingen van deze website dienden er hier en daar nog kleine aanpassingen te gebeuren aan de vragen.

3. CONTACTEREN VAN DE ARTSEN

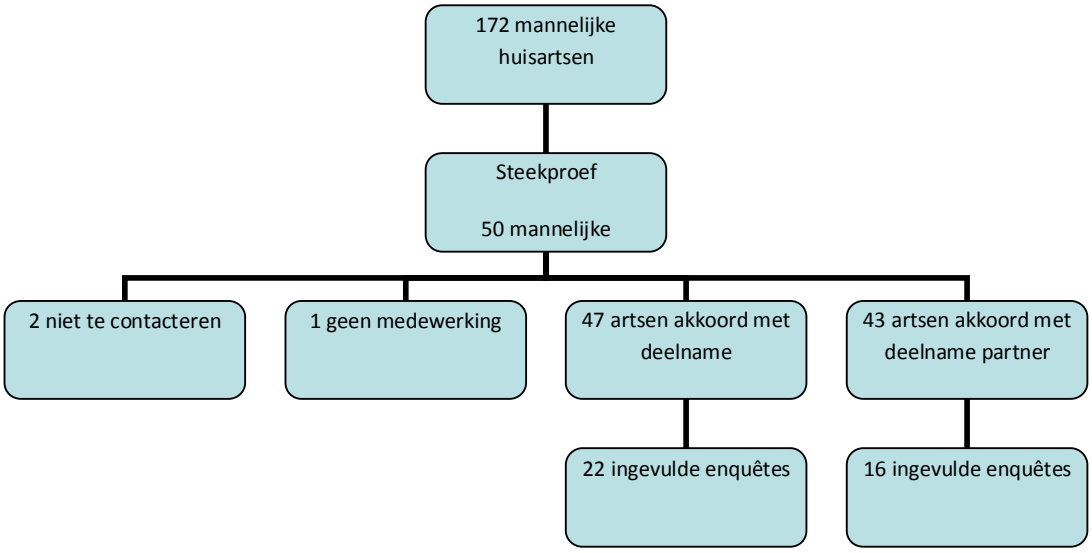
Om de respons op onze enquête zo hoog mogelijk te houden, voerden we nog een korte literatuurstudie uit met betrekking tot de manier van contacteren (zie bijlage 4).
Uit de databank met actieve, mannelijke huisartsen werd at random een steekproef genomen van 50 personen. Deze artsen werden één voor één telefonisch gecontacteerd met de vraag tot deelname aan ons onderzoek. Er werd hen gevraagd of zij en hun partner bereid waren tot het invullen van een internet-enquête. Indien zij bereid waren mee te werken, werd het e-mailadres van de arts en eventueel de partner genoteerd.
We definieerden de partner hier als de persoon die door de arts zelf beschouwd werd als zijn of haar partner.
Indien de arts na 2 pogingen per beschikbaar telefoonnummer niet kon bereikt worden, werd deze beschouwd als drop-out.

Van de 50 mannelijke artsen in de steekproef konden er 48 telefonisch bereikt worden. Eén arts bleek verhuisd te zijn naar het buitenland. Een andere arts bleek niet meer werkzaam in de praktijk waarvan we de contactgegevens bezaten. Bovendien bleek deze een vrouw te zijn en dus niet te voldoen aan de inclusiecriteria. Van de resterende 48 artsen weigerde 1 arts deelname.

De e-mailadressen van 47 artsen werden verzameld. Drie artsen waren bereid het e-mailadres van hun partner door te geven. Drie artsen vermeldden geen partner te hebben en één arts wenste zijn partner niet te laten deelnemen. Alle andere artsen verkozen de e-mail zelf door te sturen naar hun partner (Figuur 1.2).

Alle e-mailadressen werden doorgegeven aan een onafhankelijke tussenpersoon die e-mails met de link, een wachtwoord en een code verstuurde naar de artsen (Bijlage 2a en 3a).

Er werd een éénmalige reminder gestuurd naar de artsen die na 8 weken de enquête nog niet hadden ingevuld. De enquête werd afgesloten na 11 weken.



Figuur 1.2: Resultaten van het contacteren van de mannelijke huisartsen in de steekproef.

RESULTATEN

Uiteindelijk vulden 22 artsen de enquête in, wat overeenkomt met een response rate van 46,8 %. De antwoorden van 1 arts gingen verloren door een fout in het programma en konden niet mee opgenomen worden in de resultaten. Van de partners vulden 16 personen de enquête in. De response rate van de partners bedraagt dus 34%. De antwoorden van 14 artsen konden aan die van hun partner gelinkt worden.

1. RECRUTERINGSPOPULATIE

De recruteringspopulatie bestaat uit 602 huisartsen die in de periode 2005-2009 aan het ICHO zijn afgestudeerd. Er zijn 208 mannen en 394 vrouwen in deze populatie.
Van deze 602 recent afgestudeerde huisartsen, is nog 82,7% werkzaam als huisarts, 11% heeft voor een andere job gekozen. 38 artsen of 6,3% bevonden zich op het moment van het verzamelen van de gegevens niet in Vlaanderen of waren niet terug te vinden (Tabel 1.1).

Tabel 1.1: Huidige activiteit van huisartsen afgestudeerd aan het ICHO tussen 2005 en 2009.

	Aantal	Percentage
Huisarts	498	82,7
Geen huisarts	66	11
Onvoldoende gegevens	8	1,3
Niet in Vlaanderen	30	5
Totaal	602	100

Van de 602 huisartsen afgestudeerd tussen 2005 en 2009, hebben er 66 ondertussen beslist om niet meer als huisarts te werken. Dit komt overeen met een percentage van 11% artsen die binnen de 2 tot 6 jaar na hun afstuderen uit het huisartsenberoep gestapt zijn. Van deze groep zijn ongeveer 1/3 mannen en 2/3 vrouwen (Tabel 1.2).

Tabel 1.2: Man-vrouwverdeling bij de in Vlaanderen actieve en de niet actieve huisartsen, afgestudeerd aan het ICHO tussen 2005 en 2009.

	Huisarts	Geen huisarts	Totaal
Man	172	21	193
Vrouw	326	45	371
Totaal	498	66	564

Er werd geen significant verschil gevonden tussen mannen en vrouwen in het al dan niet aan het werk zijn als huisarts ($\chi^2 = 0.192$, p-waarde = 0.662).

Van de 66 gestopte huisartsen, kozen er 37 voor een medische specialisatie. Zeven artsen kozen voor onderzoek of een job aan de universiteit. Twaalf artsen kwamen in maatschappelijke sectoren terecht, zoals kind en gezin of arbeidsgeneeskunde. De overige gestopte huisartsen kozen voor allerlei andere functies in bijvoorbeeld de gehandicaptenzorg of een medisch sociaal opvangcentrum (Tabel 1.4).

Tabel 1.4: Huidig beroep van de gestopte huisartsen.

Beroep	Aantal mannen	Aantal vrouwen	Totaal
Acute geneeskunde/urgentie/spoed	12	15	27
Radiologie	1	1	2
Interne geneeskunde	0	1	1
Urologie	1	0	1
Kandidaat specialist	1	3	4
Diabeteskliniek	0	2	2
Universiteit	1	3	4
Onderzoek	2	0	2
Farmaceutische industrie	0	1	1
Arbeidsgeneeskunde	0	5	5
Adviserend geneesheer	0	2	2
Kind en Gezin	0	1	1
CLB	0	3	3
Fedasil	0	1	1
Bloedtransfusiecentrum	0	1	1
MSOC	0	1	1
Gehandicaptenzorg	0	2	2
Rode Kruis	1	0	1
Artsen Zonder Grenzen	0	1	1
Gezondheidsproject prostitutie	0	1	1
Accupunctuur	0	1	1
Militair	1	0	1
Zonder praktijk	1	0	1
Totaal	21	45	66

Van de 646 huisartsen die normaal gezien zouden afstuderen tussen 2005 en 2009, stopten er 44 voor ze hun opleiding hadden beëindigd. Van deze 44 stopten er 7 nadat ze niet geslaagd waren. 6,81% van deze HAIO's maakte dus zijn/haar opleiding niet af.

2. ARTSEN

Persoonlijke gegevens/beschrijving steekproefpopulatie

De gegevens van 21 mannelijke huisartsen, geboren tussen 1974 en 1982, werden verzameld. De artsen zijn tussen 30 en 38 jaar oud, de mediaan is 33 jaar.

Eén arts heeft geen partner, één arts heeft een partner maar woont niet samen met deze partner. De 19 anderen hebben een partner waarmee ze ook samenwonen.

Elf van de 21 artsen hebben ook minstens één arts in de nabije familie. Zes artsen hebben minstens 1 arts in de familie. Eén arts heeft minstens 3 en één arts minstens 4 artsen in de familie (Tabel 2.1).

Tabel 2.1: Aantal artsen-familieleden van de mannelijke huisartsen.

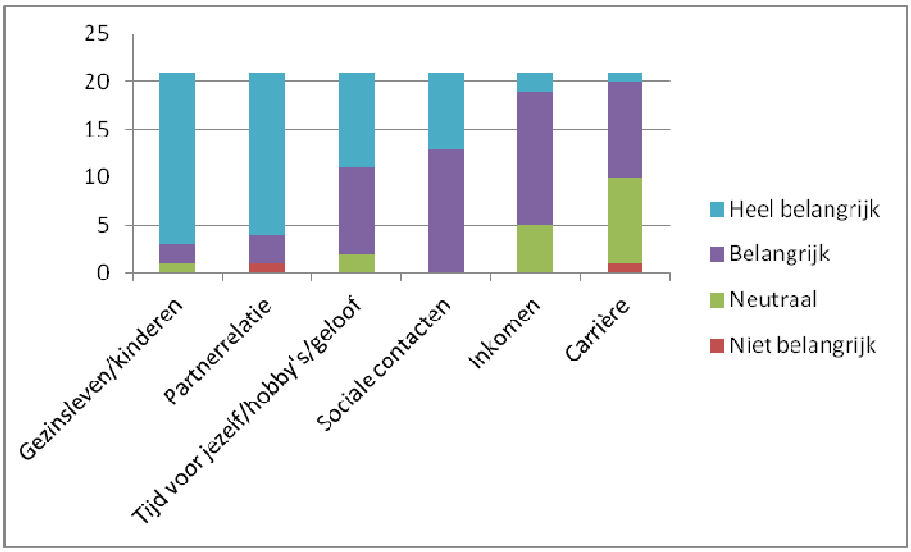
Geen artsen in familie	10
Arts(en) in familie	11
Moeder arts	1
Vader arts	7
Grootouder(s) arts	0
Broer(s)/zus(sen) arts	4
Oom(s)/tante(s) arts	5

Van de 21 mannelijke huisartsen hadden er 7 zich kandidaat gesteld voor een specialisatie op het einde van hun opleiding. Twee van hen waren ook aanvaard voor deze specialisatie.

Attitude ten opzichte van levenskwaliteit

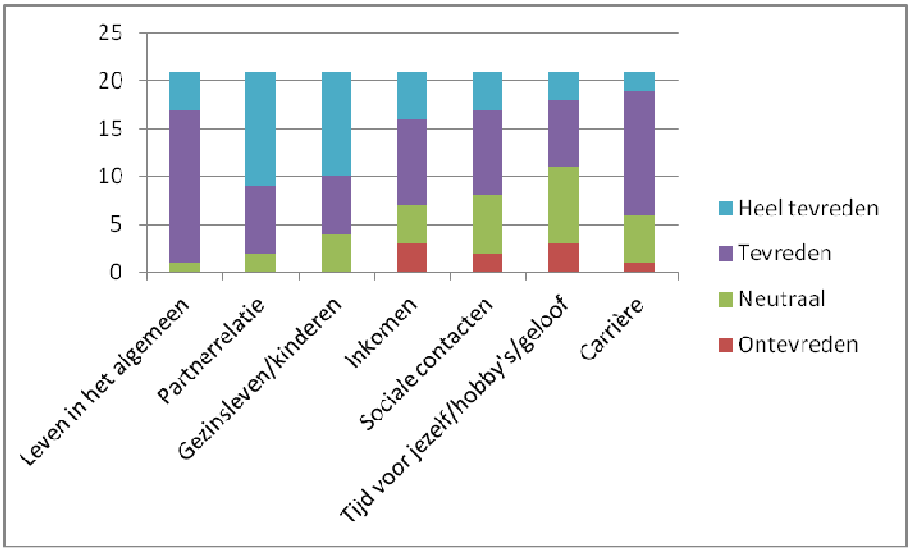
De huisartsen werd gevraagd naar het belang dat zij hechten aan verschillende elementen in hun leven. Van de 21 artsen vinden 17 hun partnerrelatie heel belangrijk. We moeten hierbij echter rekening houden met het feit dat 1 arts geen partner heeft en 1 arts niet samenwoont met zijn partner. Het grootste deel van de huisartsen vindt zijn gezinsleven en kinderen heel belangrijk om een gelukkig leven te leiden. Alle artsen vinden sociale contacten belangrijk tot zeer belangrijk en de grote meerderheid vindt dit ook over de tijd voor zichzelf en hobby's.

Aan hun carrière hechten ze minder belang, de helft van de huisartsen vindt hun carrière belangrijk (Figuur 2.1).



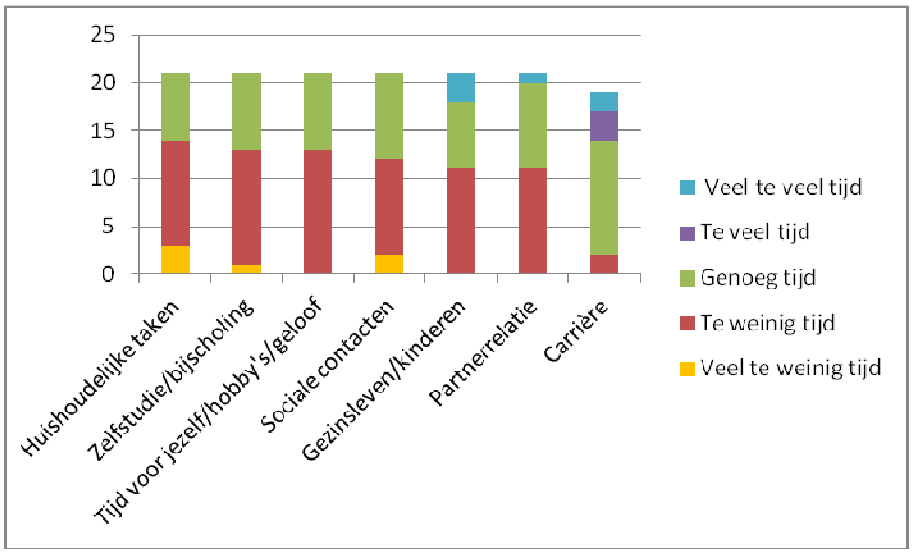
Figuur 2.1: Belang van verschillende elementen voor een gelukkig leven volgens 21 mannelijke huisartsen.

Over het algemeen zijn deze huisartsen tevreden over hun leven. Over hun partnerrelatie, gezinsleven, inkomen, sociale contacten en carrière is meer dan de helft tevreden. Enkele artsen zijn ontevreden over hun inkomen, sociale contacten en tijd voor zichzelf, terwijl de meesten hier wel veel belang aan hechten.



Figuur 2.2: Tevredenheid van 21 mannelijke huisartsen over verschillende elementen in hun leven.

Hoewel ze over het algemeen tevreden zijn over hun partnerrelatie en hun gezinsleven, vindt de helft van de huisartsen dat ze hiervoor te weinig tijd hebben. Iets meer dan de helft vindt dat ze te weinig tijd hebben voor zichzelf en sociale contacten, wat ook blijkt uit het feit dat ze over deze aspecten iets minder tevreden waren. Ook voor huishoudelijke taken en bijscholing is er volgens een groot deel van deze huisartsen te weinig tijd. Enkel voor hun carrière vinden ze dat ze genoeg of te veel tijd hebben (Figuur 2.3).



Figuur 2.3: Appreciatie van tijd voor verschillende elementen in het leven van 21 mannelijke huisartsen.

Drie van de 21 artsen zijn ooit al gestopt of verminderd met werken. Twee artsen gaven aan dat ze dit deden om meer tijd vrij te maken voor hun gezinsleven en eigen hobby's.

