Hoe zelfzorg verbeteren bij huisartsen in opleiding?

Een kwalitatief beschrijvend onderzoek

Quirina De Prijcker, Universiteit Antwerpen

Promotor: dr. Kris Van den Broeck, Universiteit Antwerpen

Co-promotor: Prof. Dr. Nele Michels, Universiteit Antwerpen

Praktijkopleider: Dr. Filip Vanderoost

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2018 – 2019

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Inleiding: Het huisartsenberoep is een discipline die erg uitdagend kan zijn en waarbij huisartsen een hoog risico lopen op een heel scala aan psychosociale problemen, met de nodige gevolgen voor de ganse gezondheidszorg. Deze tendens laat zich al vroeg zien, want ook huisartsen in opleiding (HAIO's) vertonen reeds een verhoogde kwetsbaarheid. In een kwantitatieve studie uit 2016 bleek dat 29,8% van de HAIO's een groot risico op burn-out liep en zelfs 8,1% van de HAIO's reeds tekenen van burn-out vertoonde. Inzetten op preventie is daarom prioritair; investeren in zelfzorg is belangrijk. Dit om een goede kwaliteit van onze gezondheidszorg te blijven garanderen, maar tevens om de vroegtijdige uitval uit het beroep later te verminderen. De huisartsenopleiding kan dan ook betekenisvol zijn bij het promoten en ondersteunen van zelfzorg bij toekomstige huisartsen. In deze studie wordt nagegaan wat HAIO's zelf ervaren en wat ze zelf zien als mogelijke zelfzorgstrategieën.

Onderzoeksvraag: Hoe denken HAIO's dat zelfzorg kan worden verbeterd: algemeen enerzijds en in de opleiding anderzijds? Welke barrières ervaren ze hierbij en achten ze het nuttig in zelfzorg te investeren? Daarnaast wordt er nagegaan wat de houding is t.a.v. burn-out: welke interne en externe attributies worden eraan verbonden?

Methode: In eerste instantie is er een verkennend literatuuronderzoek verricht naar bestaande studies omtrent zelfzorg en de stand van zaken bij HAIO's. In tweede instantie werd een beschrijvend en kwalitatief onderzoek d.m.v. gestructureerde focusgroepen uitgevoerd. Er werden 2 focusgroepen bij HAIO's (n=13) uitgevoerd, deze focusgroepen werden vervolgens getranscribeerd en ten slotte geanalyseerd m.b.v. NVivo®. Daarnaast werd via een nominale aanpak gekeken welke suggesties in zelfzorgstrategieën als prioritair en populair worden beschouwd.

Resultaten: De HAIO's zien veel verbetermogelijkheden voor zelfzorg. Enerzijds door vanuit de opleiding in te zetten op de relatie met de praktijkopleider en het bewustzijn rond zelfzorg te stimuleren. Ook (reflectie-)seminaries spelen hier een rol. Bovendien bestaat er een groot draagvlak voor een vak rond zelfzorg en het aanbieden van vrijwillige tutorgroepen. Anderzijds door vanuit de werkomstandigheden in te zetten op (middag)pauzes, een goede praktijkorganisatie met duidelijke afspraken en een goede band tussen collega's. Ook het wegwerken van de voornaamste barrières kan belangrijk zijn, zijnde: een gebrek aan tijd en ruimte, het zorgverlenerscomplex (hoog verantwoordelijkheidsgevoel en schuldgevoelens t.o.v. omgeving) en het taboe dat heerst rond psychosociale problemen. Ten slotte vinden ze dat burn-out veelal te wijten is aan de werk- en opleidingsmoeilijkheden die er zijn voor de HAIO en zien ze de oorzaak minder in iemands persoonlijkheid.

Conclusie: Het welzijn van HAIO's is een belangrijk gegeven; zij representeren de toekomstige huisartsen en vormen dus een belangrijke basis voor onze toekomstige gezondheidzorg. Vandaar dat inzetten op preventie van cruciaal belang is. HAIO's beschouwen burn-out als een wisselwerking tussen iemands omgevingsfactoren (het externe) en zijn persoonlijkheid (het interne), waarbij de nadruk op de omgeving ligt. Dit reflecteert zich in de ideeën en suggesties die ze opperen om zelfzorg te verbeteren. Eerder dan individuele kenmerken van de HAIO, zouden de kenmerken van diens werk- en opleidingscontext als basis moeten dienen voor zowel preventieve burn-outmaatregelen als maatregelen ter bevordering van bevlogenheid.

Inhoud

Abstract 2

1. Inleiding 5

1.1. Motivatie en relevantie voor de huisarts 5

1.2. Doelstelling 6

2. Oriënterend literatuuronderzoek 7

2.1. De opzoekvraag - zoekstrategie 7

2.2. Resultaten oriënterend literatuuronderzoek 7

2.3. Bedenkingen 11

3. Onderzoeksopzet 12

3.1. Keuze voor een kwalitatieve onderzoeksmethode: de focusgroep 12

3.2. Studiepopulatie 12

3.3. Verloop van een focusgroep 12

3.4. Analyse van de focusgroep 13

3.5. Beschrijving studiepopulatie 13

3.6. Ethisch Comité 13

4. Resultaten 14

4.1. Wat is zelfzorg? 14

4.2. Nut van zelfzorg 14

4.3. Zelfzorgstrategieën die zelfzorg kunnen verbeteren 16

4.3.1. Persoonlijk 16

4.3.2. Opleiding 20

4.3.3. Werk 26

4.4. Scoring preventiestrategieën 31

4.5. Barrières om niet aan zelfzorg te doen 33

4.6. Attitude ten opzichte van burn-out 35

4.6.1. Locus of control 35

4.6.1.1. Intern 36
4.6.1.2. Extern 36
5. Discussie 37
5.1. Sterktes en beperkingen van het onderzoek 38
5.2. Vergelijking van de resultaten met de literatuur 39
5.3. Aanbevelingen voor de praktijk 40
5.4. Aanbevelingen voor de opleiding 40
5.5. Aanbevelingen voor verder onderzoek 41
6. Conclusie 42
7. Referenties 43
8. Bijlagen 44
Bijlage 1: Onderzoeksprotocol 44
Bijlage 2: Script voor semigestructureerd interview 45
Bijlage 3: Formulier Geïnformeerde Toestemming 48
Bijlage 4: Gunstig advies Ethisch Comité 49

1. Inleiding

1.1. Motivatie en relevantie voor de huisarts

Het huisartsenberoep is een mooie discipline met talrijke facetten. Het kan zeer uiteenlopend zijn met een mooie afwisseling in pathologieën en een diversiteit in patiënten. Er is de mogelijkheid om een belangrijke vertrouwensband op te bouwen met patiënten, zelfs met hele gezinnen, en het kan bovendien veel persoonlijke en professionele voldoening schenken.