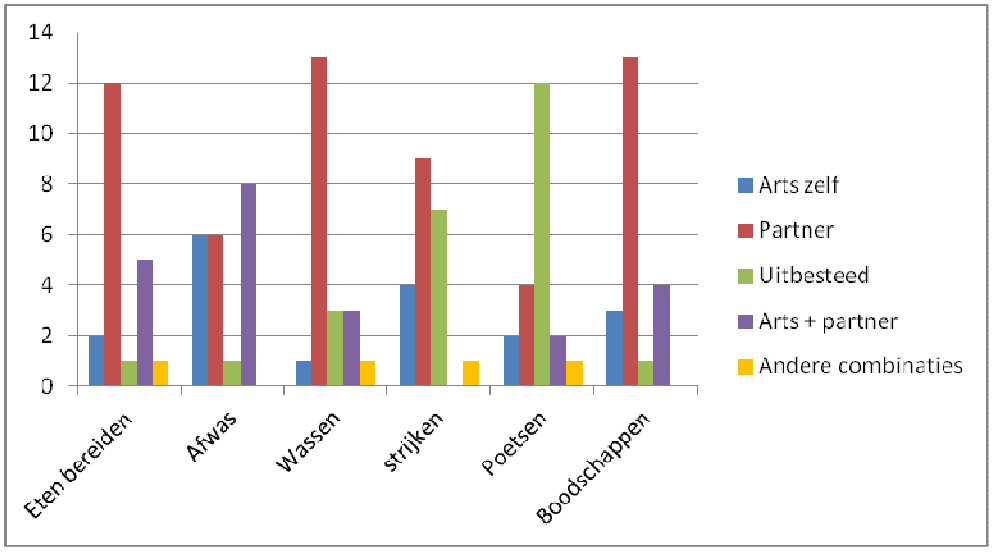
Organisatie huishouden

Elf huisartsen gaven aan dat ze te weinig tijd hebben voor huishoudelijke taken. Dit blijkt ook uit de organisatie van hun huishouden.

Huishoudelijke taken

De meerderheid van de huishoudelijke taken wordt gedaan door de partners van deze huisartsen. Boodschappen doen en de maaltijden bereiden, wassen en strijken is voornamelijk de taak van de partners. Enkel de afwas neemt een groot deel van de huisartsen voor hun eigen rekening.

Strijken wordt bij de een derde en poetsen bij de helft van de huisartsen uitbesteed (Figuur 2.4). Algemeen wordt het huishouden van deze huisartsen tussen 0 en 20 uren per week uitbesteed aan anderen. De mediaan is hier 4 uur per week.



Figuur 2.4: Huishoudelijke taakverdeling bij 21 mannelijke huisartsen.

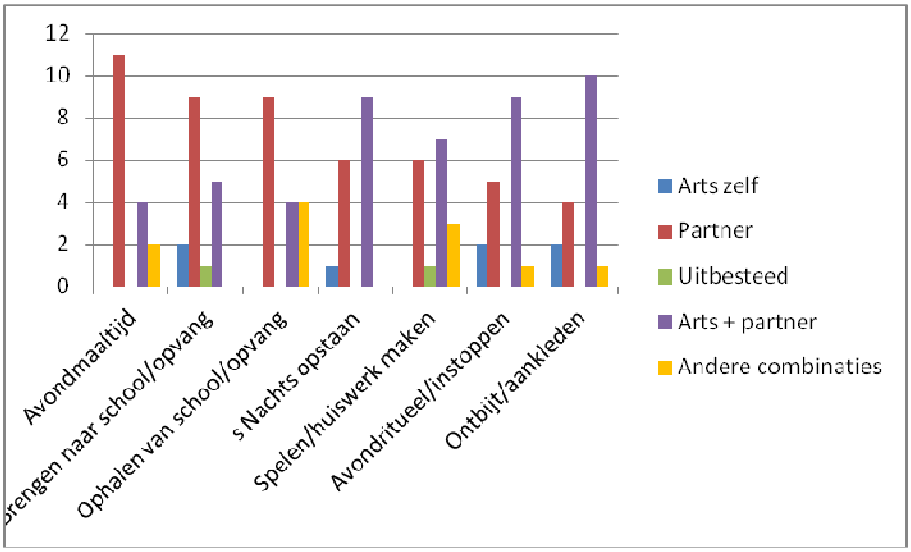
Opvang en zorg voor de kinderen

Zeventien van de 21 artsen hadden reeds kinderen op het moment van het invullen van de enquête. Vier artsen hadden nog geen kinderen, waarvan 1 arts die geen partner had en 1 arts die niet samenwoont met zijn partner.

De opvang van de kinderen wordt in de meeste gevallen uitbesteed. Niet-schoolgaande kinderen worden opgevangen in een kinderdagverblijf of bij (schoon)ouders. De schoolgaande kinderen blijven tijdens de middagpauze meestal op school. Vóór school en 's avonds vangen de huisartsen en hun partners zowel de schoolgaande als niet-schoolgaande kinderen zelf op.

In de zorg voor de kinderen heeft de partner van de huisarts meestal een groter aandeel. Wegbrengen en ophalen van de kinderen wordt in de meeste gevallen door de partners gedaan. Ook het bereiden van de avondmaaltijd gebeurt meestal door de partners. Dit zagen we ook al bij de verdeling van de huishoudelijke taken.

Het klaarmaken van de kinderen 's ochtends, huiswerk maken en spelen met de kinderen doen beide partners meestal samen. Ook het instoppen van de kinderen 's avonds of 's nachts opstaan bij problemen wordt gedeeld. Echter bij een vierde van de huisartsen doet de partner dit alleen (Figuur 2.5).



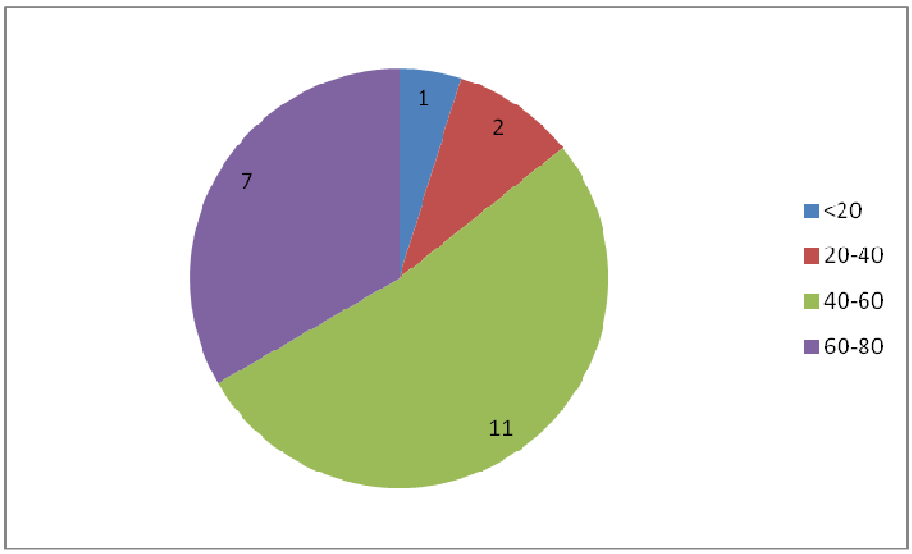
Figuur 2.5: Taakverdeling in de zorg voor de kinderen bij 17 mannelijke huisartsen.

Praktijkgegevens

De artsen werken gemiddeld reeds 4 jaar en 3 maanden in hun huidige praktijk. De kortste periode is 2 maanden en de langste 7 jaar en 6 maanden. Ze wonen mediaan 2 km van hun praktijk. De langste afstand tussen woonst en praktijk was 40 km. Mediaan zijn ze 5 dagen per week aan het werk in de praktijk (Tabel 2.4).

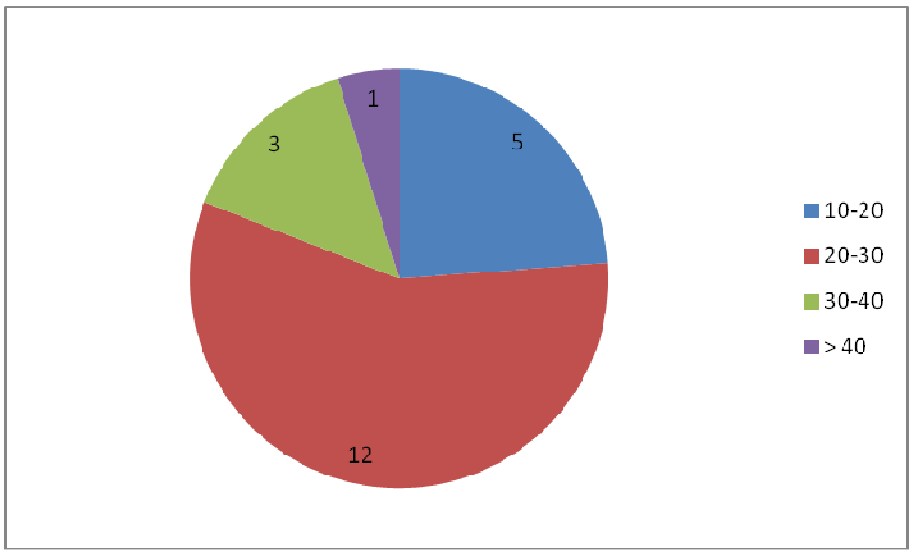
Achttien artsen werken in duo, in groep of in een wijkgezondheidscentrum. Drie artsen werken solo. De drie artsen die in een wijkgezondheidscentrum werken hebben een bediendenstatuut. Alle andere artsen zijn zelfstandig. Slechts 1 van deze 21 jonge huisartsen is een eigen praktijk gestart.

Iets meer dan de helft van deze huisartsen werkt 40 tot 60 uren per week. Eén derde werkt 60 tot 80 uren per week (Figuur 2.6).

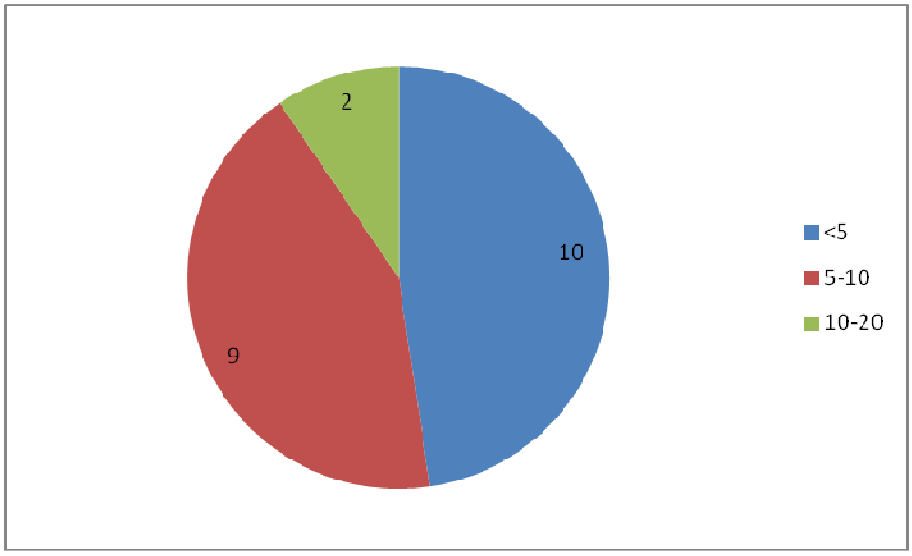


Figuur 2.6: Gemiddeld aantal uren per week dat 21 mannelijke huisartsen aan het werk zijn als huisarts.

Het grootste deel van de artsen ziet gemiddeld 20 tot 30 patiënten per dag. Eén vierde van de artsen ziet 10 tot 20 patiënten per dag en de rest ziet meer dan 30 patiënten per dag (Figuur 2.7). Daarnaast doet de helft van de artsen gemiddeld minder dan 5 huisbezoeken per dag. Iets minder dan de helft doen er dagelijk 5 tot 10 (Figuur 2.8).

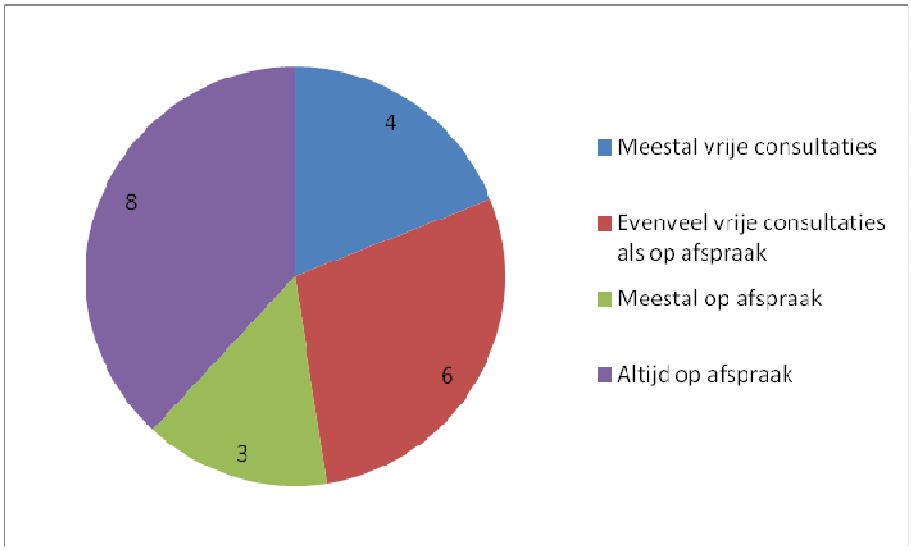


Figuur 2.7: Gemiddeld aantal patiënten dat 21 mannelijke huisartsen dagelijks zien.



Figuur 2.8: Gemiddeld aantal huisbezoeken dat 21 mannelijke huisartsen dagelijks doen.

De meerderheid van de artsen werkt meestal of altijd op afspraak. Een kwart werkt evenveel met vrije consultaties als op afspraak. De andere artsen werken meestal met vrije consultaties (Figuur 2.9).



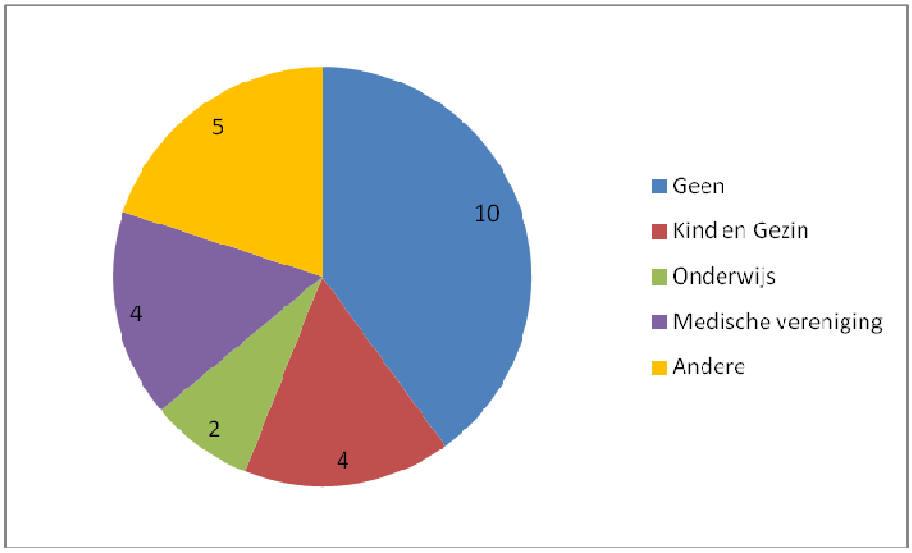
Figuur 2.9: Manier van werken van 21 mannelijke huisartsen.

Deze jonge huisartsen zijn naast hun dagelijks werk in de praktijk jaarlijks mediaan 6 weekend- of feestdagen van 24u en 12 weeknachten van wacht. Ze nemen mediaan 25 dagen vakantie per jaar.

Tabel 2.4: Praktijkgegevens van 21 jonge mannelijke huisartsen.

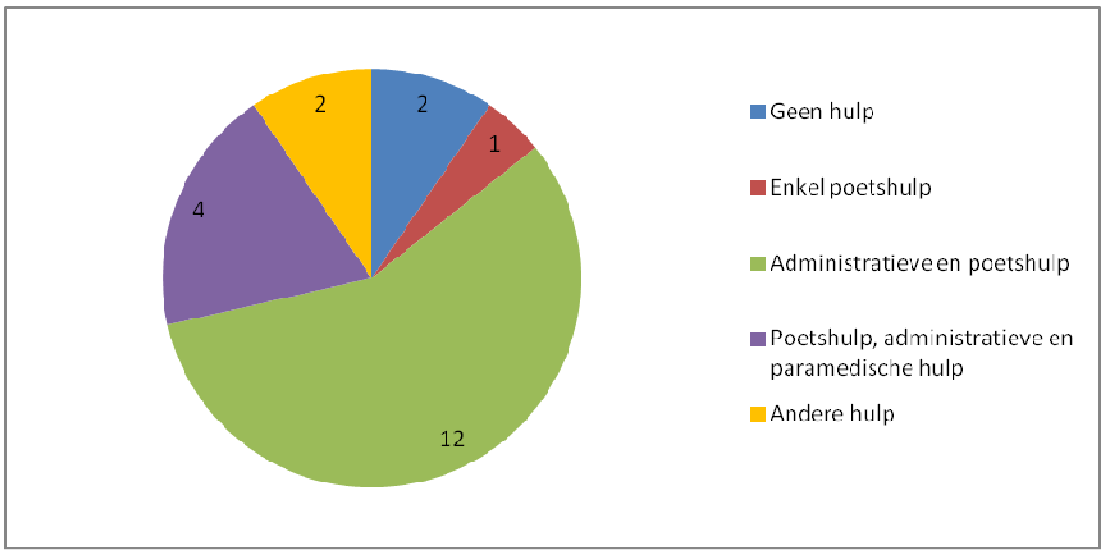
	Minimum	Maximum	Mediaan	Gemiddelde
Aantal maanden in huidige praktijk werkzaam	2	91	51	51,52
Afstand woning-praktijk in km	0	40	2	5,29
Aantal dagen per week werkzaam in de praktijk	1,5	6	5	4,857
Aantal weekend/feestdagen van wacht per jaar	3	12	6	6,81
Aantal weekwachten per jaar	3	125	12	27,62
Aantal dagen vakantie per jaar	4	35	25	22,52

Naast hun huisartsenfunctie, oefenen 11 artsen nog één of meerdere nevenfuncties uit. De meest voorkomende nevenfuncties zijn arts op de consultatiebureau's van Kind en Gezin en een functie in een medische vereniging. Andere nevenfuncties die worden aangegeven zijn: actief bij het Rode Kruis, stuurgroeplid LMN (Lokaal Multidisciplinair Netwerk), bestuurslid WDO, CRA (Coördinerend en Raadgevend Arts), arts in een instelling voor mentaal gehandicapten, arts bij het Vlaams Fonds en wetenschappelijk onderzoek (Figuur 2.10).



Figuur 2.10: Nevenfuncties van 21 jonge mannelijke huisartsen.

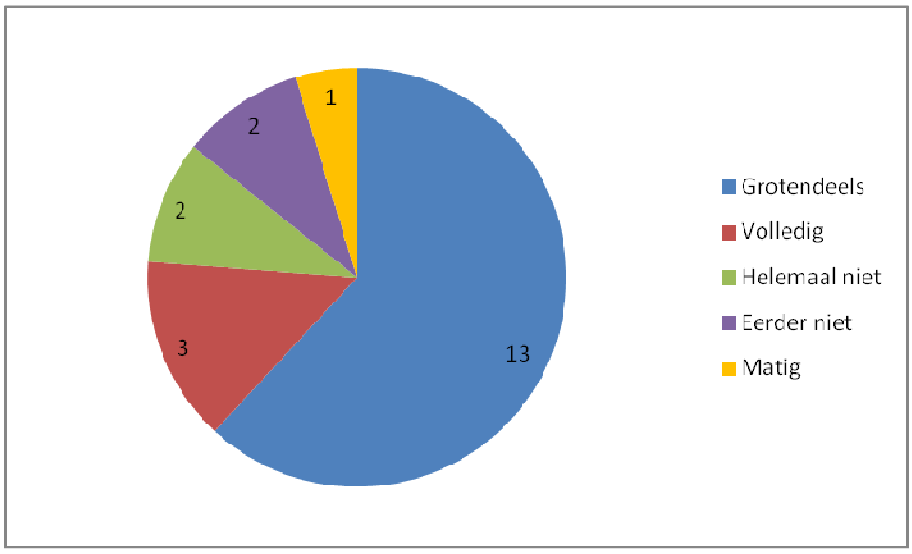
De meeste huisartsen hebben één of andere vorm van hulp in de praktijk. Meer dan de helft heeft poetshulp en administratieve hulp. Deze laatste kan bestaan uit online afspraken, een secretaresse en/of een telefoniste. Een vijfde heeft naast administratieve en poetshulp ook nog hulp van een verpleegkundige en/of andere paramedici.
Andere hulp in de praktijk die door de artsen wordt aangegeven zijn de partner (al dan niet ook huisarts), een diëtiste, een coördinator, een maatschappelijk werker en een kinesist (Figuur 2.11).



Figuur 2.11: Vormen van hulp in de praktijken van 21 mannelijke huisartsen.

Jobtevredenheid

Er werd de artsen gevraagd in welke mate hun huidige job overeenstemt met wat ze zich ervan hadden voorgesteld toen ze nog student waren. Drie vierde van de huisartsen geeft aan dat hun huidige job als huisarts grotendeels tot volledig overeenkomt met wat ze zich ervan voorstelden. Bij een kwart komt hun beeld van de huisartsgeneeskunde matig tot helemaal niet overeen met de werkelijkheid (Figuur 2.12).



Figuur 2.12: Mate waarin de huidige job voldoet aan de verwachtingen van 21 jonge mannelijke huisartsen.

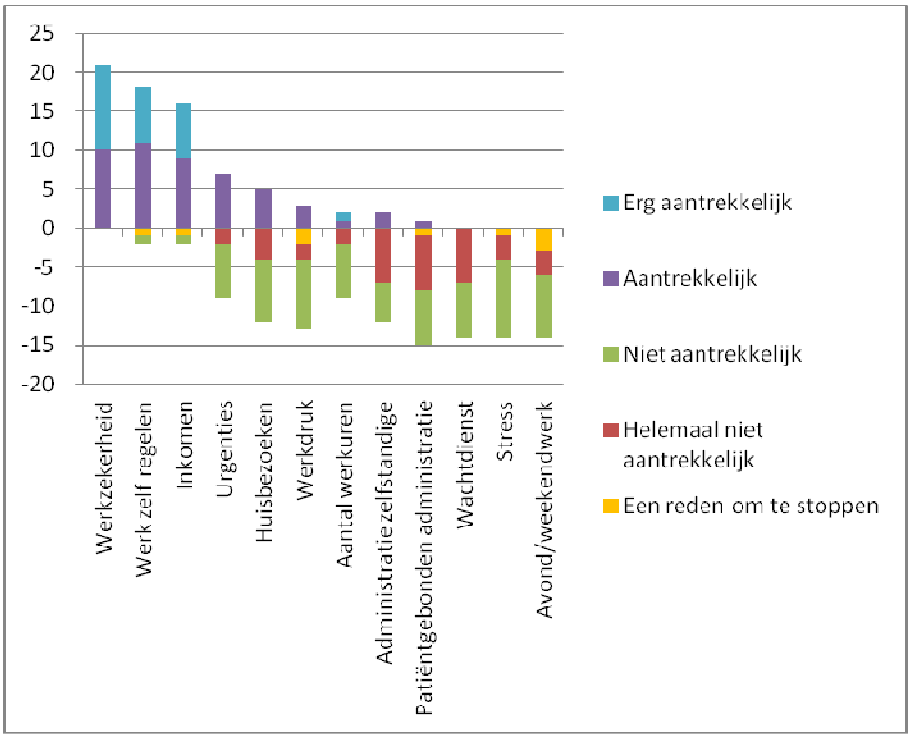
Daarna werd hen gevraagd in welke mate ze verschillende aspecten van de huisartsgeneeskunde aantrekkelijk vonden. Deze aspecten werden ingedeeld in de verschillende competentiegebieden volgens de CanMeds (Canadian Medical Education Directions for Specialists): Medisch handelen, Communicatie, Samenwerking, Organisatie, Maatschappelijk handelen, Kennis en Wetenschap en Professionaliteit.

Onder de organisatorische aspecten vinden de meeste artsen de werkzekerheid, de mogelijkheid om hun werk zelf te regelen en hun inkomen aantrekkelijk tot zeer aantrekkelijk. Werkdruk, stress, avond- en weekendwerk, wachtdiensten en administratie vindt het grootste deel van de artsen (helemaal) niet aantrekkelijk. Werkdruk, administratie, stress en avond- en weekendwerk worden zelfs door enkele artsen aangegeven als reden om te stoppen met huisartsgeneeskunde (Figuur 2.13).

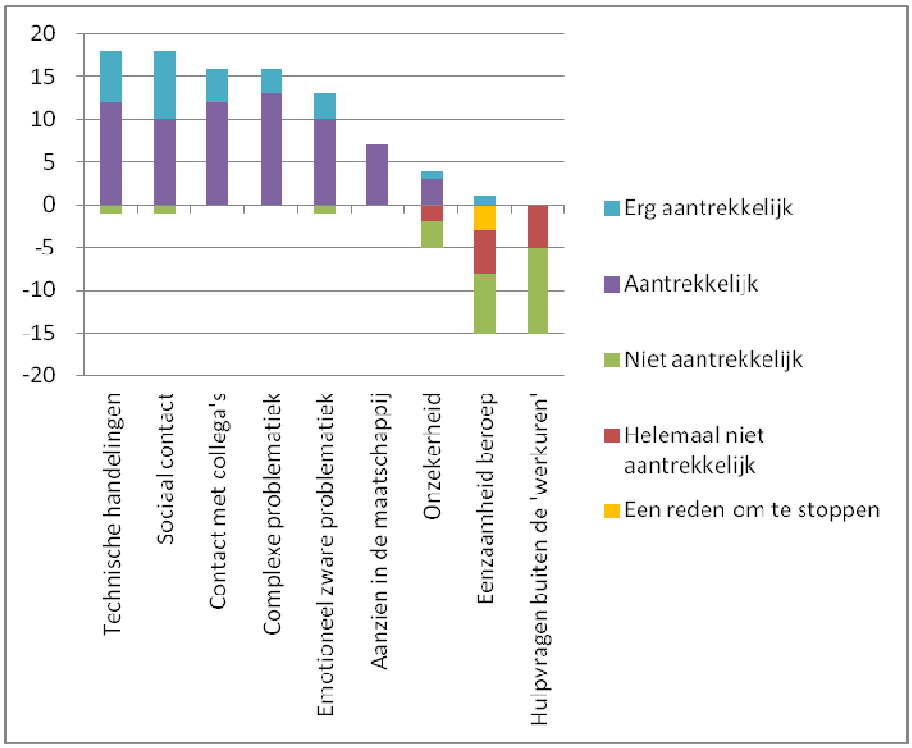
In de categorieën ‘Medisch handelen’, ‘Communicatie’, ‘Samenwerking’ en ‘Professionaliteit’ vinden de jonge huisartsen vooral de technische handelingen en de sociale contacten met patiënten en collega’s aantrekkelijk. Ook het omgaan met complexe of emotioneel zware problematiek scoort goed.

Het minst aantrekkelijk vinden huisartsen de eenzaamheid van hun beroep, het omgaan met onzekerheden en hulpvragen buiten de 'werkuren' van familie of vrienden. Drie artsen vinden de eenzaamheid van het beroep een reden om te stoppen (Figuur 2.14).

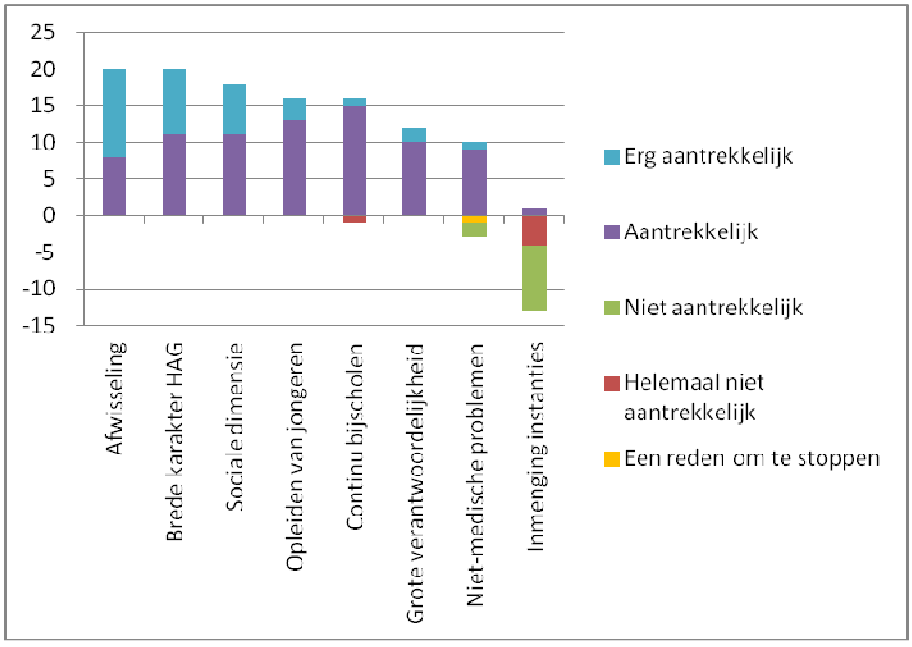
De meeste elementen in de categorieën 'Maatschappelijk handelen' en 'Kennis en wetenschap' scoren zeer goed bij de huisartsen. De afwisseling en het brede karakter van de huisartsgeneeskunde, de sociale dimensie, het opleiden van jongeren en het continu bijscholen worden door bijna alle huisartsen als aantrekkelijk of zeer aantrekkelijk aangegeven. De inmenging van andere instanties, zoals bijvoorbeeld het RIZIV, wordt dan weer minst aantrekkelijk bevonden door de meeste huisartsen. Eén arts geeft aan dat het aandeel aan niet-medische problemen een reden zou kunnen zijn om te stoppen met huisartsgeneeskunde (Figuur 2.15).



Figuur 2.13: Aantrekkelijkheid van verschillende elementen in het huisartsenberoep volgens 21 mannelijke huisartsen: Organisatie.



Figuur 2.14: Aantrekkelijkheid van verschillende elementen in het huisartsenberoep volgens 21 mannelijke huisartsen: Medisch handelen, Communicatie, Samenwerking en Professionaliteit.



Figuur 2.15: Aantrekkelijkheid van verschillende elementen in het huisartsenberoep volgens 21 mannelijke huisartsen: Maatschappelijk handelen en Kennis en Wetenschap.

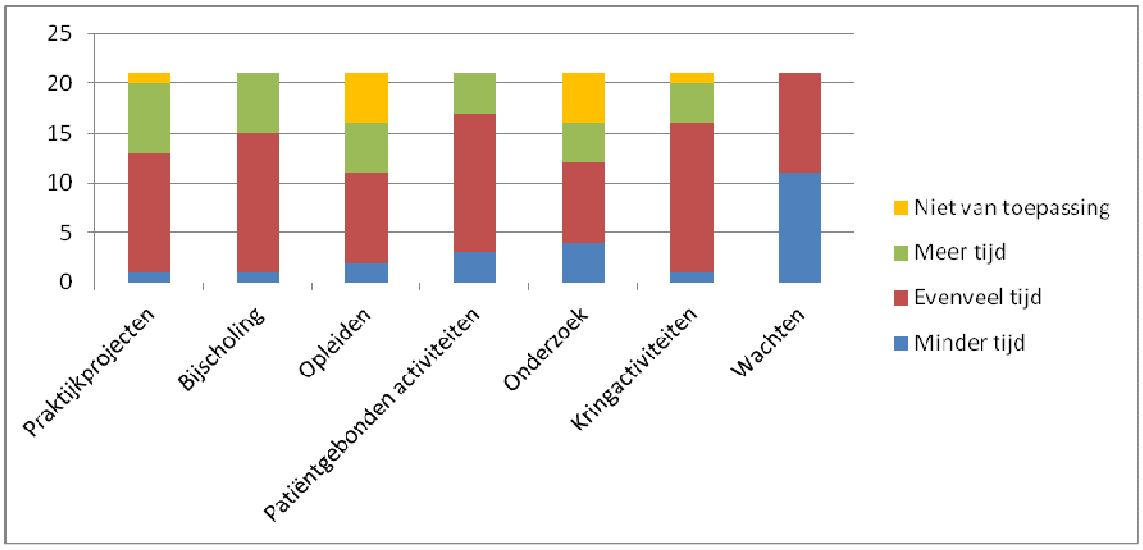
Vijftien artsen zouden als ze opnieuw hun studies mochten beginnen, dezelfde studiekeuze maken en voor huisartsgeneeskunde kiezen.
Twee artsen zouden zeker niet meer voor huisartsgeneeskunde kiezen. Eén van deze twee artsen heeft al concrete stappen ondernomen om van loopbaan te veranderen en acht de kans dat hij binnen 5 jaar niet meer aan het werk is als huisarts waarschijnlijk.
Twee artsen geven aan dat de hoeveelheid administratie een reden zou kunnen zijn om niet meer voor huisartsgeneeskunde te kiezen. Drie artsen zouden meer geneigd zijn toch opnieuw voor huisartsgeneeskunde te kiezen als er minder of efficiëntere administratie zou zijn.