Daartegenover staat dat het ook erg uitdagend kan zijn. Dit enerzijds door werkgebonden en contextuele stressfactoren: een hoge werkdruk, de noodzakelijke continuïteit van zorg, veel onvoorspelbaarheden en oncontroleerbaarheden, patiënten die mondig en veeleisend kunnen zijn, omslachtige en administratieve taken, enz. Anderzijds speelt de persoonlijkheid van een arts ook een rol en kan deze leiden tot een verhoogde kwetsbaarheid: perfectionisme, zich dienstbaar opstellen, een hoog verantwoordelijkheidsgevoel, moeilijk grenzen aangeven en controledrang (1, 2).

Al deze zaken kunnen leiden tot een heel gamma van overspanning- en stressklachten en zelfs tot burn-out. Burn-out komt het vaakst voor bij mensen werkende in de gezondheidssector. Mensen die jarenlang hard werken of zich grenzeloos inzetten voor anderen hebben meer kans om ten prooi te vallen van een burn-out (3). Er bestaan geen exacte cijfers over het aantal huisartsen dat kampt met professionele uitputting of burn-out, maar schattingen laten zien dat het een belangrijk probleem is. Zo wordt in een rapport van het KCE uit 2011 gemeld dat naar schatting 10% van de Belgische huisartsen in 2005 een burn-out had (1). Ondanks al die extra druk en mogelijke gezondheidsproblemen zijn huisartsen bovendien niet snel geneigd om zelf hulp te zoeken. Er schuilt dus een waarheid in het cliché dat artsen de slechtste patiënten zijn (4).

Bovendien heeft burn-out niet enkel een belangrijke persoonlijke weerslag. Er zijn ook gevolgen voor het gezondheidssysteem en de gezondheid van patiënten, met name verminderde productiviteit en efficiëntie, gedaalde kwaliteit van de patiëntenzorg, verminderde therapietrouw en patiënttevredenheid en ten slotte een stijging van het aantal medische fouten (1, 5-7). Verder wordt verwacht dat de druk steeds hoger wordt, onder meer omdat er in de toekomst een aanmerkelijk aantal huisartsen hun activiteiten stopzetten door o.a. pensionnering.

Het is dus een thematiek die grote zorgen baart. Primaire preventie wordt nu des te belangrijker. Zo is er de laatste jaren terecht meer en meer belangstelling gekomen rond het bevorderen van zelfzorg. Zelfzorg is immers van cruciaal belang om zich te kunnen wapenen tegen de stressoren van het huisartsenberoep, het risico op burn-out te kunnen verminderen, maar evengoed om een hogere bevlogenheid te creëren. Dit zal zijn weerslag hebben op artsen persoonlijk, maar zal ook kunnen zorgen voor een betere gezondheidszorg. Een arts die goed voor zichzelf kan zorgen, kan des te beter voor zijn of haar patiënten zorgen. Ook de Orde der artsen onderschreeft recent. In hun nieuwe code voor medische deontologie, gepubliceerd in 2018, staan twee 'geboden' die in dit kader opmerkelijk zijn (8):

- *'De arts heeft aandacht en zorgen voor zijn eigen gezondheid.'*
- *' De arts streeft naar een evenwicht tussen zijn beroepsactiviteit en zijn privéleven.'*

Daarnaast zien we dat veel huisartsen in opleiding (HAIO's), al een grote kwetsbaarheid vertonen voor een heel scala aan psychosociale problemen (9). Het verbeteren van zelfzorg bij HAIO's kan een absolute meerwaarde vormen, want dit zijn de mensen die in de nabije toekomst een carrière lang deel uitmaken van het werkveld en geconfronteerd worden met verschillende uitdagingen. Hoe vroeger we hen versterken en handvaten kunnen aanbieden, hoe meer winst we kunnen boeken. Daarnaast kan investeren in zelfzorg bij jonge huisartsen mogelijk de vroegtijdige uitval uit het huisartsenberoep verminderen of voorkomen (10). Bij HAIO's komt voorts ook het aspect opleiding kijken. In deze Manamaproef onderzoeken we of en in welke mate die opleiding een hulp of meerwaarde kan zijn in het bevorderen van zelfzorg.

Een goede arts draagt dus zorg voor zijn eigen gezondheid. Zelfzorg is daarbij een belangrijk thema, maar hoe verkrijg je een betere zelfzorg en welke factoren zijn hierbij van belang?

1.2. Doelstelling

Dit onderzoek wil nagaan wat de meningen en percepties zijn van HAIO's over zelfzorg. We willen enerzijds een zicht krijgen op hoe zelfzorg bij HAIO's reeds verloopt en welke barrières zij hierin ervaren. Anderzijds willen we ook een zicht krijgen op de mogelijkheden die zij zien om deze zelfzorg te verbeteren.

Het doel van deze studie is uiteindelijk een aantal praktische maatregelen te formuleren die de zelfzorg bij HAIO's zodanig kan verbeteren dat er een beter algemeen welzijn wordt verkregen. Gezien studenten geneeskunde aangeven dat er onvoldoende aandacht is voor zelfzorg in de opleiding (11), zullen we actief suggesties voor aanpassingen binnen de opleiding inventariseren.

Daarnaast wil deze studie onderzoeken wat de houding is ten aanzien van burn-out. Wordt dit ervaren als een persoonlijk falen of wordt het gezocht in externe oorzaken, m.a.w. ligt de *locus of control* intern of extern? Dit is een vraag die wellicht ook een reflectie zal hebben in het vertrouwen in zelfzorgstrategieën. In welke mate ben je zelf verantwoordelijk voor je bevlogenheid en heeft zelfzorg dus nut?

Zo werden de volgende onderzoeksvragen bekomen:

1. *Hoe denken HAIO's dat zelfzorg verbeterd kan worden: in het algemeen enerzijds en in de opleiding anderzijds*
    a. *Welke barrières ervaren ze?*
    b. *Wordt zelfzorg als nuttig ervaren?*
2. *Wat is de houding t.a.v. burn-out: welke interne en externe attributies worden eraan verbonden?*

2. Oriënterend literatuuronderzoek

2.1. De opzoekvraag - zoekstrategie

Bij de opstart van deze thesis werd een oriënterend literatuuronderzoek uitgevoerd, dit om de onderzoeksvraag verder af te bakenen en ook als leidraad voor het script van de focusgroepen. De volgende opzoekvraag werd gebruikt:

Wat is er al geweten rond zelfzorg bij HAIO's en artsen en welke strategieën kunnen bijdragen tot een beter welzijn bij HAIO's en (huis)artsen? Kan de opleiding bijdragen tot het verbeteren van zelfzorg?

PICO

P = HAIO's en (huis)artsen

I = zelfzorg

C = /

O = beter welzijn, preventie van burn-out

Meshtermen: *[general practioners], [physician, primary care], [physician, family], [general Practice/education], [self-care], [burnout, professional], [stress, psychological], [health]*

De literatuurstudie verliep van november 2018 t.e.m. april 2019. In Medline werd via PubMed door het combineren van Meshtermen artikels opgezocht. Deze zoektochten werden herhaaldelijk uitgevoerd, met gebruik van verschillende combinaties van bovenstaande termen. Aanvullende referenties werden gevonden dankzij de bibliografieën van relevante artikels. Daarnaast werd er ook gezocht in de databank van het Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding (ICHO) en HuisartsNu.

Qua inclusie-en exclusiecriteria; beperkten we ons tot Nederlands- of Engelstalige publicaties die niet ouder waren dan 10 jaar (gerekend vanaf november 2018) en waarvoor een abstract beschikbaar was. Er werd gekozen voor papers uit Westerse landen, zodanig dat er enigszins wat aansluiting was bij de specifieke Vlaamse context.

2.2. Resultaten oriënterend literatuuronderzoek

Situering probleem

Exacte cijfers zijn er niet, maar het staat vast dat burn-out en andere stressgerelateerde klachten bij artsen een belangrijk probleem zijn (1, 5).

Daarnaast blijkt dat niet enkel artsen probleem ondervinden met burn-out, maar dat er ook reeds problemen gesignaleerd worden bij studenten geneeskunde en HAIO's (9, 12, 13). Burn-out is dus niet enkel en alleen werkgerelateerd in de specifieke context van "werkplek"; ook de opleiding en het werk daaraan verbonden kan een rol spelen.

In een kwantitatieve studie uit 2016 bij HAIO's van alle Vlaamse universiteiten bleek dat 29,8% van hen een groot risico op burn-out loopt en zelfs 8,1% van de HAIO's reeds klinische tekenen van burn-out vertoont. 13,7% van de HAIO's zegt zich depressief te voelen en 27,3% voelt zich zenuwachtig of angstig. 16% heeft er ooit aan gedacht om met geneeskunde te stoppen of van richting te veranderen. Opvallend

is dat een derde (33%) van de HAIO's het gevoel heeft vast te zitten in het opleidingssysteem en vindt dat hun problemen noch erkend, noch herkend worden. Bijna 31% van de HAIO's geeft daarbij aan dat de werkdruk vaak of altijd te hoog ligt met weinig kansen tot recuperatie en hoge productie-eisen (9).

Een andere kwantitatieve studie uit 2017 vertelt dat ongeveer 36% van de HAIO's de job als stresserend ervaart; 46% zich bijna altijd gespannen voelt en 38% vaak piekergedrag vertoont. Gebrek aan respect en naleving van de werkuren alsook de academische belasting vormen daarbij bronnen van stress. De *work-life balance* weegt bij 52% van de HAIO's teveel door naar werk/opleiding (11).

Ook internationaal onderzoek toont soortgelijke tendensen. Een studie bij Franse huisartsen in opleiding ging de scores na voor de drie kernsymptomen van burn-out en toonde aan dat 16% hoog scoorde voor 'emotionele uitputting', 33,8% had een hoge score voor 'depersonalisatie' en 38,9% had een hoge score voor 'persoonlijke bekwaamheid in vraag stellen'. 6,5% presenteerde voor alle drie de kernsymptomen hoge scores. Er werden opmerkelijke associaties gevonden tussen burn-out en werkdruk, gebrek aan erkenning voor het werk van artsen in opleiding en gebrek aan tijd besteed aan het privéleven (14).

De organisatie Arts in Nood uit Oost-Vlaanderen toont ook aan dat er bij artsen (in opleiding) nood is aan hulp. Van het aantal totaal oproepen voor hulp dat het platform binnen kreeg in 2018 kwam 25% van artsen in opleiding of geneeskundestudenten, 40% van huisartsen en 35% van specialisten. Meer vrouwen (63%) dan mannen (37%) kloppen bij Arts in Nood aan. Burn-out, te hoge werklast, verslaving, pesten op het werk, depressie en conflicten op het werk staan bovenaan in de lijst van problematieken (15). Ook Doctors4Doctors (D4D) uit Antwerpen stelde soortgelijke cijfers voor in 2018 (16).

Het belang van zelfzorg wordt ook nog eens benadrukt in de review van Wallace et al., deze toont het rechtstreeks verband tussen het welzijn van artsen en de kwaliteit van gezondheidszorg van een land. Een arts die zich goed in zijn vel voelt, staat scherper, maakt minder fouten en heeft meer tevreden patiënten die meer therapietrouw vertonen (6, 7).

Onderzoek bij Belgische studenten geneeskunde toonde ook al een link aan tussen het welzijn van artsen en patiëntgerichtheid. Bombeke et al. stellen hierbij vast dat 'de arts-als-persoon' een centrale rol speelt bij patiëntgerichtheid. Dit omvat onder meer de emoties van artsen, hun persoonlijke levensloop en achtergrond, hun vermogen om met zelfzorg en zelfbewustzijn om te gaan (17).

Daarnaast ging een studie in 2015 na wat de stand van zaken was wat betreft zelfzorg bij artsen. Er werd onder meer aangegeven dat het bewaken van de eigen grenzen en van de *work-life balance* (met aandacht voor tijd voor hobby's, tijd voor het gezin, familie en vrienden en tijd voor zichzelf) van belang was. Daarnaast werden volgende zaken ook belangrijk geacht: samenwerkingsverbanden met collega artsen, goede contacten onderhouden met collega's, praktijkondersteuning en reorganisatie van de wachtdiensten, tijd voor basisbehoeften zoals slapen en eten, aandacht voor eigen psychische en fysieke symptomen en een eigen huisarts hebben. Opvallend was dat 'het huisartsenberoep verlaten' ook als zelfzorg naar voor werd gebracht (18).

Welke maatregelen om zelfzorg te verbeteren zijn gekend?

In 2011 publiceerde het KCE 14 aanbevelingen ter preventie van burn-out. Enkele belangrijke zaken rond mogelijke bronnen van zelfzorg zijn de volgende (1):

Persoonlijk

- Gezondheidszorg voor huisartsen organiseren: Elke huisarts zou minstens een eigen huisarts moeten hebben, die speciaal is opgeleid om een collega op te volgen. Een andere mogelijkheid is de organisatie van een regelmatig preventief onderzoek, naar het model van de arbeidsgeneeskunde.
- Meer controle van de huisarts over de eigen beroepsactiviteiten. Dit omvat o.m. het leren 'neen' te zeggen en zijn taken te prioriteren. Dit kan gebeuren door coaching en het volgen van opleidingen. De artsen aanmoedigen om technieken voor stressmanagement te hanteren. Verder zouden de patiënten moeten worden gesensibiliseerd over wat zij van hun huisarts mogen verwachten en wat niet, bijv. via brochures of communicatiecampagnes.
- Een betere erkenning van de huisartsgeneeskunde. De waarde van huisartsgeneeskunde zou reeds in de opleiding geneeskunde moeten worden benadrukt. De uitwisseling van medische gegevens tussen huisartsen en specialisten kan worden gestimuleerd en er zou meer ruimte voor variatie moeten komen in de activiteiten van de huisarts, bv. deelname aan onderzoek, onderwijs, enz. Er is ook de vraag naar een aangepaste vergoeding voor complexe consultaties, zoals psychosociale zorg.