Gevraagd naar de redenen waarom volgens hen vele huisartsen uit het beroep stappen, antwoorden 3 of meer artsen met te lage verloning (ten opzichte van specialisten), de werkuren en de moeilijke combinatie werk-privéleven. Negen artsen geven werkdruk op als vermoedelijke reden waarom veel huisartsen stoppen. Eenzaamheid en administratie worden door 2 artsen aangegeven.

Zeven artsen vinden dat het een voordeel is een man te zijn in het beroep van huisarts. De reden hiervoor is volgens 5 artsen dat een man meer uren kan werken en flexibeler is in de werksituatie omdat hij minder taken heeft in het huishouden.

Toekomstperspectieven

De meerderheid van de huisartsen wil in de toekomst evenveel tijd besteden aan verschillende deelaspecten van hun job. Een derde wil meer tijd besteden aan praktijkprojecten en een vierde aan bijscholing en het opleiden van studenten. De helft van de artsen wil minder tijd spenderen aan wachten (Figuur 2.16).



Figuur 2.16: Gewenste tijdsbesteding in de toekomst van 21 mannelijke huisartsen.

Zes van de 21 artsen zouden willen overstappen naar een andere praktijkvorm. Vijf artsen willen in de toekomst in een groepspraktijk werken. Eén arts kiest voor een duopraktijk.

Zestien artsen wensen ook meer hulp aan te nemen in hun praktijk. Zes artsen wensen voornamelijk administratieve hulp onder vorm van telefoniste, secretaresse of online afspraken. Drie artsen wensen zowel administratieve hulp en een verpleegkundige of andere paramedici om hun praktijk te ondersteunen. Drie artsen wensen naast administratieve en paramedische hulp ook nog een extra collega.

Ook in het huishouden wensen 11 van de 21 artsen meer hulp. De meest gewenst hulp in het huishouden is poetshulp. Daarnaast willen enkele artsen in de toekomst ook hulp voor wassen en strijken .

Van de 21 jonge, mannelijke artsen zijn er 6 die er wel eens aan denken om van loopbaan te veranderen. De voornaamste redenen die hiervoor gegeven worden zijn te lage verloning tov de prestaties en de werkdruk en late uren die zorgen dat er minder tijd over blijft voor hun privéleven.

Op de vraag welke job hen dan zou interesseren, antwoorden 2 artsen dat ze dan voor een job zouden kiezen met vaste, minder late uren. Drie artsen hebben al concrete stappen ondernomen (sollicitatie, navraag gedaan,…) om van loopbaan te veranderen.
Desondanks achten 18 artsen de kans dat ze binnen 5 jaar niet meer werkzaam zijn als huisarts klein tot onbestaande. Eén arts acht deze kans waarschijnlijk.

3. PARTNERS

Persoonlijke gegevens

Zestien partners, waarvan 13 vrouwelijke en 3 mannelijke, vulden de enquête in. De partners zijn tussen 29 en 36 jaar, de mediaan is 32 jaar. Vijftien van hen wonen samen met de huisarts.
Dertien partners hebben geen arts(en) in de nabije familie. Drie partners hebben minstens 1 arts in de familie (Tabel 3.1).

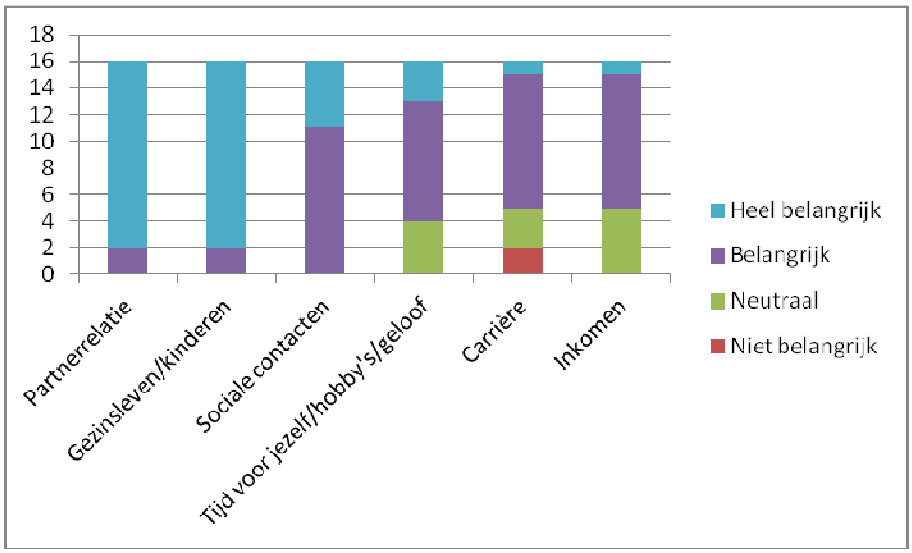
Tabel 3.1: Aantal artsen-familieleden van 16 partners van mannelijke huisartsen.

Geen artsen in familie	13
Arts(en) in familie	3
Moeder arts	0
Vader arts	1
Grootouder(s) arts	1
Broer(s)/zus(sen) arts	0
Oom(s)/tante(s) arts	1

Dertien partners volgden universitair onderwijs, waarvan 1 tot het bachelorniveau. Zes partners hebben een masterdiploma en 6 een master na masterdiploma. Twee partners volgden hoger onderwijs van het korte type. Eén partner deed een postgraduaat.

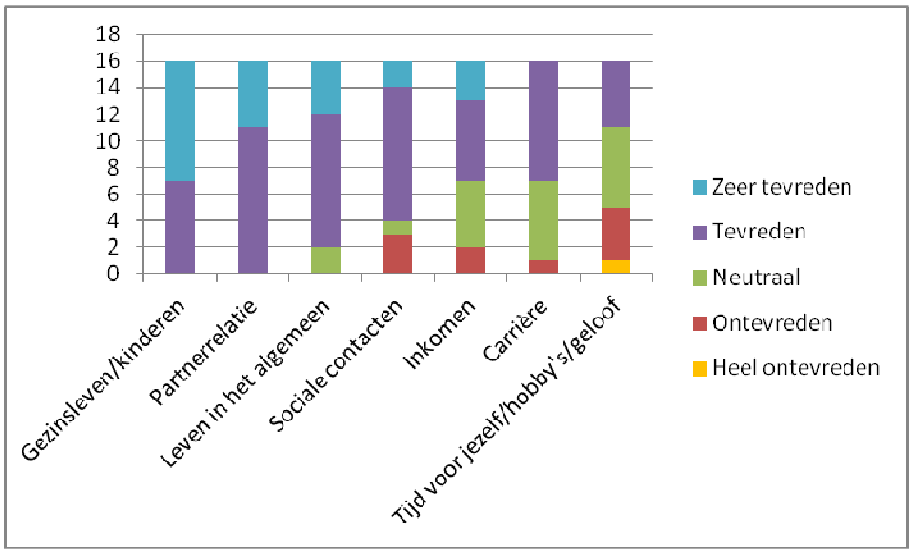
Attitude ten opzichte van levenskwaliteit

Voor de meeste partners zijn hun partnerrelatie en gezinsleven zeer belangrijk om een gelukkig leven te leiden. Drie vierde vinden sociale contacten belangrijk en de helft vinden tijd voor zichzelf en hobby's belangrijk. Meer dan de helft van de partners vindt ook carrière en inkomen belangrijk voor een gelukkig leven (Figuur 3.1).



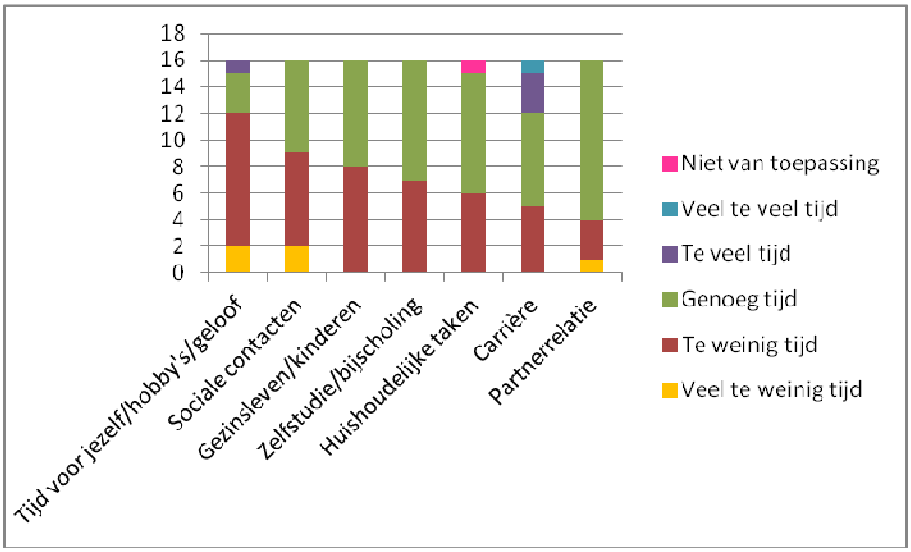
Figuur 3.1: Belang van verschillende elementen voor een gelukkig leven volgens 16 partners van mannelijke huisartsen.

De meerderheid van de partners denkt dat de huisarts momenteel tevreden is met zijn leven in het algemeen, zijn partnerrelatie en gezinsleven. Ook over zijn sociale contacten, inkomen en carrière denkt meer dan de helft van de partners dat de huisarts tevreden is. Een derde van de partners denkt dat de huisarts ontevreden is over de tijd voor zichzelf en hobby's (Figuur 3.2).



Figuur 3.2: Inschatting van de tevredenheid van 16 mannelijke huisartsen door hun partner.

Het grootste deel van de partners vindt dat de huisarts te weinig tijd heeft voor zichzelf en hobby's. De helft van hen vindt dat de huisarts te weinig tijd heeft voor sociale contacten, hun gezinsleven en bijscholing. Twee derde van de partners vindt dat de huisarts voldoende tijd heeft voor huishoudelijke taken. Een vierde vindt dat er te veel tijd gaat naar zijn carrière en slechts een vierde vindt dat de huisarts te weinig tijd heeft voor hun relatie (Figuur 3.3).

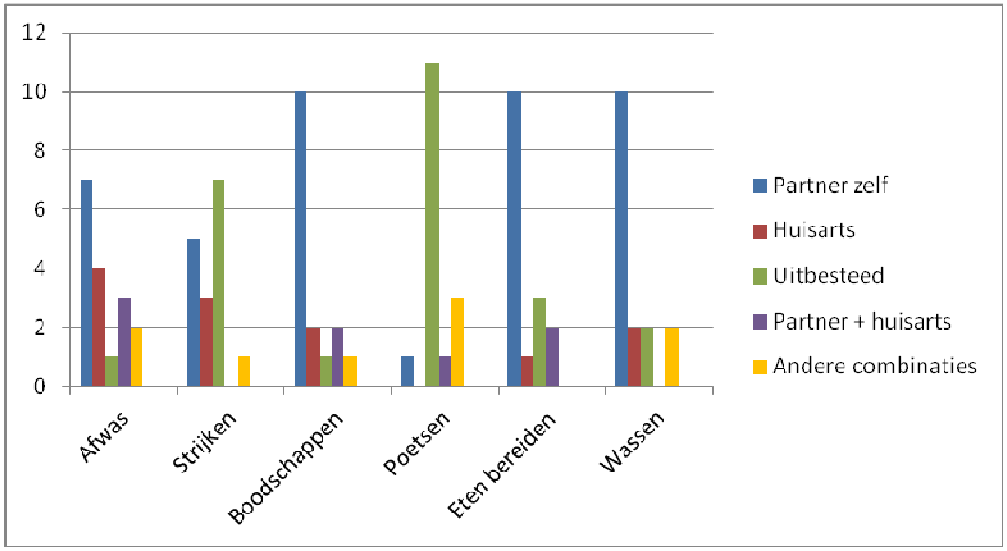


Figuur 3.3: Appreciatie van tijd die hun man heeft voor verschillende aspecten in het leven volgens de partners van 16 mannelijke huisartsen.

Organisatie huishouden

Huishoudelijke taken

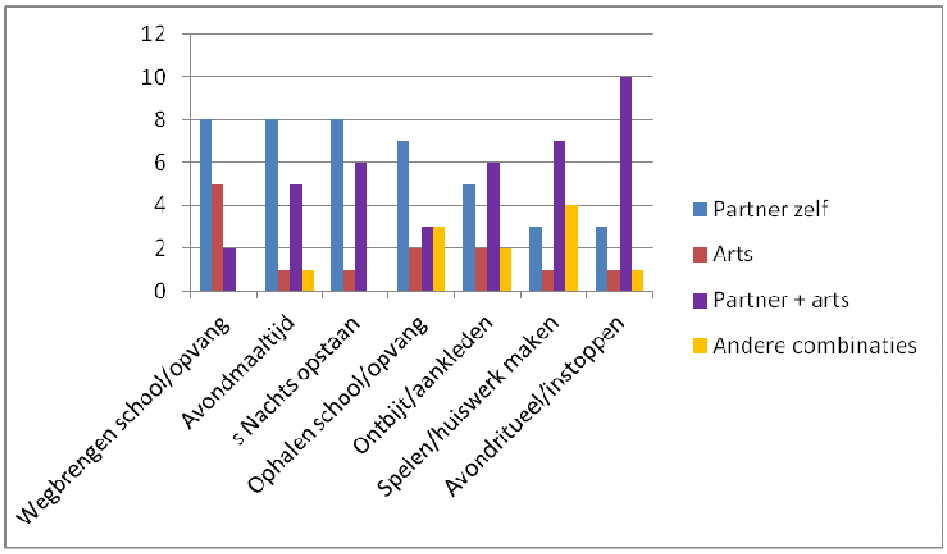
Meer dan de helft van de partners doen zelf de boodschappen, bereiden het eten en doen de was. Over het algemeen hebben ze een groter aandeel in alle huishoudelijke taken. Van alle huishoudelijke taken wordt de afwas het vaakst door de huisarts gedaan. Strijken en poetsen wordt voor het grootste deel uitbesteed aan anderen (Figuur 3.4). Het huishouden wordt algemeen tussen 0 en 20 uren per week uitbesteed aan anderen, de mediaan is hier 4,5 uren.



Figuur 3.4: Huishoudelijke taakverdeling volgens de partners van 16 mannelijke huisartsen

Zorg voor de kinderen

Twee partners van huisartsen hebben ooit hun kinderwens uitgesteld of stellen deze momenteel uit. De reden die zij hiervoor geven is hun eigen werk/carrière. Vijftien partners van de 16 hebben reeds kinderen.



Figuur 3.5: Taakverdeling in de zorg voor de kinderen volgens de partners van 16 mannelijke huisartsen.

De helft van de partners brengt zelf de kinderen naar school of opvang, haalt ze ook weer op, bereidt de avondmaaltijd en staat 's nachts op bij problemen. In een derde van de gevallen wordt de avondmaaltijd gezamenlijk of afwisselend bereidt en ook het 's nachts opstaan wordt bij een derde gedeeld. Het klaarmaken van de kinderen 's ochtends en het huiswerk maken doen ze in een derde van de gevallen samen. Ook de kinderen instoppen 's avonds wordt in twee derde van de gezinnen samen gedaan. Een derde van de huisartsen brengt de kinderen 's ochtends zelf naar school of de opvang (Figuur 3.5).

Huidige job

Alle 16 partners van huisartsen zijn op dit moment aan het werk. Mediaan zijn ze 40 uren per week bezig met hun job. Tien van hen werken fulltime.

Vier partners zijn eveneens huisarts en één partner is arts-assistent. Drie partners zitten eveneens in de (para)medische sector. Drie partners werken in het onderwijs en twee partners doen wetenschappelijk onderzoek.

Vier partners geven aan dat het beroep van hun partner een invloed heeft gehad op hun beroepskeuze. Twee van hen hebben ervoor gekozen niet voltijds te werken omwille van het beroep van hun partner. Vier partners hebben ook het gevoel dat ze bepaalde kansen hebben moeten laten schieten als gevolg van het beroep van hun partner. Drie van de vier hebben een hun eigen carrière opzij gezet voor hun partner.

Acht partners hebben het gevoel dat hun partner door zijn werk wordt opgeslorpt. Slechts één partner zou echter meer tevreden zijn als zijn/haar partner voor een ander beroep koos dan huisartsgeneeskunde.

4. ARTSEN EN PARTNERS GEKOPPELD

Door middel van een code konden de gegevens van 14 artsen aan die van hun partners gekoppeld worden. Wanneer we de gegevens van deze artsen met die van hun partners vergelijken, blijkt dat de partners van de huisartsen de tevredenheid van deze artsen vrij goed inschatten. Enkel over de tijd die ze voor zichzelf en hobby's hebben en hun sociale contacten, zijn de huisartsen iets meer tevreden dan hun partners denken.

Twee derde van de partners van deze huisartsen vinden dat hij te weinig tijd heeft voor zichzelf en hobby's, ten opzichte van de helft van de huisartsen.
Opvallend is dat meer dan de helft van de huisartsen vindt dat hij te weinig tijd heeft voor huishoudelijke taken, maar slechts een derde van de partners is het daarmee eens. Ook heeft de helft van de huisartsen het gevoel te weinig tijd te hebben voor zijn relatie, terwijl de meeste partners vinden dat hij hiervoor genoeg tijd heeft.
Met betrekking tot tijd voor hun gezinsleven, sociale contacten en bijscholing zijn partners en huisartsen het over het algemeen eens. Ongeveer de helft vindt dat hier te weinig tijd voor is. Ook over de tijd voor zijn carrière zijn ze het eens. De meerderheid vindt dat hier genoeg of te veel tijd naartoe gaat.

Over de verdeling van het huishouden zijn huisartsen en hun partners het eens dat de partners het grootste deel van het huishouden voor hun rekening nemen. Daarnaast valt op dat de huisartsen hun eigen aandeel in het huishouden hoger inschatten dan hun partners.
Ook in de zorg voor de kinderen zijn de huisartsen en hun partners het eens dat de partner ook hier het grootste deel van de taken uitvoert. Hier lijkt de inschatting van hun aandeel in de taken bij de huisartsen correct te zijn, want deze is vergelijkbaar met deze van hun partners.

DISCUSSIE

1. BESPREKING VAN DE RESULTATEN

De bedoeling van deze thesis was na te gaan hoe jonge, mannelijke huisartsen hun werk combineren met hun privé-leven en ook te peilen naar de mening van hun partner.
Meer dan de helft van deze jonge mannelijke huisartsen werken gemiddeld 40 à 60 uren per week en één derde werkt zelfs 60 tot 80 per week als huisarts. Nochtans werkt de meerderheid van de huisartsen in dit onderzoek in een duo- of groepspraktijk of een wijkgezondheidscentrum. Bovendien is er in de meeste praktijken van deze huisartsen hulp onder vorm van poets- en administratieve hulp, soms ook paramedische hulp.
Men zou verwachten dat het werken in groep en de hulp bij administratieve taken ervoor zorgt dat elke individuele arts minder uren moet werken, maar dit blijkt niet uit het onderzoek. Mogelijk compenseren deze mannelijke huisartsen voor hun vrouwelijke collega's in de groepering, maar dit zou moeten bevestigd worden door verder onderzoek.

Dat deze jonge, mannelijke huisartsen vele uren bezig zijn met hun beroep, blijkt ook uit de verdeling van de huishoudelijke taken. De - meestal vrouwelijke - partners van deze huisartsen nemen duidelijk een groter deel van het huishouden en de zorg voor de kinderen voor zich. De gegevens van huisartsen en hun partners komen in grote lijnen overeen, waaruit we kunnen besluiten dat de vragen naar waarheid werden ingevuld. De huisartsen schatten hun aandeel in het huishouden over het algemeen wel iets hoger in dan hun partners dit doen.

Ook uit eerder onderzoek blijkt dat huisartsen nog vaak vervallen in oude rollenpatronen, waarbij de man uit werken gaat en de vrouw meer tijd besteedt aan het huishouden [5]. Een derde van de huisartsen in deze studie vindt het dan ook een voordeel man te zijn als huisarts, grotendeels omdat ze minder taken hebben in het huishouden.
Het verschil met oude rollenpatronen is dat de partners van deze huisartsen naast hun werk in het huishouden ook nog gaan werken. Of deze oude rollenpatronen meer voorkomen bij artsen of dit een meer algemene trend is in de maatschappij, is niet duidelijk.

Het beroep van huisarts heeft duidelijk een invloed (gehad) op het leven van sommige partners. Eén op vier partners heeft bepaalde carrièrekansen moeten laten liggen omwille van het beroep van haar partner en één derde werkt deeltijds. We weten echter niet of deze cijfers vergelijkbaar zijn in de algemene populatie. Bovendien vroegen we ook niet na wat de reden was voor het deeltijds werken van de partners. Slechts 2 partners gaven aan dat het beroep van hun partner hiervoor de reden is. Het is echter mogelijk dat deze keuze bij de anderen los daarvan staat. Het is ook mogelijk dat partners van huisartsen over het algemeen personen zijn die minder een carrière nastreven.

Nochtans lijken de meeste partners van deze huisartsen vrij tevreden te zijn met het werk-privé evenwicht van hun partner. Volgens de meesten is er genoeg tijd voor hun relatie en voor huishoudelijke taken. Slechts één op vier vindt dat hij te veel tijd steekt in zijn carrière.
De meeste huisartsen daarentegen vinden wel dat ze te weinig tijd hebben voor huishoudelijke taken en hun partnerrelatie.
De helft van de partners vindt wel dat haar partner opgeslorpt wordt door zijn werk, maar slechts een enkeling zou meer tevreden zijn als haar partner een ander beroep koos.

Meer dan de helft van deze jonge, mannelijke huisartsen vindt dat ze te weinig tijd hebben voor hun gezin, zichzelf en sociale contacten. Nochtans geeft een meerderheid aan dat ze tevreden zijn over hun gezinsleven en sociale contacten. Mogelijk betekent dit dat ze tevreden zijn over de kwaliteit van hun relatie en gezinsleven, maar niet over de hoeveelheid tijd die ze hiervoor overhouden. Anderzijds is het ook mogelijk dat het verschil tussen de vraag naar het belang van aspecten en de vraag naar tevredenheid hierover niet helemaal duidelijk was.

Enkele artsen geven aan ooit al verminderd of gestopt te zijn met werken om meer tijd vrij te maken voor zichzelf en hun gezin. Ook uit de literatuur blijkt dat de werktevredenheid van huisartsen negatief beïnvloed wordt door het gebrek aan tijd voor hobby's, familie en vrienden [22 ; 18; 3].

De zaken die deze jonge mannelijke artsen het minst aantrekkelijk vinden aan hun beroep, zijn werkdruk, avond- en weekendwerk, administratie en wachtdiensten. Deze aspecten worden door enkelen zelfs aangegeven als een mogelijke reden om te stoppen met huisartsgeneeskunde. In de literatuur vinden we ook werkdruk, stress en administratie als belangrijkste factoren die de werktevredenheid van huisartsen negatief beïnvloeden en zelfs een reden kunnen zijn om te stoppen met huisartsgeneeskunde [22 ; 18; 3; 11].

Acties vanuit de overheid om de hoeveelheid administratie te verminderen, kunnen huisartsen motiveren om hun beroep te blijven uitoefenen. De daaruit volgende toename van het aantal huisartsen, kan alleen maar de werkdruk verminderen. Wachtdiensten en avond- en weekendwerk zullen waarschijnlijk altijd eigen zijn aan huisartsgeneeskunde. De evolutie naar wachtposten waarbij de huisarts maximaal ondersteund wordt tijdens zijn wacht, kan hiervoor soelaas bieden. Door het werken in groep, kunnen huisartsen het aantal avonden dat ze moeten werken minimaliseren en toch de continuïteit (ook 's avonds of in het weekend) verzorgen. Uit dit onderzoek blijkt dat ook de mannelijke huisartsen meestal in groep werken of dit in de toekomst wensen te gaan doen. Ze wensen zelf ook meer hulp in de praktijk (administratief, paramedisch of extra collega) en in het huishouden (poetshulp, wassen en strijken). Of de partners meer hulp wensen, of de nood hebben om minder te gaan werken, werd in dit onderzoek niet nagegaan. Verder onderzoek moet uitwijzen of ondersteuning van de partner de werk-privébalans van huisartsen kan verbeteren.

2. STERKTES EN ZWAKTES VAN DIT ONDERZOEK

De steekproef van 50 mannelijke huisartsen werd volledig at random genomen. Alle huisartsen werden telefonisch gecontacteerd met de vraag of ze wilden meewerken aan het onderzoek en de mail werd enkel verstuurd aan degenen die hun akkoord gaven. Hierdoor zou men een hogere response rate verwachten. Niettegenstaande is een response rate van 46,8% goed en vergelijkbaar met andere studies. In de literatuur vind men een gemiddelde response rate van artsen op enquêtes via mail van 54% [2].

Enkele artsen meldden ons dat de website waarop ze de enquête konden invullen, een tijdje inactief is geweest. We konden niet achterhalen hoe lang dit het geval is geweest. Het is mogelijk dat hierdoor een aantal huisartsen en/of partners afgehaakt zijn.
Daarnaast gingen de gegevens van 1 arts verloren door een fout op de website bij het overbrengen van de antwoorden naar een Excel-document.

De gegevens waarover we beschikken zijn afkomstig van slechts 21 huisartsen en 16 partners. Deze aantallen zijn te klein om conclusies te trekken voor de hele groep mannelijke huisartsen en hun partners. Bovendien is het mogelijk dat de huisartsen die de tijd genomen hebben de enquête in te vullen, net degenen zijn die een goede balans hebben tussen werk en privé. Ook bij de partners is het mogelijk dat net zij die tevreden zijn de enquête ingevuld hebben. Er kan ook niet worden uitgesloten dat de artsen en hun partners op sommige vragen sociaal wenselijke antwoorden gegeven hebben.

We zagen een gelijkaardige verdeling van huishoudelijke taken en zorg voor de kinderen bij de enquêtes ingevuld door de huisartsen als bij deze ingevuld door de partners. Dit kan erop wijzen dat de gegevens betrouwbaar zijn. We kunnen echter niet uitsluiten dat huisartsen en hun partner overlegd hebben bij het invullen van de enquête, hoewel we hen nadrukkelijk gevraagd hebben dit niet te doen. Bovendien merkten we op dat 3 van de 16 partners mannelijk waren. Hoewel dit mogelijk is, sluiten we niet uit dat enkele artsen de enquête voor hun partner ingevuld hebben.

Door de enquête voor de partner mee te sturen naar de arts, hebben we gerekend op de goodwill van deze huisartsen om de mail door te sturen naar hun partner. Mogelijk hebben sommige artsen de mail niet doorgestuurd, waardoor de respons van de partners iets minder was dan deze van de artsen.

3. CONCLUSIE

Hoewel ze evenveel belang hechten aan hun relatie, het gezinsleven, sociale contacten en hobby's, verschilt de appreciatie van de tijd die beschikbaar is voor deze zaken bij deze huisartsen en hun partners.

De huisartsen zijn over het algemeen tevreden over hun leven, maar vinden wel dat ze te weinig tijd hebben voor hun gezin en huishoudelijke taken, zichzelf en sociale contacten. De partners van deze huisartsen schatten de tevredenheid van hun partner goed in. Ze vinden echter voornamelijk dat de huisartsen te weinig tijd hebben voor zichzelf en sociale contacten en in mindere mate voor hun gezin en huishoudelijke taken.

Meer grootschalig onderzoek moet uitwijzen of deze resultaten kunnen veralgemeend worden voor de volledige mannelijke artsenpopulatie. Verder moet ook onderzocht worden of bepaalde persoonlijkheidseigenschappen eigen zijn aan partners van huisartsen en of ze nood hebben aan ondersteuning, zowel in hun werk als in het huishouden.

REFERENTIES

[1] Kevin Appleton, Allan House, Anthony Dowell (1998). A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among general practitioners in Leeds. *British Journal of General Practice, March*

[2] Asch DA, Jedrziewski MK, Christakis NA (1997). Response rate to mail surveys published in medical journals. *Journal of Clinical Epidemiology 50*; pp. 1129-1136

[3] Patrick A. Bovier, Thomas V. Perneger (2003). Predictors of work satisfaction among physicians. *European Journal of Public Health 13*; pp. 299–305

[4] Barbara Buddeberg-Fischer, Martina Stamm, Claus Buddeberg, Richard Klaghofer (2008). The new generation of family physicians – career motivation, life goals and work-life balance. *Swiss Medical Weekly 138* (21-22); pp. 305-312

[5] Barbara Buddeberg-Fischer, Martina Stamm, Claus Buddeberg, Georg Bauer, Oliver Hämmig, Michaela Knecht, Richard Klaghofer (2010). The impact of gender and parenthood on physicians' careers – professional and personal situation seven years after graduation. *BMC Health Services Research 10;* 40. Geraadpleegd op www.biomedcentral.com/1472-6963/10/40

[6] Chiang-Hua Chang, PhD; Therese A. Stukel, PhD; Ann Barry Flood, PhD; David C. Goodman, MD, MS (2011). Primary Care Physician Workforce and Medicare Beneficiaries' Health Outcomes. *Journal of the American Medical Association Vol. 305* (May 25); No. 20

[7] Katja Götz, Björn Broge, Sara Willms, Stefanie Joos, Joachim Szecsenyi (2010). Die Arbeitszufriedenheit von Allgemeinmedizinern. *Medizinische Klinik 105*; pp. 767–71 (Nr. 11)

[8] *Jaarverslag 2010 Master Huisartsgeneeskunde*, ICHO vzw. Geraadpleegd op www.icho.be

[9] *Witboek Huisartsgeneeskunde*, ICHO vzw. Geraadpleegd op www.icho.be

[10] *Het aanbod van artsen in België. Huidige toestand en toekomstige uitdagingen*. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg rapport 72A, 2008. Geraadpleegd op https://kce.fgov.be

[11] *Huisartsgeneeskunde: aantrekkingskracht en beroepstrouw bevorderen*. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg rapport 90A, 2008. Geraadpleegd op https://kce.fgov.be

[12] Rein Lepnurm, DrPH, Roy Dobson, PhD, Allen Backman, PhD, David Keegan, MD (2007). Factors associated with career satisfaction among general practitioners in Canada. *Canadian Journal of Rural Medicine 12* (4).