Praktijkorganisatie / organisatie beroep / ondersteuning

- Betere sociale bescherming en vergemakkelijken van vervanging in geval van ziekte.
- Stimuleren door de overheid van groepspraktijken en netwerking voor solopraktijken.
- Een betere controle over de werklast. Een secretariaat kan de administratieve last voor de huisarts verlichten, net als de vereenvoudiging en automatisering van de administratieve taken. Goed uitgewerkte wachtdiensten kunnen ook de werkdruk verminderen.

Behandeling burn-out

- De behandeling van burn-out zou moeten gebeuren door multidisciplinaire teams om het probleem niet alleen medisch, maar ook relationeel, juridisch, financieel, enz. te benaderen. De opvang en behandeling moet strikt gescheiden worden van de sanctionerende instanties zodat getroffen artsen niet worden afgeschrikt om hulp te zoeken.

Een opvallend onderzoek naar suïcidepreventie bij Vlaamse huisartsen opteert voor enkele soortgelijke maatregelen, maar er komen ook enkele andere facetten naar boven. Zo wordt het belang aangegeven van het doorbreken van het geducht taboe dat nog steeds rond geestelijke gezondheidsproblemen bij (huis)artsen hangt. Bovendien moet er meer hulpverlening zijn op maat van de arts en een netwerk van hulpverleners voor artsen. De studie geeft daarnaast aan dat er een grote nood is aan kennis over zelfzorg. 90% van de deelnemende artsen vindt dat dit een plaats moet krijgen in de basisopleiding en de auteurs geven aan dat de kennis over geestelijke gezondheidsproblemen verbreed moet worden. Voorts suggereert dit onderzoek ook meer aandacht te schenken aan kwetsbare artsengroepen zoals onder meer jonge artsen (in opleiding). Opmerkelijk ten slotte is dat artsen die al eens kampten met emotionele problemen het belang van de voorgestelde strategieën over het algemeen hoger inschatten (2).

Welke rol kan de opleiding spelen?

De studie van Atrtchine-Kachi die aangeeft dat burn-out een groot risico is bij HAIO's geeft ook aan dat de opleiding een belangrijke rol kan spelen. Om burn-out te voorkomen moeten de medische faculteiten onder andere meer focussen op stageplaatsen waar het werken ondergeschikt is aan het leren en de praktijkopleider (PO) aandacht heeft voor de persoonlijke en emotionele belasting van de studenten in huisartsopleiding. De grote omvang van dit probleem vergt duidelijke bewustwording bij alle leidinggevenden in de opleiding (9).

In een onderzoek uit 2017 rond 'Omgaan met stress en het verhoogd risico op burn-out: een uitdaging voor de HAIO' geeft 70% van de HAIO's aan dat er onvoldoende aandacht aan zelfzorg wordt besteed in de opleiding. 65% van de HAIO's wenst meer scholing over stressmanagement in de opleiding. Er blijkt nood te zijn aan een vak/lessenpakket/groepssessie om meer informatie te verkrijgen over de bestaande hulpinitiatieven (zoals Doctors4Doctors, Arts in Nood, Mijn kwartier, ECHTT,…), over omgaan met stress en verantwoordelijkheid en over praktische handvaten om de balans tussen werk en privé te handhaven. Sommige HAIO's zouden dit zelfs al aanraden in het laatste jaar van de opleiding tot basisarts. In tweede instantie wordt er gewezen naar de rol die de PO speelt in de opleiding. HAIO's willen meer respect en naleving van de werkuren. Ook het ICHO kan hierin een rol spelen door een strengere houding aan te nemen t.a.v. praktijkopleiders. Tot slot wordt melding gemaakt van de bijkomende belasting van de thesis en portfolio wat ertoe leidt dat de HAIO weinig vrije tijd heeft (11). De HAIO's vermelden ook de volgende zaken om in de toekomst met stress te kunnen omgaan: maandelijkse reflectiebijeenkomsten voor huisartsen en een groepspraktijk met secretariaat, een betere controle over de balans werk-privé en het beter opvoeden van patiënten (11).

Een ander relevant artikel rond opleiding dat reeds in 2016 plaatsvond is dat van 'Preventiestrategieën voor burn-out tijdens de artsenopleiding'. In dit beschrijvend en kwalitatief onderzoek ging men bij huisartsenopleiders in Vlaanderen na in hoeverre ze mogelijke preventiestrategieën al dan niet expliciet implementeren in de opleiding van hun jonge collega's (19). Huisartsenopleiders zijn zich goed bewust van de valkuilen voor burn-out eigen aan het vak en de persoonlijkheid van de zorgverlener. De opleiders vinden dat zowel de huisartsenopleiding als de artsenorganisaties zoals ECHTT en Doctors4Doctors een belangrijke rol kunnen spelen in sensibilisering en primaire preventie (19).

Andere suggesties voor preventiestrategieën in de opleiding tot huisarts waren de volgende (19):

- Communicatietraining: de deelnemers pleitten voor een communicatietraining tijdens de opleiding in een beschermd milieu. Bij sommigen was dit reeds duidelijk geïmplementeerd in het vaardighedenonderwijs, bij anderen niet.

- Timemanagement: door een training over timemanagement en door de studenten gedurende een bepaalde periode een simulatiepraktijk te laten runnen, waarbij ze zelf hun tijdsbesteding moeten regelen.

- Aandacht voor samenwerking en praktijkorganisatie: de deelnemers erkenden het belang van samenwerking met andere actoren in de eerste lijn. Dit bv. door studenten een praktijkoefening uit te laten voeren in samenwerking met verschillende disciplines.

- Aandacht voor persoonlijk functioneren: door het weren van reddersfantasieën, het leren omgaan met onzekerheid en het tijdig zicht te krijgen op mogelijk disfunctioneren om op tijd bij te sturen. Ondanks dat dit als heel belangrijk werd gepercipieerd, is het momenteel slechts impliciet aanwezig in boodschappen en attitudes die men aan de studenten meegeeft.

Er werd tevens vermeld dat er een groot verschil was tussen de verschillende universiteiten en dat er binnen eenzelfde instelling geen duidelijk plan naar voren kwam. De studie concludeert dat het beschikbaar zijn van hulpmiddelen om aan zelfpreventie van burn-out te doen, wenselijk is voor zowel de loontrekkende als de zelfstandige arts en dat het belangrijk is om deze zo snel mogelijk in de opleiding tot huisarts in te bouwen (19).

2.3. Bedenkingen

Uit de literatuur blijkt dus dat er meer moet ingezet op preventie van burn-out en versterking van bevlogenheid bij artsen, maar ook bij HAIO's. Uit verschillende hoeken wordt er steeds meer en meer aandacht aan geschonken. In verschillende studies worden al een aantal maatregelen vermeld, maar welke maatregelen denken HAIO's zelf dat er genomen moet worden? Ervaren HAIO's dat ze voldoende voor zichzelf zorgen, en/of voldoende kennis over zelfzorg hebben? Ervaren ze het als nuttig? Welke barrières zijn er? Hebben ze het gevoel dat ze er zelf een rol in kunnen spelen of moet dit vooral extern geregeld worden? Bovendien wordt vermeld dat de opleiding een belangrijke rol kan spelen, maar hoe moet dat dan precies ingevuld worden?