[13] Lodewijk J. Schmit Jongbloed, Jan C.C. Borleffs, Mirjam T. van Lohuizen en Janke Cohen-Schotanus (2010). Arbeidssatisfactie van artsen gedurende hun loopbaan. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 154*; A1691

[14] Sofía López-Roig, , María Ángeles Pastor and Char Rodríguez (2010). The reputation and professional identity of family medicine practice according to medical students: A Spanish case study. *Aten Primaria*. doi:10.1016/j.aprim.2010.05.005

[15] Giampiero Mazzaglia MD, MSc, PhD; Francesco Lapi, PharmD, PhD; Caterina Silvestri, PsyD; Lorenzo Roti, MD; Saffi Ettore Giustini, MD; Eva Buiatti, MD (2009). Association between satisfaction and stress with aspects of job and practice management among primary care physicians. *Quality in Primary Care 17*;215–23

[16] L. Hingstman, R.J. Kenens. *Cijfers uit de registratie van huisartsen: Peiling 2009*. Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), december 2009. Geraadpleegd op www.nivel.nl

[17] Lynn Ryssaert, Guy Gielis, Prof. dr. Jan De Maeseneer. *Het leven en werk van jonge huisartsen. Beschrijving van praktijksituatie, beroepsactiviteiten, levenskwaliteit, carrièreperspectief en motivatie van huisartsen in Nederlandstalig België*. I.S.H.O Rapport, november 2009

[18] Bonnie Sibbald, Ian Enzer, Cary Cooper, Usha Rout and Valerie Sutherland (2000). GP job satisfaction in 1987, 1990 and 1998: lessons for the future? *Family Practice Vol. 17*; No. 5

[19] Jean Karl Soler, Hakan Yaman, Magdalena Esteva, Frank Dobbs, Radost Spiridonova Asenova, Milica Katic, Zlata Ozvacic, Jean Pierre Desgranges, Alain Moreau, Christos Lionis, Pe ter Kotanyi, Francesco Carelli, Pawel R.Nowak, Zaida de Aguiar Sá Azeredo, Eva Marklund, Dick Churchillo and Mehmet Ungan (European General Practice Research Network Burnout Study Group). Burnout in European Family Doctors: The EGPRN study. *Family Practice*; 11 july 2008

[20] Martina Stamm, Barbara Buddeberg-Fischer (2011). How do physicians and their partners coordinate their careers and private lives? *Swiss Medical Weekly 141*; w13179

[21] S. Van Baelen, J. Goedhuys, J.Heyrman (1998). Beroepskeuze van huisartsen vijf jaar na afstuderen. *Tijdschrift voor Geneeskunde, 54*, nr. 12

[22] Irene Van Ham, Anita A.H. Verhoeven, Klaas H; Groenier, Johan W. Groothoff & Jan De Haan (2006). Job satisfaction among general practitioners: A systematic literature review. *European Journal of General Practice 12*; 174-180

[23] Wienke G.W. Boerma, Msc & Atie Van Den Brink-Muinen, PhD (2000). Gender-Related Differences in the Organization and Provision of Services Among General Practitioners in Europe. A Signal to Health Care Planners. *Medical Care Volume 38*; Nr 10, pp 993-1002

[24] *Huisartsgeneeskunde: de Europese definitie*. Consensusverklaring WONCA 2002. Geraadpleegd op www.woncaeurope.org

BIJLAGE 1: PILOOTSTUDIE

Om een zo groot mogelijke respons te verkrijgen op onze enquête, voerden we een pilootstudie uit met een eerste versie van onze vragenlijst. We wilden te weten komen of er onduidelijkheden of problemen waren in de vragen en of het aantal vragen niet te groot was.

Uit de databank van Vlaamse huisartsen die in de periode 2005-2009 aan het ICHO zijn afgestudeerd, werden 4 mannelijke huisartsen geselecteerd met een praktijk in de buurt van Temse. Er werd een e-mail verzonden naar deze 4 artsen met een korte voorstelling van de bedoeling van de masterproef en de vraag of zij en hun partner bereid waren een vragenlijst in te vullen en aansluitend problemen of onduidelijkheden te bespreken.
Hierbij werd aangegeven dat zij opnieuw telefonisch gecontacteerd zouden worden als ze bereid waren mee te werken. Er werd hen gevraagd het via e-mail te laten weten indien ze niet geïnteresseerd waren en dan zou er verder geen contact meer worden opgenomen.
Eén e-mailadres bleek verouderd en de e-mail kon aan deze arts niet bezorgd worden
Eén arts liet via e-mail weten dat hij graag wou meewerken.Verdere afspraken werden gemaakt via e-mail. De vragenlijsten werden door hem en zijn partner ingevuld in aanwezigheid van de onderzoeker. Er werden enkele onduidelijkheden in de vragen geïdentificeerd. Daarnaast waren er ook nog een aantal kleine opmerkingen met betrekking tot de layout.

De vragenlijst werd aangepast en daarna werd een tweede arts telefonisch gecontacteerd.
Deze was eveneens bereid de vragenlijst in te vullen. Zijn partner kon niet deelnemen aan het onderzoek omdat ze in het buitenland verbleef.
De vragenlijst werd ingevuld in aanwezigheid van de onderzoeker. Er werden geen bijkomende onduidelijkheden of problemen gesignaleerd. Om deze reden werd het pilootproject hier stopgezet.

BIJLAGE 2a: INFORMED CONSENT ARTS

TEKST E-MAIL

Geachte dokter,
Beste collega,

Graag contacteer ik u in het kader van mijn thesis voor de opleiding Master in de Huisartsgeneeskunde.

Motivatie van recent afgestudeerde huisartsen om al dan niet in het beroep te stappen.

De laatste jaren is reeds veel onderzoek gebeurd naar de verminderde aantrekkingskracht van het huisartsberoep. Steeds minder studenten kiezen ervoor om huisarts te worden en oudere huisartsen haken vaak af door een burn-out.

Met dit onderzoek wil ik mij richten tot de recent afgestudeerde mannelijke huisarts en zijn partner. Het doel is inzicht te krijgen in de motivatie van deze startende huisartsen en in hun organisatie van het evenwicht tussen werk- en privé-leven. Bovendien had ik ook graag het huisartsenberoep bekeken vanuit het perspectief van de partner van de arts.

In de toekomst kan deze informatie leiden tot een betere ondersteuning van de huisarts en het behoud van een gemotiveerde groep huisartsen binnen de Belgische huisartsgeneeskunde.

Hiervoor vraag ik het akkoord van u en uw partner tot het invullen van een vragenlijst. Gelieve uw partner hiervan te verwittigen en de voor hem/haar bestemde mail door te sturen.

De enquête gebeurt in absolute anonimiteit. Bij de eerste vraag van de enquête zal men u uw persoonlijke code vragen. Deze dient om uw gegevens aan die van uw partner te kunnen linken en staat hieronder vermeld.

Het invullen van de vragenlijst neemt ongeveer 20 minuten in beslag.

Via onderstaande link krijgt u toegang tot de vragenlijst. Aangezien de vragenlijst niet toegankelijk is voor iedereen, dient u een wachtwoord in te geven:

http://www.enquetemaken.be/toonenquete.php?id=86555
Wachtwoord: **A2**
Persoonlijke code (in te vullen bij de eerste vraag): **persoonlijke code**

Alvast bedankt voor uw medewerking.

Met vriendelijke groeten,

Lieselot Smet
0484/48.87.86
Lieselot.Smet@Ugent.be

INLEIDENDE TEKST ENQUÊTE

Geachte dokter, beste collega,

Alvast bedankt voor uw medewerking aan deze masterproef.

Zoals beschreven in de e-mail die u van onze tussenpersoon ontving, zijn we op zoek naar de organisatie en invloed van werk versus privéleven bij recent afgestudeerde mannelijke huisartsen.

Het is van essentieel belang voor het onderzoek dat u **niet met uw partner overlegt** bij het invullen van de vragenlijst.

Opnieuw herinneren we u eraan dat de enquête gebeurt in **absolute anonimiteit**. De onderzoeker zal enkel de resultaten van u en uw partner aan elkaar kunnen linken maar niet weten van wie deze afkomstig zijn. Ook u en uw partner kunnen elkaars resultaten niet inkijken.

Door op de eerste vraag uw **persoonlijke code** in te geven, verklaart u dat u bovenstaande informatie en het informed consent in de e-mail heeft gelezen en begrepen. Tevens bevestigt u dat u de mogelijkheid heeft gekregen bijkomende vragen te stellen aan de onderzoeker en dat u ermee akkoord gaat dat deze gegevens confidentieel worden verwerkt en gebruikt worden voor wetenschappelijke doeleinden.
U neemt vrijwillig deel aan dit onderzoek en weet dat u zich op elk moment kan terugtrekken zonder nadelig gevolg.

Tijdens het invullen van de vragenlijst zullen er bepaalde vragen wegvallen (afhankelijk van uw vorige antwoorden). Indien dit niet gebeurt, dient u de vragenlijst op een andere computer in te vullen. Onze excuses hiervoor.

Met vriendelijke groeten,

Lieselot Smet
0484/48.87.86
Lieselot.Smet@Ugent.be

BIJLAGE 2b: VRAGENLIJST ARTS

1. De vragenlijst betreft zes topics, namelijk - Persoonlijkheid - Organisatie huishouden - Praktijkgegevens - Jobtevredenheid - Toekomstperspectieven - Persoonlijke gegevens

Gelieve in het onderstaande vakje uw code in te geven zodat de onderzoekers uw gegevens kunnen linken aan deze van uw partner. We willen er nogmaals op wijzen dat de code u meegedeeld werd door een onpartijdig persoon en de onderzoekers uw identiteit dus niet kunnen achterhalen.

<u>Deel 1: Persoonlijkheid:</u>

2. Geef aan hoe belangrijk volgende elementen voor u zijn om een gelukkig leven te leiden.

	1) Helemaal niet belangrijk	2) Niet belangrijk	3) Neutraal	4) Belangrijk	5) Heel belangrijk
2.1 Partnerrelatie					
2.2 Gezinsleven/kinderen					
2.3 Sociale contacten (vriendenkring)					
2.4 Tijd voor jezelf/hobby/geloof					
2.5 Carrière					
2.6 Inkomen					

3. Hoe tevreden bent u momenteel met uw… ? Indien bepaalde aspecten niet meteen op u van toepassing zijn -bv omdat u nog geen kinderen heeft - vult u in hoe tevreden u bent met de huidige (kinderloze) situatie.

	1) Heel ontevreden	2) Ontevreden	3) Neutraal	4) Tevreden	5) Heel tevreden
3.1 Leven in het algemeen					

3.2 Partnerrelatie					
3.3 Gezinsleven/kinderen					
3.4 Sociale contacten (vriendenkring)					
3.5 Tijd voor jezelf/hobby/geloof					
3.6 Carrière					
3.7 Inkomen					

4. Vindt u dat u voldoende tijd heeft voor uw…? Met "tijd" wordt bedoeld het subjectieve gevoel van tijd, dus zowel de hoeveelheid als de kwaliteit van de gespendeerde tijd.

	1) Veel te weinig tijd	2) Te weinig tijd	3) Genoeg tijd	4) Te veel tijd	5) Veel te veel tijd	6) NVT
4.1 Partnerrelatie						
4.2 Gezinsleven/kinderen						
4.3 Sociale contacten (vriendenkring)						
4.4 Jezelf/hobby/geloof						
4.5 Carrière						
4.6 Huishoudelijke taken						
4.7 Zelfstudie/bijscholing						

5. Bent u ooit al gestopt of verminderd met werken?

Ja
Neen

6. Waarom bent u ooit al gestopt of verminderd met werken

<u>Deel 2: Organisatie huishouden:</u>

Vul in onderstaande tabellen wie meestal volgende activiteiten uitoefent. Het gaat hierbij om een doorsnee werkweek (dus geen weekend of vakantie). Indien meerdere personen in gelijke mate voor een bepaalde taak zorgen, kan u meerdere personen aanduiden voor dezelfde taak. Met "uitbesteed" bedoelen we dat anderen deze activiteit tegen betaling voor u doen.

7. Wie bereidt meestal het eten?

Uzelf
Uw partner
Familie
Uitbesteed
Andere: …
NVT

8. Wie doet meestal de afwas of vult en leegt de afwasmachine?

Uzelf
Uw partner
Familie
Uitbesteed
Andere: …
NVT

9. Wie zorgt meestal voor het wassen en drogen van de kledij?

Uzelf
Uw partner
Familie
Uitbesteed
Andere: …
NVT

10. Wie strijkt er meestal?

Uzelf
Uw partner
Familie
Uitbesteed
Andere: …
NVT

11. Wie kuist er meestal?

Uzelf
Uw partner
Familie
Uitbesteed
Andere: …

NVT

12. Wie doet er meestal de boodschappen?

Uzelf
Uw partner
Familie
Uitbesteed
Andere: …
NVT

13. Hoeveel uren per week wordt het huishouden uitbesteed (bv strijkhulp, poetshulp)?

14. Heeft u uw kinderwens uitgesteld/ stelt u uw kinderwens uit?

Ja
Neen

15. Waarom heeft u uw kinderwens uitgesteld/ stelt u uw kinderwens uit?

16. Heeft U reeds kinderen?

Ja
Neen

17. Heeft u NIET-SCHOOLGAANDE, jonge kinderen?

Ja
Neen

18. Hoeveel niet-schoolgaande, jonge kinderen heeft u?

Vul in onderstaande vragen in wie meestal de NIET-SCHOOLGAANDE kinderen opvangt tijdens de verschillende dagdelen. Het gaat hierbij om een doorsnee werkweek (dus geen weekend of vakantie). De vragen zijn opgesplitst per dagdeel en u kan steeds meerdere personen aankruisen. Bv. Indien uw kind 's ochtends en in de namiddag door de oma opgevangen wordt, duidt u in de vraag bij "voormiddag" en "namiddag" het vakje "(schoon)ouders" aan. Indien uw kind om 18u door uw partner wordt afgehaald en jullie er 's avonds samen voor zorgen, duidt u bij "'s avonds" "uzelf" en "uw partner" aan.

19. Wie vangt de NIET-SCHOOLGAANDE kind(eren) meestal op in de VOORMIDDAG?

Uzelf
Uw partner
Kinderdagverblijf/onthaalouder
(Schoon)ouders

Andere familieleden
Vrienden/kennissen
Aupair/babysit
Andere: …

20. Wie vangt de NIET-SCOOLGAANDE kind(eren) meestal op in de NAMIDDAG?

Uzelf
Uw partner
Kinderdagverblijf/onthaalouder
(Schoon)ouders
Andere familieleden
Vrienden/kennissen
Aupair/babysit
Andere: …

21. Wie vangt de NIET-SCHOOLGAANDE kind(eren) meestal 's AVONDS op?

Uzelf
Uw partner
Kinderdagverblijf/onthaalouder
(Schoon)ouders
Andere familieleden
Vrienden/kennissen
Aupair/babysit
Andere: …

22. Heeft u SCHOOLGAANDE kinderen?

Ja
Neen

23. Hoeveel schoolgaande kinderen -die niet op internaat zitten- heeft u?

Vul in onderstaande vragen in wie meestal de SCHOOLGAANDE kinderen opvangt tijdens de verschillende dagdelen. Het gaat hierbij om een doorsnee werkweek (dus geen weekend of vakantie). De vragen zijn opgesplitst per dagdeel en u kan steeds meerdere personen aankruisen. Bv. Indien uw kind na schooltijd met een vriendje mee naar huis gaat, waar uw partner hem/haar komt ophalen, duidt u in de vraag bij "na schooltijd" "vrienden/kennissen" en "uw partner" aan.

24. Wie vangt de SCHOOLGAANDE kind(eren) meestal op VÓÓR SCHOOLTIJD?

Uzelf
Uw partner
Geen opvang nodig, kind kan zichzelf opvangen
Opvang op school/kinderopvang
(Schoon)ouders
Andere familieleden

Vrienden/kennissen
Aupair/babysit
Andere: …

25. Wie vangt de SCHOOLGAANDE kind(eren) meestal op TIJDENS DE MIDDAGPAUZE?

Uzelf
Uw partner
Geen opvang nodig, kind kan zichzelf opvangen
Opvang op school/kinderopvang
(Schoon)ouders
Andere familieleden
Vrienden/kennissen
Aupair/babysit
Andere: …

26. Wie vangt de SCHOOLGAANDE kind(eren) meestal op NA SCHOOLTIJD?

Uzelf
Uw partner
Geen opvang nodig, kind kan zichzelf opvangen
Opvang op school/kinderopvang
(Schoon)ouders
Andere familieleden
Vrienden/kennissen
Aupair/babysit
Andere: …

Vul in onderstaande tabel in wie meestal volgende taken uitoefent. Het gaat hierbij om een doorsnee werkweek (dus geen weekend of vakantie). Indien meerdere personen in gelijke mate voor een bepaalde taak zorgen, kan u meerdere personen aanduiden voor dezelfde taak. Deze vragen gaan zowel over de schoolgaande als niet-schoolgaande kinderen.

27. Wie maakt de kind(eren) meestal klaar voor de dag (ontbijt – aankleden)?

Kind zelf
Uzelf
Uw partner
Familie
Uitbesteed
Andere: …

28. Wie brengt de kind(eren) meestal naar school/kinderdagverblijf/familie?

Kind zelf
Uzelf
Uw partner
Familie

Uitbesteed
Andere: …

29. Wie haalt de kind(eren) meestal van school/dagverblijf/familie?

Kind zelf
Uzelf
Uw partner
Familie
Uitbesteed

30. Wie bereidt en geeft meestal de avondmaaltijd aan de kind(eren)?

Kind zelf
Uzelf
Uw partner
Familie
Uitbesteed
Andere: …

31. Wie speelt er meestal 's avonds met de kind(eren) en/of helpt met het huiswerk?

Kind zelf
Uzelf
Uw partner
Familie
Uitbesteed

32. Wie zorgt meestal voor het avondritueel en het in bed stoppen van de kind(eren)?

Kind zelf
Uzelf
Uw partner
Familie
Uitbesteed
Andere: …

33. Wie staat er meestal 's nachts op bij problemen met de kind(eren)?

Kind zelf
Uzelf
Uw partner
Familie
Uitbesteed
Andere: …

<u>Deel 3: Praktijkgegevens:</u>

34. Hoe lang werkt u al in uw huidige praktijk? …jaar en …maanden

35. Hoe ver woont u van uw huisartsenpraktijk? … km

36. Heeft u een eigen praktijk opgestart?

Ja
Neen

37. In welke praktijkvorm werkt u?

Solopraktijk
Duopraktijk
Groepspraktijk
Wijkgezondheidscentrum

38. U bent werkzaam als?

Zelfstandige
Bediende

39. Hoeveel uren per week bent u gemiddeld bezig met uw huisartsenfunctie (consultaties, huisbezoeken, administratie en bijscholing) – dus exclusief nevenfuncties? Neem een gemiddelde tussen zomer en winter.

<20 uren
20-40 uren
40-60 uren
60-80 uren
> 80 uren

40. Hoeveel dagen per week bent u gemiddeld werkzaam als huisarts: …dagen en….halve dagen

41. Hoeveel patiënten ziet u gemiddeld per volledige werkdag (consultaties + huisbezoeken)? Neem een gemiddelde tussen zomer en winter.

< 10 patiënten
10-20 patiënten
20-30 patiënten
30-40 patiënten
> 40 patiënten

42. Hoeveel huisbezoeken verricht u gemiddeld per werkdag? Neem een gemiddelde tussen de zomer- en winterperiode.

< 5 huisbezoeken
5-10 huisbezoeken
10-15 huisbezoeken

15-20 huisbezoeken
> 20 huisbezoeken

43. U werkt…

Altijd met vrije consultaties
Meestal met vrije consultaties
Ongeveer evenveel op afspraak als met vrije consultaties
Meestal op afspraak
Altijd op afspraak

44. Hoeveel weekenddagen (van 24 u) bent u per jaar gemiddeld van wacht? Bv. U bent jaarlijks gedurende 5 weekenden van wacht voor 48u -> geeft 10 weekenddagen van 24u

45. Hoeveel weekwachten (incl. praktijkwachten) bent u per jaar gemiddeld van wacht? Bv. U bent elke dinsdagnacht van wacht -> geeft ongeveer 52 weekwachten per jaar.

46. Hoeveel dagen verlof heeft/neemt u gemiddeld per jaar?

47. Welke nevenfuncties oefent u uit? (Meerdere antwoorden mogelijk)

Geen
Kind en Gezin
Spoed
CLB
Arbeidsgeneeskunde
Onderwijsfunctie (bv. opleiden van studenten geneeskunde of HAIO's)
Kringactiviteiten e.a. medische verenigingen
Andere: ….

48. Welke vormen van hulp heeft u in uw praktijk? (Meerdere antwoorden mogelijk)

Geen
Telefonist(e)/telefooncentrale
Administratieve hulp
Online afspraken
Verpleegkundige om bepaalde taken over te nemen
Andere paramedici om bepaalde taken over te nemen
Poetshulp
Andere:…

<u>Deel 4: Jobtevredenheid:</u>

49. Komt je huidige job als huisarts overeen met wat je je er van voorstelde toen je nog student was (vóór je je HAIO-opleiding begon)?

Helemaal niet
Eerder niet
Matig
Grotendeels
Volledig

50. In welke mate vindt u volgende elementen in het huisartsenberoep aantrekkelijk- ongeacht of dit in grote of kleine mate aan bod komt in de praktijk?

	1) Een reden om te stoppen	2) Helemaal niet aantrekkelijk	3) Niet aantrekkelijk	4) Neutraal	5) Aantrekkelijk	6) Erg aantrekkelijk
50.1 Omgaan met onzekerheden						
50.2 Complexe problematiek, aanzienlijke mentale inspanningen						
50.3 Technische handelingen						
50.4 Sociale contact met de patiënten						
50.5 Contact met collega's huisartsen en specialisten						
50.6 'Eenzaamheid' van het beroep (zeker als solo-arts)						

51.

	1) Een reden om te stoppen	2) Helemaal niet aantrekkelijk	3) Niet aantrekkelijk	4) Neutraal	5) Aantrekkelijk	6) Erg aantrekkelijk
51.1 Mogelijkheid om zelf je werk te regelen						
51.2 Huisbezoeken						
51.3 Urgenties						
51.4 Wachtdienst						
51.5 Stress door het werk in het algemeen						
51.6 Werkdruk, veel patiënten zien op korte tijd						
51.7 Aantal werkuren						
51.8 Werkuren ’s avonds en/of op zaterdagochtend						
51.9 Werkzekerheid						
51.10 Inkomen						
51.11 Patiëntgebonden administratie						
51.12 Administratie verbonden aan het zelfstandig zijn bv verzekeringen						

52.

	1) Een reden om te stoppen	2) Helemaal niet aantrekkelijk	3) Niet aantrekkelijk	4) Neutraal	5) Aantrekkelijk	6) Erg aantrekkelijk
52.1 Grote verantwoordelijkheid t.o.v. patiënten						
52.2 Sociale dimensie van het beroep						
52.3 Aanbod van niet-medische problemen						
52.4 Inmenging van andere instanties bv RIZIV						
52.5 Het brede karakter van de huisartsgeneeskunde						
52.6 Afwisseling van soorten problematiek						
52.7 Continu bijscholen						
52.8 Opleiden van jongeren (stagiair, HAIO)						
52.9 Aanzien als arts in de maatschappij						
52.10 Omgaan met emotioneel zware problematiek bv. palliatief						
52.11 Hulpvragen buiten de "werkuren": medische vragen van familie en vrienden, urgenties op straat, …						

53. Mocht u uw studies opnieuw beginnen, zou u dezelfde studiekeuze maken en voor huisartsgeneeskunde kiezen?

Ja

Neen
Ik weet het niet

54.Waarom zou u niet meer voor huisartsgeneeskunde kiezen?

55. Wat zou er moeten veranderen om u toch weer voor de huisartsgeneeskunde te laten kiezen?

56. Welke is volgens u de belangrijkste reden dat velen uit het huisartsenberoep stappen?

57 : Zijn er voordelen als man versus als vrouw verbonden aan het beroep van huisarts?

Ja
Neen

58. Welke voordelen heeft een man t.o.v. een vrouw binnen het beroep van huisarts?

<u>Deel 5: Toekomstperspectieven:</u>

59. Wenst u in de toekomst minder, meer of evenveel tijd te besteden aan volgende activiteiten?

	1) Minder tijd	2) Evenveel tijd	3) Meer tijd	4) NVT
59.1 Patiëntgebonden activiteiten (consultaties, huisbezoeken)				
59.2 Bijscholing				
59.3 Wachten				
59.4 Onderzoek				
59.5 Opleiding geven				
59.6 Kringactiviteiten				
59.7 Praktijkgebonden projecten bv griepvaccinatie-oproep				

60. Bent u van plan een eigen (nieuwe) praktijk te starten?

Ik ben reeds een eigen/nieuwe praktijk gestart
Ja, binnen de 10 jaar
Ja, maar pas over 10 jaar
Neen

61. Zou u willen overstappen naar een andere praktijkvorm?

Ja
Neen

62. Naar welke andere praktijkvorm zou u willen overstappen?

63. Zou u meer hulp willen aannemen in de huisartsenpraktijk?

Ja
Neen

64. Onder welke vorm zou u meer hulp willen aannemen in de huisartsenpraktijk? (Meerdere antwoorden mogelijk)

Extra collega huisarts of HAIO
Telefonist(e)/telefooncentrale
Administratieve hulp
Online afspraken
Verpleegkundige om bepaalde taken over te nemen
Andere paramedici om bepaalde taken over te nemen
Poetshulp
Andere: …

65. Zou u meer hulp willen inschakelen in het huishouden?

Ja
Neen

66. Onder welke vorm zou u meer hulp willen inschakelen in het huishouden?

67. Denkt u er wel eens aan om van loopbaan te veranderen?

Ja
Neen

68. Waarom wenst u van loopbaan te veranderen?

69. Welke job zou u dan interesseren?

70. Heeft u al concrete stappen ondernomen om van loopbaan te veranderen (bv navraag gedaan, sollicitaties,…)?

Ja
Neen

71. De kans dat ik binnen de 5 jaar niet meer werkzaam ben als huisarts is…

Onbestaande
Klein
Mogelijk
Waarschijnlijk
Zeker

Deel 6: Persoonlijke gegevens:

72. In welk jaar bent u geboren?

73. U bent een … ?

Man
Vrouw

74. Heeft u een partner?

Ja
Neen

75. Woont u samen met uw partner?

Ja
Neen

76. Zijn er artsen in uw nabije familie? (Meerdere antwoorden mogelijk)

Geen
Moeder
Vader
Grootouder(s)
Broer(s)/zus(sen)
Oom(s)/tante(s)

77. Had u zich kandidaat gesteld voor specialisatie(s)?

Ja
Neen

78. Was u voor deze specialisatie(s) aanvaard?

Ja
Nee

BIJLAGE 3a: INFORMED CONSENT PARTNER

TEKST E-MAIL

Geachte dokter, Beste collega,

Gelieve deze mail door te sturen naar uw partner.

Geachte Mevrouw, geachte Heer,

Graag contacteer ik u in het kader van mijn thesis voor de opleiding Master in de Huisartsgeneeskunde.

Motivatie van recent afgestudeerde huisartsen om al dan niet in het beroep te stappen.

De laatste jaren is reeds veel onderzoek gebeurd naar de verminderde aantrekkingskracht van het huisartsberoep. Steeds minder studenten kiezen ervoor om huisarts te worden en oudere huisartsen haken vaak af door een burn-out.

Met dit onderzoek wil ik mij richten tot de recent afgestudeerde mannelijke huisarts en zijn partner. Het doel is inzicht te krijgen in de motivatie van deze startende huisartsen en in hun organisatie van het evenwicht tussen werk- en privé-leven. Bovendien had ik ook graag het huisartsenberoep bekeken vanuit het **perspectief van de partner van de arts**.

In de toekomst kan deze informatie leiden tot een betere ondersteuning van de huisarts en het behoud van een gemotiveerde groep huisartsen binnen de Belgische huisartsgeneeskunde.

Hiervoor vraag ik het akkoord van u en uw partner tot het invullen van een vragenlijst.

De enquête gebeurt in absolute anonimiteit. Bij de eerste vraag van de enquête zal men u uw persoonlijke code vragen. Deze dient om uw gegevens aan die van uw partner te kunnen linken en staat hieronder vermeld.

Het invullen van de vragenlijst neemt ongeveer 15 minuten in beslag.

Via onderstaande link krijgt u toegang tot de vragenlijst. Aangezien de vragenlijst niet toegankelijk is voor iedereen, dient u een wachtwoord in te geven:

http://www.enquetemaken.be/toonenquete.php?id=86847
Wachtwoord: **P2**
Persoonlijke code (in te vullen bij de eerste vraag): **persoonlijke code**

Alvast bedankt voor uw medewerking.

Met vriendelijke groeten,

Lieselot Smet
0484/48.87.86
Lieselot.Smet@Ugent.be

INLEIDENDE TEKST ENQUÊTE

Geachte Mevrouw, geachte Heer,

Alvast bedankt voor uw medewerking aan deze masterproef.

Zoals beschreven in de e-mail die u van uw partner of onze tussenpersoon ontving, zijn we op zoek naar de organisatie en invloed van werk versus privéleven bij recent afgestudeerde mannelijke huisartsen. Hierbij willen we het perspectief van de partner ook bevragen.

Het is van essentieel belang voor het onderzoek dat u **niet met uw partner overlegt** bij het invullen van de vragenlijst.

Opnieuw herinneren we u eraan dat de enquête gebeurt in **absolute anonimiteit**. De onderzoeker zal enkel de resultaten van u en uw partner aan elkaar kunnen linken maar niet weten van wie deze afkomstig zijn. Ook u en uw partner kunnen elkaars resultaten niet inkijken.

Door op de eerste vraag uw **persoonlijke code** in te geven, verklaart u dat u bovenstaande informatie en het informed consent in de e-mail heeft gelezen en begrepen. Tevens bevestigt u dat u de mogelijkheid heeft gekregen bijkomende vragen te stellen aan de onderzoeker en dat u ermee akkoord gaat dat deze gegevens confidentieel worden verwerkt en gebruikt worden voor wetenschappelijke doeleinden.
U neemt vrijwillig deel aan dit onderzoek en weet dat u zich op elk moment kan terugtrekken zonder nadelig gevolg.

Tijdens het invullen van de vragenlijst zullen er bepaalde vragen wegvallen (afhankelijk van uw vorige antwoorden). Indien dit niet gebeurt, dient u de vragenlijst op een andere computer in te vullen. Onze excuses hiervoor.

Met vriendelijke groeten,

Lieselot Smet
0484/48.87.86
Lieselot.Smet@Ugent.be

BIJLAGE 3b: VRAGENLIJST PARTNER

De vragenlijst betreft vier topics, namelijk - Eigen ambities en persoonlijkheid partner - Organisatie huishouden - Huidige job - Persoonlijke gegevens

1. Gelieve in het onderstaande vakje uw code in te geven zodat de onderzoekers uw gegevens kunnen linken aan deze van uw partner. We willen er nogmaals op wijzen dat de code u meegedeeld werd door een onpartijdig persoon en de onderzoekers uw identiteit dus niet kunnen achterhalen.

Deel 1: Eigen ambities en persoonlijkheid partner:

2. Geef aan hoe belangrijk volgende elementen VOOR U zijn om een gelukkig leven te leiden.

	1) Helemaal niet belangrijk	2) Niet belangrijk	3) Neutraal	4) Belangrijk	5) Heel belangrijk
2.1 Partnerrelatie					
2.2 Gezinsleven/kinderen					
2.3 Sociale contacten (vriendenkring)					
2.4 Tijd voor jezelf/hobby/geloof					
2.5 Carrière					
2.6 Inkomen					

3. Hoe tevreden denkt u dat UW PARTNER momenteel is met zijn … ? Indien bepaalde aspecten niet meteen op uw partner van toepassing zijn -bv omdat jullie nog geen kinderen hebben - vult u in hoe tevreden uw partner is met de huidige (kinderloze) situatie volgens u.

	1) Heel ontevreden	2) Ontevreden	3) Neutraal	4) Tevreden	5) Heel tevreden
3.1 Leven in het algemeen					
3.2 Partnerrelatie					
3.3 Gezinsleven/kinderen					

3.4 Sociale contacten (vriendenkring)					
3.5 Tijd voor jezelf/hobby/geloof					
3.6 Carrière					
3.7 Inkomen					

4. Vindt u dat UW PARTNER voldoende tijd heeft voor zijn…? Met "tijd" wordt bedoeld het subjectieve gevoel van tijd, dus zowel de hoeveelheid als de kwaliteit van de gespendeerde tijd.

	1) Veel te weinig tijd	2) Te weinig tijd	3) Genoeg tijd	4) Te veel tijd	5) Veel te veel tijd	6) NVT
4.1 Partnerrelatie						
4.2 Gezinsleven/kinderen						
4.3 Sociale contacten (vriendenkring)						
4.4 Jezelf/hobby/geloof						
4.5 Carrière						
4.6 Huishoudelijke taken						
4.7 Zelfstudie/bijscholing						

Deel 2: Organisatie huishouden:

5. Vul in onderstaande tabellen wie meestal volgende activiteiten uitoefent. Het gaat hierbij om een doorsnee werkweek (dus geen weekend of vakantie). Indien meerdere personen in gelijke mate voor een bepaalde taak zorgen, kan u meerdere personen aanduiden voor dezelfde taak. Met "uitbesteed" bedoelen we dat anderen deze activiteit tegen betaling voor u doen. Wie bereidt meestal het eten?