3. Onderzoeksopzet

3.1. Keuze voor een kwalitatieve onderzoeksmethode: de focusgroep

Om een antwoord te bieden op de verschillende onderzoeksvragen wordt beroep gedaan op de volgende onderzoeksmethode: een prospectief, descriptief kwalitatief onderzoek en dit a.d.h.v. gestructureerde focusgroepen.

De resultaten berusten dus vooral op percepties, ervaringen en meningen van mensen. Het doel is om te achterhalen wat HAIO's zélf denken over zelfzorg, wat hun ervaring reeds is en hoe ze denken dit te verbeteren. Keuze voor een focusgroep berust in het feit dat deze studie meer in de diepte informatie wou verwerven over bepaalde standpunten, discussie wou bekomen en ruimte wou laten voor het uiten van gevoelens.

3.2. Studiepopulatie

Er werd beoogd 2 focusgroepen met telkens 6 à 8 deelnemers te bekomen. De deelnemers dienden allen HAIO's te zijn, die verbonden zijn aan het ICHO. Binnen het kader van deze Manamathesis was het echter niet mogelijk om het aantal deelnemers te laten afhangen van het bekomen van data-saturatie. Motivatie voor het aantal deelnemers: 2 groepen leek voldoende qua representativiteit en met 6 à 8 deelnemers bereik je voldoende interactie, maar zodanig dat iedereen ook wel kan deelnemen.

Rekrutering gebeurde a.d.h.v. mailing, via de ICHO-website en door geïnteresseerden persoonlijk aan te spreken. Deze uitnodiging bevatte hierbij telkens het *informed consent* en bijgevoegde informatie (zie bijlage 3). Belangrijk om te vermelden is dat er geen representatieve steekproef werd nagestreefd, maar dat het vooral de bedoeling was om de meningen en ervaringen van HAIO's te verzamelen. Wel werd getracht de studiepopulatie zo breed mogelijk op te zetten, zijnde een mix van geslacht en universiteit, om ook een diversiteit aan antwoorden te kunnen krijgen.

3.3. Verloop van een focusgroep

Voor de focusgroep begon diende elke deelnemer een *informed consent* te ondertekenen (zie bijlage 3) en een demografische vragenlijst in te vullen.

De focusgroepen verliepen volgens een bepaald script (zie bijlage 2). De topiclijst werd als dusdanig uitgewerkt om een antwoord te krijgen op de onderzoeksvragen van dit onderzoek en dit o.b.v. uitgebreid voorbereidend literatuuronderzoek. Er werd hierbij gekozen om de vragen zo open mogelijk te stellen resulterend in zo breed en diep mogelijke antwoorden. Deze lijst werd niet op voorhand getest, maar grondig doorsproken door een interprofessioneel samengesteld team bestaande uit 2 huisartsen en een psycholoog-gedragstherapeut. De topiclijst diende niet te worden aangepast tijdens het verloop van data-verzameling. 'Onderzoeker 1' modereerde de focusgroep en 'onderzoeker 2' fungeerde als notulist. Elke focusgroep besloeg ongeveer 4u.

Tijdens de focusgroep werd begonnen met een casus waarbij bepaalde stellingen hoorden die peilde naar *locus of control* bij burn-out enerzijds en anderzijds of iemand na een burn-out nog geschikt wordt bevonden als arts. In de discussie werd gepeild naar de vooropgestelde topics. Ten slotte werd er gevraagd naar welke strategieën de deelnemers zelf voor ogen hadden zodanig dat zelfzorg verbeterd kan worden. Hierbij werd gekozen voor een nominale aanpak. Dit werd opgesplitst in een deel algemeen

en een deel opleiding. De deelnemers werden uitgenodigd individueel suggesties te doen ter verbetering van de zelfzorg bij HAIO's in het algemeen en in de opleiding. Na bespreking van de suggesties in de groep (Zijn het allemaal verschillende voorstellen? Of kunnen sommige voorstellen samengenomen worden? Zijn alle voorstellen voor iedereen voldoende duidelijk?) kenden de deelnemers scores toe (1 tot 5, met 5 de score voor het voorstel dat als meest interessant / belangrijk werd beoordeeld), telkens aan vijf 'algemene' suggesties en aan vijf suggesties op het vlak van opleiding. Suggesties met de hoogste scores kunnen beschouwd worden als het meest prioritair. Daartegenover kunnen suggesties met het meeste aantal stemmen beschouwd worden als het meest populair. Er werd ook gecorrigeerd voor het verschil in groepsgrootte om zo de voorgestelde maatregelen van de 2 focusgroepen te kunnen vergelijken. De score van focusgroep 1 werd vermenigvuldigd met een factor 1.4, vanwege de grootte van focusgroep 2.

3.4. Analyse van de focusgroep

De focusgroep werd opgenomen en vervolgens met respect voor de privacy getranscribeerd. Vervolgens werden deze transcripten meermaals doorgelezen en fragmenten met betrekking tot de verschillende onderzoeksvragen aangeduid en onderlinge relaties bekeken. Verder werden deze fragmenten nauwkeurig gecodeerd met Nvivo®. Bij deze data-analyse werd er gekozen om eerst open en vervolgens axiaal te coderen. Bij het groeperen ontstonden zo categorieën die een antwoord konden bieden op de onderzoeksvragen. Er werd niet onafhankelijk gecodeerd, wel werd deze codering overlegd met de promotor om zo een kritische reflectie te bekomen over het analyseproces en de resultaten.

3.5. Beschrijving studiepopulatie

*Tabel 1: karakteristieken deelnemers (n = 13) (focusgroep 1: n=5, focusgroep 2: n=8) (*WGC= wijkgezondheidscentrum)*

HAIO's	Geslacht	Leeftijd	Universiteit	Jaar	Praktijk (+ voordien)	Participatie nominale groep
Groep 1						
HAIO 1.1	Vrouw	30 jaar	UA	8	Groep	Ja
HAIO 1.2	Vrouw	42 jaar	UA	9	WGC*	Scoring later
HAIO 1.3	Vrouw	27 jaar	KUL	9	WGC	Ja
HAIO 1.4	Vrouw	27 jaar	UA	8	Groep	Ja
HAIO 1.5	Man	25 jaar	UA	8	Groep	Ja
Groep 2						
HAIO 2.1	Vrouw	26 jaar	UA	8	Groep	Nee
HAIO 2.2	Vrouw	25 jaar	KUL	8	Groep	Ja
HAIO 2.3	Vrouw	26 jaar	UA	9	Groep (WGC)	Ja
HAIO 2.4	Vrouw	26 jaar	UA	9	WGC (groep)	Ja
HAIO 2.5	Vrouw	25 jaar	UA	8	Groep (duo)	Ja
HAIO 2.6	Vrouw	26 jaar	KUL	8	Groep	Ja
HAIO 2.7	Vrouw	26 jaar	UA	8	Groep (duo)	Ja
HAIO 2.8	Vrouw	27 jaar	UA	9	WGC (groep)	Ja

3.6. Ethisch Comité

Dit onderzoek werd gestart na gunstig advies van het Ethisch Comité (zie bijlage 4).

4. Resultaten

4.1. Wat is zelfzorg?

De deelnemers beschrijven zelfzorg als lief zijn voor jezelf, zorgen voor jezelf en op tijd ontspanning zoeken. Maar evengoed als de lat niet te hoog leggen en niet te hard zijn voor jezelf als het niet lukt. Bovendien wordt benadrukt dat het niet enkel tijd nemen is voor hobby's of andere nevenactiviteiten, maar ook leren om tot rust te komen en stil te staan bij jezelf.

Verder geven ze aan dat grenzen aangeven heel belangrijk is. Ze zijn daarbij op zoek naar een evenwicht tussen het HAIO-zijn enerzijds, maar ook voldoende aandacht hebben voor het privéleven anderzijds.

Daarnaast wordt ventileren als zeer belangrijk ervaren en dit zowel thuis (partner, familie, vrienden) als op het werk (praktijkopleider of collega's) of in een seminarie. Bij die laatste twee wenst men dat er ruimte is voor wat stoom te kunnen aflaten over moeilijke patiënten, casussen waar moeilijkheden werden in ondervonden en twijfels die er zijn. De vraag 'hoe gaat het met je' wordt hierbij als zeer nuttig ervaren. Dus algemeen is omkadering zeer van belang: familie, vrienden, goede band met PO, goede band met collega's en het seminarie waarin in openheid gesproken kan gesproken worden.

Tenslotte wordt enkele malen benoemd dat praktijkorganisatie van belang is en dus de praktijk waarin je werkt een belangrijk bijdrage kan vormen in hoe je zelfzorg ervaart.

'Maar als ik dan denk, hoe komt het dat ik mezelf goed heb gevoeld, dan is dat doordat, wat al veel is gezegd, naast uw HAIO-schap andere dingen doen, dat je thuis komt en even kunt babbelen, dat je kunt ontspannen. Tijdens mijn HAIO-jaren zelf, dat ik dan mensen heb, die vragen ' hoe gaat het' en je kunt zeggen 'goed' of 'niet goed', dat je samen eet, dat er ruimte is voor overleg'. (2.3)

'Ik denk ook, veel van wat er gezegd wordt, maar ik denk ook wel: durven praten als het niet goed gaat, het in de groep gooien. Of niet zozeer in de groep, maar, of één op één. Dat je dat niet bij u houdt. Dat je het durft te bespreken, he. Dus, dat ik vind ik voor mij een hele belangrijke. Dat je dat durft verbaliseren, van zo voel ik mij bij die situatie: wat vind jij? Wat zou ik daaraan moeten doen?' (1.2)

'Vroeger zou ik gezegd hebben: op tijd gaan slapen, op tijd opstaan, zien dat je lichaamsbeweging hebt, gezonde voeding, maar dat is allemaal zever als je niet eerst mentaal ok zijt. Het is inderdaad de lat niet zo hoog leggen, jezelf niets verwijten. Mild zijn voor jezelf. Lief zijn voor jezelf. Uzelf kunnen sussen als het toch niet is gelopen zoals je het wou.' (1.4)

'Maar omdat je dat zo zegt, denk ik dat zelfzorg ook praktijkorganisatie is. Bv. een gemeenschappelijke middagruimte, een secretariaat dat de telefoons opneemt, een agenda, een goede wachtregeling voor de week én het weekend.' (2.4)

4.2. Nut van zelfzorg

De deelnemende HAIO's geven aan dat ze beter functioneren als ze aan zelfzorg doen.

'Ja ik functioneer beter daarmee. Als je wat ruimte hebt.. ja gewoon wat ruimte hebt, dan functioneer je beter. Ik functioneer niet onder druk, maar onder rust.' (1.1)

'Ik denk ook het feit dat je het gevoel hebt van ik heb controle over, en psyche is een groot woord, maar hoe ik over de dag sta en hoe ik mezelf tot rust kan brengen of niet. Als je daar controle over kunt hebben, door bv zo'n app of door wat je ook doet voor zelfzorg, en die wetenschap is heel belangrijk in het aankunnen van het dagelijks leven.

'(…) Eens dat je ontdekt wat dat is voor u, om u mentaal rustig te houden, zelfs bij moeilijke situaties, dat is zoals het vinden van het gouden ei eigenlijk. (…)' (1.2)

Daar tegenover wordt vermeld dat het minder aandacht geven aan zelfzorg, negatieve gevolgen heeft voor de praktijkvoering: bv. minder geduld hebben, minder vriendelijk kunnen zijn, etc. .

'Ik vind dat je dat ook merkt aan je motivatie, ik ben nu 2 weken achter elkaar van wacht geweest, ik heb 4 wachten gedaan op die 2 weken en ik merk dat gewoon dat ik 's ochtends echt geen zin heb om er terug aan te beginnen. Terwijl als je zo een weekend hebt, of vrije dagen, of 's avonds iets leuk hebt. Nu als ik 's avonds thuis ben, ga ik gewoon slapen. Terwijl als je wat meer tijd hebt, dan doe ik mijn job ook veel liever, dan sta ik er ook gemotiveerder en met meer energie. Terwijl nu is dat zo… .' (2.7)

'Ik heb dat inderdaad ook gemerkt toen ik 2 weken alleen was toen de anderen op vakantie waren, dat uw zelfzorg vermindert. Want je werkt dan inderdaad tot 21u a 21u30, elke dag, dat je echt supermoe bent. Als de patiënt dan niet direct, anders heb ik veel geduld met patiënten, maar als de patiënt dan niet direct antwoordt op een vraag, alé, dat je gewoon het antwoord wil weten op die vraag, dat je dan ietske prikkelbaarder bent. Alé, dat je dan zo minder geduld hebt. Dat ik dan zo achteraf dacht, goh bij die mensen, ben ik nu onbeleefd geweest?' (2.1)

De HAIO's geven zelfs aan dat een arts met (signalen van) een burn-out, niet geschikt is om verder te functioneren als arts. Ze vinden het belangrijk dat artsen de signalen van de burn-out bij zichzelf niet gaan negeren.