Uzelf
Uw partner
Familie
Uitbesteed

Andere: …
NVT

6. Wie doet meestal de afwas of vult en leegt de afwasmachine?

Uzelf
Uw partner
Familie
Uitbesteed
Andere: …
NVT

7. Wie zorgt meestal voor het wassen en drogen van de kledij?

Uzelf
Uw partner
Familie
Uitbesteed
Andere: …
NVT

8. Wie strijkt er meestal?

Uzelf
Uw partner
Familie
Uitbesteed
Andere: …
NVT

9. Wie kuist er meestal?

Uzelf
Uw partner
Familie
Uitbesteed
Andere: …
NVT

10. Wie doet er meestal de boodschappen?

Uzelf
Uw partner
Familie
Uitbesteed
Andere: …
NVT

11. Hoeveel uren per week wordt het huishouden uitbesteed (bv strijkhulp, poetshulp)?

12. Heeft u uw kinderwens uitgesteld/ stelt u uw kinderwens uit?

Ja
Neen

13. Waarom heeft u uw kinderwens uitgesteld/ stelt u uw kinderwens uit?

14. Heeft U reeds kinderen?

Ja
Neen

15. Heeft u NIET-SCHOOLGAANDE, jonge kinderen?

Ja
Neen

16. Hoeveel niet-schoolgaande, jonge kinderen heeft u?

Vul in onderstaande vragen in wie meestal de NIET-SCHOOLGAANDE kinderen opvangt tijdens de verschillende dagdelen. Het gaat hierbij om een doorsnee werkweek (dus geen weekend of vakantie). De vragen zijn opgesplitst per dagdeel en u kan steeds meerdere personen aankruisen. Bv. Indien uw kind 's ochtends en in de namiddag door de oma opgevangen wordt, duidt u in de vraag bij "voormiddag" en "namiddag" het vakje "(schoon)ouders" aan. Indien uw kind om 18u door de papa wordt afgehaald en jullie er 's avonds samen voor zorgen, duidt u bij "'s avonds" "uzelf" en "uw partner" aan.

17. Wie vangt de NIET-SCHOOLGAANDE kind(eren) meestal op in de VOORMIDDAG?

Uzelf
Uw partner
Kinderdagverblijf/onthaalouder
(Schoon)ouders
Andere familieleden
Vrienden/kennissen
Aupair/babysit
Andere: …

18. Wie vangt de NIET-SCOOLGAANDE kind(eren) meestal op in de NAMIDDAG?

Uzelf
Uw partner
Kinderdagverblijf/onthaalouder
(Schoon)ouders

Andere familieleden
Vrienden/kennissen
Aupair/babysit
Andere: …

19. Wie vangt de NIET-SCHOOLGAANDE kind(eren) meestal 's AVONDS op?

Uzelf
Uw partner
Kinderdagverblijf/onthaalouder
(Schoon)ouders
Andere familieleden
Vrienden/kennissen
Aupair/babysit
Andere: …

20. Heeft u SCHOOLGAANDE kinderen?

Ja
Neen

21. Hoeveel schoolgaande kinderen -die niet op internaat zitten- heeft u?

Vul in onderstaande vragen in wie meestal de SCHOOLGAANDE kinderen opvangt tijdens de verschillende dagdelen. Het gaat hierbij om een doorsnee werkweek (dus geen weekend of vakantie). De vragen zijn opgesplitst per dagdeel en u kan steeds meerdere personen aankruisen. Bv. Indien uw kind na schooltijd met een vriendje mee naar huis gaat, waar uw partner hem/haar komt ophalen, duidt u in de vraag bij "na schooltijd" "vrienden/kennissen" en "uw partner" aan.

22. Wie vangt de SCHOOLGAANDE kind(eren) meestal op VÓÓR SCHOOLTIJD?

Uzelf
Uw partner
Geen opvang nodig, kind kan zichzelf opvangen
Opvang op school/kinderopvang
(Schoon)ouders
Andere familieleden
Vrienden/kennissen
Aupair/babysit
Andere: …

23. Wie vangt de SCHOOLGAANDE kind(eren) meestal op TIJDENS DE MIDDAGPAUZE?

Uzelf
Uw partner
Geen opvang nodig, kind kan zichzelf opvangen
Opvang op school/kinderopvang
(Schoon)ouders

Andere familieleden
Vrienden/kennissen
Aupair/babysit
Andere: …

24. Wie vangt de SCHOOLGAANDE kind(eren) meestal op NA SCHOOLTIJD?

Uzelf
Uw partner
Geen opvang nodig, kind kan zichzelf opvangen
Opvang op school/kinderopvang
(Schoon)ouders
Andere familieleden
Vrienden/kennissen
Aupair/babysit
Andere: …

Vul in onderstaande tabel in wie meestal volgende taken uitoefent. Het gaat hierbij om een doorsnee werkweek (dus geen weekend of vakantie). Indien meerdere personen in gelijke mate voor een bepaalde taak zorgen, kan u meerdere personen aanduiden voor dezelfde taak. Deze vragen gaan zowel over de schoolgaande als niet-schoolgaande kinderen.

25. Wie maakt de kind(eren) meestal klaar voor de dag (ontbijt – aankleden)?

Kind zelf
Uzelf
Uw partner
Familie
Uitbesteed
Andere: …

26. Wie brengt de kind(eren) meestal naar school/kinderdagverblijf/familie?

Kind zelf
Uzelf
Uw partner
Familie
Uitbesteed
Andere: …

27. Wie haalt de kind(eren) meestal van school/dagverblijf/familie?

Kind zelf
Uzelf
Uw partner
Familie
Uitbesteed
Andere: …

28. Wie bereidt en geeft meestal de avondmaaltijd aan de kind(eren)?

Kind zelf
Uzelf
Uw partner
Familie
Uitbesteed
Andere: …

29. Wie speelt er meestal 's avonds met de kind(eren) en/of helpt met het huiswerk?

Kind zelf
Uzelf
Uw partner
Familie
Uitbesteed
Andere: …

30. Wie zorgt meestal voor het avondritueel en het in bed stoppen van de kind(eren)?

Kind zelf
Uzelf
Uw partner
Familie
Uitbesteed
Andere: …

31. Wie staat er meestal 's nachts op bij problemen met de kind(eren)?

Kind zelf
Uzelf
Uw partner
Familie
Uitbesteed
Andere: …

Deel 3: Huidige job:

32. Bent u werkzaam op de arbeidsmarkt?

Ja
Neen

Indien neen:
33. U bent …?

Huisman/huisvrouw
Werkzoekend
Student

Indien ja:
34. U bent ...?

Arbeid(st)er
Bediende
Zelfstandige

35. Wat is uw hoofdberoep?

36. Werkt u fulltime?

Ja
Neen

37. Werkt u ...? Meerdere antwoorden mogelijk.

Met vaste uren overdag
Met glijdende uren overdag
Vroege shift
Late shift
Nachtshift
Ploegensysteem met 2 shiften
Ploegensysteem met 3 shiften
Thuis

38. Hoeveel uren per week bent u gemiddeld bezig met uw job (inclusief thuiswerk)? ... uren

39. Hoeveel uren per week werkt u gemiddeld op een andere locatie dan thuis? ... uren

40. Hoelang bent u gemiddeld onderweg heen en terug tussen uw woonst en uw werkplaats (rekening houdend met het verkeer)? ...uren en ...minuten Bv. 's ochtends staat u een uur in de file maar 's avonds doet u er slechts 30min over -> 1uur en 30 minuten

41. Moet u soms in het weekend of op feestdagen werken?

Ja
Neen

42. Hoeveel dagen per jaar werkt u gemiddeld in het weekend of op feestdagen? ... dagen

43. Moet u soms elders overnachten voor uw werk of 's nachts werken?

Ja

Neen

44. Hoeveel nachten per jaar moet u gemiddeld elders overnachten of werken? ... nachten

45. Kan u 's nachts opgeroepen worden voor uw werk?

Ja
Neen

46. Hoeveel nachten per jaar bent u van telefonische permanentie? ...nachten

47. Hoeveel nachten per jaar kunt u weggeroepen worden van thuis? ... nachten

48. Heeft het beroep van uw partner een invloed gehad op uw beroepskeuze?

Ja
Neen

49. Op welke manier heeft het beroep van uw partner een invloed gehad op uw beroepskeuze?

50. Heeft u het gevoel dat u bepaalde kansen heeft moeten laten schieten als gevolg van het beroep van uw partner?

Ja
Neen

51. Welke kansen heeft u laten schieten?

52. Heeft u het gevoel dat uw partner door zijn werk wordt opgeslorpt?

Ja
Neen

53. Zou u meer tevreden zijn als uw partner voor een ander beroep koos?

Ja
Neen

<u>Deel 4: Persoonlijke gegevens:</u>

54. In welk jaar bent u geboren?

55. U bent een … ?

Man
Vrouw

56. Woont u samen met uw partner?

Ja
Neen

57. Zijn er artsen in uw nabije familie? (Meerdere antwoorden mogelijk)

Geen
Moeder
Vader
Grootouder(s)
Broer(s)/zus(sen)
Oom(s)/tante(s)

58. Wat is uw hoogste behaalde diploma?

Middelbaar onderwijs
Hoger onderwijs van het korte type
Hoger onderwijs van het lange type
Universitair onderwijs - Bachelor/Kandidatuurjaren
Universitair onderwijs - Master/Proefjaren
Universitair onderwijs - Master na master
Postgraduaat

59. Specifieer uw hoogste behaalde diploma.

BIJLAGE 4: VERHOGEN RESPONSE RATE: LITERATUUR

INLEIDING

Bij het samenstellen van onze vragenlijst, rezen er vragen over de manier waarop we deze zouden verspreiden. Omdat onze steekproefgrootte vrij beperkt was, hoopten we zoveel mogelijk enquêtes ingevuld terug te krijgen.

We vroegen ons af of er een significant verschil in response rate is bij postenquêtes versus internet-enquêtes? Op welke manieren kunnen we de response rate maximaliseren? Is er een invloed van de titel van de mails die je stuurt en zoja, welke titel gebruiken we dan best?

Kunnen we de response rate verhogen door de artsen eerst telefonisch te contacteren? Hoe zit het met reminders?

METHODEN

We zochten artikels in de Web of Science database aan de hand van volgende zoektermen: general practitioner, response rate, survey, augment survey response rate, higher response rate, effect phonecall on response rate survey, methodes to enhance response rate, evaluation response rate survey, comparison response rate surveys, improving response rate in surveys of physicians. Ook via 'related articles' werden verschillende artikels gevonden.

RESULTATEN

Een studie uit Australië vergeleek de response rate van huisartsen op postenquêtes en internet-enquêtes. Ongeveer 20000 artsen ontvingen de enquête via elektronische nieuwsbrieven, 509 via post. De response rate op de postenquête was 12,4%, deze op de e-mail 0,1%. De auteurs geven aan dat de response rate bij een gepersonaliseerde e-mail waarschijnlijk hoger zou liggen dan bij deze algemene nieuwsbrieven [2].

Een studie in Canada vergeleek verschillende methodologische strategieën met betrekking tot response rate bij artsen. De totale response rate was hier 31,6 %. Er was geen significant verschil tussen de groepen die een korte of een lange vragenlijst kregen. De response rate bij de artsen die via post gecontacteerd werden, was iets hoger dan deze bij de artsen die via e-mail werden gecontacteerd, respectievelijk 34,1% versus 29,9% [3].

Een Cochrane review uit 2009 vond echter wel een significant betere response rate bij een kortere vragenlijst [1].

Dat de response rate van internet-enquêtes ongeveer 10% lager ligt dan deze van enquêtes via post of telefoon, wordt ook aangegeven in een review uit 2010. Zowel factoren eigen aan de enquête zelf als factoren met betrekking tot het verzenden van de enquêtes beinvloeden de response rate.
De beste manier om de inhoud van een enquête te testen, lijkt een pilootproject te zijn, waarbij de enquête eerst getest wordt op een kleine groep personen.
Bij het verzenden van de enquêtes blijkt personaliseren van de uitnodiging de response rate te verhogen. Enquêtes waarbij enkel een gebruikersnaam of paswoord moeten ingevuld worden om toegang te verkrijgen, hebben een hogere response rate. Bovendien worden bij deze enquêtes minder sociaal wenselijke antwoorden gegeven. Andere suggesties om response rates te verhogen zijn: de bedoeling van het onderzoek duidelijk aangeven, verklaren waar men het e-mailadres verkregen heeft, een realistisch schatting geven van de tijd die nodig is om de vragenlijst in te vullen en contactinformatie weergeven zodat men de onderzoekers kan contacteren bij problemen.
Verder kan men de response rate nog verhogen door de respondenten op voorhand te contacteren en door reminders te sturen [4].

Volgens een Cochrane review kan men de respons rate significant verbeteren door de respondenten op voorhand te contacteren. Telefonisch contacteren gaf hierbij een significant beter resultaat op de initiële respons dan via post, maar op de uiteindelijke respons was er geen significante verbetering.

Wanneer de uitnodiging afkomstig is van een universiteit, loggen significant meer respondenten in op de vragenlijst. Er is echter geen significant effect op het uiteindelijke aantal vervolledigde enquêtes. Er werd ook meer ingelogd wanneer er in de mail geen onderwerp werd ingevuld dan wanneer dit wel werd gedaan, maar ook dit leidde niet tot significant meer ingevulde enquêtes.

Factoren die geen significant effect hebben op de response rate zijn het aangeven van een schatting hoe lang het invullen van de enquête duurt en anonimiteit van de antwoorden. In tegenstelling tot anonimiteit, geeft het aangeven van de confidentialiteit wel een significant betere uiteindelijke respons.
Het toevoegen van extra vragenlijsten voor familieleden geeft een significant slechtere uiteindelijke respons [1].

DISCUSSIE

Uit de literatuur blijkt dat de response rate op postenquêtes beter is dan deze op elektronische enquêtes. Aangezien wij echter niet over de nodige fondsen beschikten om via post al deze enquêtes op te sturen, zagen wij ons genoodzaakt toch via elektronische weg te werken. Om onze response rate toch zo hoog mogelijk te houden, leek het ons aangewezen om in de eerste plaats een pilootstudie uit te voeren met de eerste versie van onze vragenlijst om op die manier de inhoud van de vragenlijst te testen.
Verder hielden wij bij het opstellen van onze mails rekening met de gevonden literatuur.
De artsen werden eerst telefonisch gecontacteerd en naar hun e-mailadres gevraagd. Er werd hen daarna een persoonlijke e-mail gestuurd. We gaven toch een onderwerp aan de e-mail ondanks de geziene betere respons op e-mails met een lege onderwerpregel. Wij vrezen dat een e-mail met een lege onderwerpregel en komende van een hen onbekend e-mailadres snel naar de prullenbak verwezen wordt in tegenstelling tot een e-mail met een verwijzing naar ons eerder telefonisch contact.
In de e-mail werd duidelijk aangegeven waartoe het onderzoek diende en we gaven een schatting van de tijd die het hen zou kosten om de vragenlijst in te vullen. Verder bevestigden we nog eens dat de vragenlijst volledig anoniem was. Dit zou volgens onderzoek geen invloed hebben op de uiteindelijke respons, maar wij hoopten dat de artsen daardoor eerlijker zouden antwoorden op de vragen.

We beïndigden de e-mail met onze coördinaten zodat men ons konden contacteren bij verdere vragen of problemen.
Er werd ook éénmalig een reminder gestuurd naar alle artsen die na 4 weken de enquête nog niet hadden ingevuld.

Een nadeel aan onze methodologie is dat de e-mail voor de partner van de arts in de meeste gevallen ook aan de arts werd geadresseerd. Het grootste deel van de artsen stond weigerachtig tegenover het doorgeven van het e-mailadres van hun partner. Zij verkozen de mail zelf door te sturen naar hun partner. Het meesturen van de enquête voor de partner had mogelijk een negatieve invloed op onze response rate.

REFERENTIES

[1] Edwards PJ, Roberts I, Clarke MJ, DiGuiseppi C, Wentz R, Kwan I, Cooper R, Felix LM, Pratap S. Methods to increase response to postal and electronic questionnaires (Review). The *Cochrane Library 2009, Issue 3*.

[2] Simon Crouch, Priscilla Robinson, Marian Pitts. A comparison of general practitioner response rates to electronic and postal surveys in the setting of the National STI Prevention Program. *Australian and New Zealand Journal of Public Health 2011, Vol. 35*, No. 2

[3] Inese Grava-Gubins MA, Sarah Scott MHSc. Effect of various methodologic strategies. Survey response rates among Canadian physicians and physicians-in-training. *Canadian Family Physician Vol. 54*, october 2008

[4] Weimiao Fan, Zheng Yan. Factors affecting response rates of the web survey: A systematic review. *Computers in human behaviour 26 (2010)* 132-139