'Ik denk dat ook, maar ik denk dat als je er echt door zit, als je diep zit, dan dat je op die moment je werk ook echt niet goed kan doen en dat niet een onberekenbaar persoon, maar wel op die moment geen goede arts.' (1.3)

Maar ze vinden het wel een mogelijke sterkte dat een arts een burn-out heeft gehad en zo zelfs sneller de alarmsignalen kan opvangen

'Sterker ook, je wordt een ervaringsdeskundige en je herkent en erkent dat bij patiënten.' (1.5)

'Want als je je eigen kwetsbaarheden kent, stel u voor dat hij iemand krijgt met ook psychische klachten, kan ik me voorstellen dat dingen die je herkent van uzelf dat je daar ook, dat je die sneller oppikt dan iemand anders en daar ook gevoeliger mee overweg kan.' (2.1)

'Ik denk dat als je er goed mee omgaat, je wel uzelf heel goed leert kennen. En inderdaad uw grenzen goed leert kennen en dat je inderdaad wat dingen leert van hoe je ermee moet omgaan. Dus… op een manier kan je jezelf wel beschermen voor de toekomst.' (2.7)

Ondanks dat ze vinden dat er een mogelijkheid is om er sterker uit te komen, door jezelf beter te leren kennen, geven ze ook aan dat dat geen absolute zekerheid is.

'Het is daarom dat ik zeg het is kort voor de bocht, het is niet zo simpel. Het is niet dat je zoiets meemaakt, dat je er sowieso sterker uit komt. Sommige mensen leren er uit, sommige niet en maken dezelfde fout opnieuw.' (1.1)

'Maar die kwetsbaarheid blijft sowieso wel, je kan uw valkuilen wel kennen, maar als je een persoonlijkheid hebt die steeds over grenzen gaat, dan denk ik wel dat dat iets moeilijk is, alé dat dat gewoon een kwetsbaarheid blijft. Je kan er wel sterker uitkomen, alé, maar je moet er toch voor oppassen uiteindelijk, denk ik.' (2.1)

Er komen ook enkele persoonlijke getuigenissen van HAIO's die zelf ervaringen hebben met te weinig zelfzorg en de gevolgen daarvan (zoals een burn-out).

'Ik heb dat al heel lang, ik ben er echt doorgesukkeld, ik functioneer en ik ga nooit in een burn-out, ik blijf wel altijd functioneren, maar ik voel me in de tussentijd wel absoluut niet gelukkig. Dat wil ik veranderen dit jaar.' (1.1)

'Ja ik weet het, maar zo is dat bij mij ook gegaan. En op een bepaald moment, weende ik heel veel, zondagavond weende ik dat maandag moest gaan werken. Maandagavond was ik blij dat het dinsdag vrij was, dinsdagavond weende ik dat ik woensdag moest gaan werken. Ik voelde steeds; dit klopt niet, maar je blijft doorgaan en doorgaan en op den duur, moest ik mij op de tram voor de praktijk, iedere dag op de tram; 'komaan, je gaat het overleven, straks kan je naar huis, het gaat ok zijn, mensen gaan vriendelijk zijn. Je kunt het.' En ik kon dat niet en ik had geen energie over en op den duur merkte ik dat ik thuis ook niet gelukkig was.' (1.4)

'Inderdaad. Ik heb mij voorgenomen, ik hoop dat niemand dit ooit moet meemaken. Het is verschrikkelijk. Dat wens je zelf je vijanden niet toe.' (1.4)

4.3. Zelfzorgstrategieën die zelfzorg kunnen verbeteren

Tijdens de focusgroepen was het opvallend dat het thema als zeer belangrijk wordt ervaren en zo werden er tal van suggesties gedaan. Omdat veel factoren bijdragen tot zelfzorg, kunnen er ook vele maatregelen worden genomen om ze te bevorderen. De suggesties die worden beschreven, zijn gericht op de persoon zelf, de opleiding en ten slotte de werksituatie (met soms een rol voor beleidsmakers). Deze maatregelen zijn soms met elkaar verbonden en kunnen een wisselwerking op elkaar uitoefenen.

4.3.1. Persoonlijk

Grenzen bewaken

Dit gaat over het durven aangeven van grenzen: je eigen grenzen respecteren en er niet over gaat (zowel tijdsgrenzen, werk, omgang met andere mensen). Dit wordt ook gezien als een vorm van assertiviteit.

'Ja op de momenten, op het moment dat mijn oma dan 6 weken geleden haar infarct deed, het is nu even een hectische 2 maand, toen heb ik ook gezegd ik ga nu niet werken. Nu kan ik dat niet aan, nu moet ik even rust nemen. Dat is dan weer zelfzorg door niet te gaan werken. Dat is wat geven en nemen, dat is wat zoeken van hoe zorg ik ervoor dat ik niet onderuit ga.' (1.5)

'Ja maar ook op werkvlak. In mijn praktijk hebben wij nogal veel nieuwe artsen, dus alle taken moesten herverdeeld worden, dus vanzelfsprekend dat ik er ook een paar opneem, maar dan moet je ook zo leren van 'ah ja, dit projectje ga ik niet aannemen en dit wel'. En dat ik ook zoiets dat je wel moet leren. Dat je op het werk zelf ook aan zelfzorg doet…. .' (2.4)

En dit, het bewaken van grenzen, durven doen zonder schuldgevoelens.

'Bij mij is het zo moeilijk, want bij mij is zelfzorg vooral heel hard grenzen aangeven, maar op het moment dat je uw grenzen aangeeft en u daar dan de hele avond slecht over voelt, is dat eigenlijk geen zelfzorg meer. En dan volgende keer denk je, ik ga geen nee zeggen want dan ga ik me slecht voelen, maar dan voel je u ook slecht omdat je daar dan nog de hele avond zit. Ik ben er nog niet uit. Maar voor mij is het niet altijd positief om voor u eigen te kiezen, als je u daarna slecht voelt.' (1.3)

Maar ook naar vrienden en familie toe, die buiten de werkuren om nog eens beslag nemen op de HAIO als dokter zijnde.

'Maar ook zelfzorg, ik weet niet of jullie dat hebben, maar zo vrienden buiten de geneeskunde die zo vragen: 'ah zeg, jij bent dokter en…, of familie. En dat vind ik wel belangrijk, en ik kap dat af, maar dat is niet altijd evident. Of zo voorschriftjes schrijven voor dit of dat.' (2.4)

Hierbij wordt aangehaald dat het belangrijk is om te communiceren als de werkomstandigheden niet goed zijn. Durven te benoemen wat niet goed zit; dat er dingen moeten veranderen. Maar ook zaken die op je lever liggen, kunnen bespreken, wederom assertief durven zijn.

'Dat is inderdaad: het aangeven, want stel u voor dat de omstandigheden zijn niet goed, je doet zelfzorg. De omstandigheden blijven slecht, je begint meer en meer zelfzorg te doen. Maar natuurlijk als je aan de omstandigheden niet verandert, kun je blijven dingen voor jezelf doen, maar in feite moet je de oorzaak ook wel aanpakken dus.' (2.1)

Hulp durven zoeken

HAIO's zouden eerder moeten durven aangeven dat het niet gaat en daadwerkelijk hulp durven zoeken.

'Ik denk inderdaad ook, alé op het werk dan, maar dat is persoonlijk, durven aangeven dat er iets is. Ik ben nu in de zomer veel weken alleen geweest, wat eigenlijk helemaal niet erg was. Maar die waren dan zo bezig, 'oh de zomer zalig, je gaat veel tijd hebben voor uw masterproef en voor zomertaken', maar ik was alleen. Dus je werkt eigenlijk heel hard als je alleen bent. Maar dan zijn die teruggekomen en dan heb ik dat ook gewoon gezegd, dat dat voor mij helemaal niet zo rustig was geweest. En dan is het natuurlijk hun reactie he. Maar dat is inderdaad ook zelfzorg he. Durven zeggen als het niet zo goed gaat.' (2.7)

'Dan is een hulpverlener hebben zo belangrijk; een goede huisarts, een goede coach, een goede psycholoog. (…)Nu ben ik op een moment van ik raad iedereen dat aan, niet om eronder door te gaan, maar om die coaching te doen en jezelf te leren kennen en terug te gaan naar vroeger en wat deed je vroeger graag en terug te ontdekken wie dat je zijt. Want door opleiding geneeskunde verlies je jezelf helemaal, want het enige dat ge moet zien is dat je goede punten haalt en dan het 2e jaar, het 3e jaar en daarna het 4e jaar,… . en dan ga je samenwonen en dan kom je in je leven, en dan merk je pas dat er zoveel meer is dan enkel dat studeren. En als je dan goede begeleiding hebt, echt waar, dat is zo waardevol.' (1.4)

Er wordt ook het belang aangegeven van zelf een arts (huisarts of arbeidsgeneesheer) te raadplegen. Er wordt zelfs voorgesteld om dit jaarlijks te verplichten. Daarbij wordt aangegeven dat er ook een barrière in ligt, je moet immers bij een collega toegeven dat het niet lukt. Er bestaat discussie over; of je dit al dan niet kan opleggen, maar de meesten vinden dat er niets mis is met een jaarlijks onderzoek. Ze maken daarbij de vergelijking met verschillende andere sectoren waar dat reeds zo is (bv. bij artsen in een ziekenhuis die naar een arbeidsgeneesheer gaan). Het zou daardoor net drempelverlagend kunnen werken, of bv. door het te linken aan een accreditatie. Ze willen op deze manier ook nagaan of een arts nog arbeidsgeschikt is. Inzetten op preventie enerzijds, maar anderzijds ook secundaire preventie door het vroegtijdig signaleren van mogelijke problemen. En als valnet; dat je weet dat je bij iemand terecht kan, als je voelt dat het niet goed gaat of als het te veel wordt.

'Ik denk dat hulp laagdrempelig beschikbaar moet zijn, hulp moet er zijn en als mensen dan effectief dat punt hebben bereikt die hulp nodig te hebben, dat die er dan gemakkelijk is.' (1.1)

Daarbij worden ook de initiatieven van 'Doctors4doctors' (D4D) en 'Arts In Nood' vermeld, maar er wordt aangegeven dat er te weinig informatie rond wordt gegeven. Niet iedereen kent het. Dus meer promotie en informatie over deze initiatieven zou hierin kunnen helpen. Nog enkele barrières die vermeld worden, zijn de volgende: het heersende taboe (een arts gaat moeilijker een arts raadplegen en toegeven dat het niet goed gaat) en de kostprijs.

'Ik denk, het moet laagdrempelig aanwezig zijn én anoniem, zodat je iemand in vertrouwen kan aanspreken, zonder dat uw collega's dat weten… .' (1.1)

'Ja de coach rekent wel veel aan, van Doctors4Doctors dan nog. Die zijn wel duur. Ik betaal 125 euro per keer, maar ja, het is de schoonste cadeau die je aan jezelf kunt geven, vind ik. Dus ik heb dat er voor over, maar ja niet iedereen natuurlijk. Dus dat is natuurlijk weer een barrière.' (1.4)

Mediteren

Mediteren wordt gezien als een mogelijke bron van zelfzorg; als een moment van rust om te voelen en na te gaan welke gevoelens er in je opkomen. Er wordt vermeld dat het helpt om te relativeren en los te laten.

'Voor mij is dat mediteren. Ik doe dat elke dag nu, sinds een paar maanden. Om echt even helemaal naar mezelf terug te gaan. En ja, dat is meestal met een app met geleide meditatie, Headspace. Er komen vaak vragen in, vandaag ging het bv.: ' wat vind jij belangrijk in uw leven'?' (1.4)

Ventileren

De HAIO's vinden het belangrijk te durven benoemen dat het niet goed en te zeggen waar je mee zit. Dat kan met de PO zijn, maar evengoed met hun partner, familie of vrienden. Het kan dan heel breed zijn, bv. gaan over moeilijke zaken die je tegen komt, maar ook gewoon persoonlijke zaken (hoe je weekend is, leuke plannen, enz.). Daarnaast kan de simpele vraag: "Hoe gaat het met je?" een heel groot verschil maken. Zo maak je het immers bespreekbaar en geef je de mogelijkheid om te zeggen 'goed' of 'niet goed'.

Hierbij wordt verder het belang van een goede omkadering vermeld: partner, familie, vrienden, goede collega's, praktijkopleider, seminarie en stagecoördinator (STACO).

'Bij mij was dat echt wel ventileren. Of zo na een moeilijk, of confronterende, of moeilijke interacties met patiënten, of tijdens een overleg of niet tijdens een overleg, maar gewoon dat je echt zegt: ik heb dit meegemaakt, en dat echt is doorspreken en dan kun je dat eens loslaten, dat is wel iets… Ik heb daar ook wel een hele goede buurvrouw in, die ook bij ons gewerkt heeft en patiënten ook vaak kent en ja, die, alé dat helpt echt. Met iemand die de situatie kent, de praktijk, de patiënten, maar daar niet in werkt, ja.' (1.2)

'Ja, ik zeg het, ik heb 's middags heel veel aan het kunnen overleggen over patiënten, in mijn praktijk zijn heel veel sociale gevallen om u tegen te zeggen en dan heb je wel echt…. Dat ventileren doet heel veel, er is ook ruimte voor voorzien en mijn PO is ook heel, die vraagt ook heel veel: 'gaat het?'.' (2.4)

'Voor mij is zelfzorg ook: even kunnen zagen en klagen over alle problemen die je die dag hebt gehad of over die patiënten of over die dingen. Mijne vriend moet heel wat aanhoren, dat weet ik wel ((haha)), maar op zich, wij bellen vaak overdag, tijdens de lunch bv. want wij hebben geen gemeenschappelijke ruimte waar wij lunchen dus dan zit ik altijd aan mijn bureau en dan moet ik even kunnen ventileren over stomme patiënten en die heeft daar echt niets aan, maar die luistert dan gewoon en dat doet zoveel deugd om dat gewoon eens te kunnen zeggen. En die kan mij ook niet helpen, maar gewoon dat is te kunnen zeggen, doet echt veel deugd, dat is voor mij ook zelfzorg. En dan kan ik dat veel gemakkelijker plaatsen en gemakkelijker loslaten.' (2.6)

Voldoening

Voldoening die je krijgt door de appreciatie die je krijgt, wetende dat je iets goed aan het doen bent, praktijkvoering kan zo ook een vorm van zelfzorg vormen.

Het gevoel iets goed te doen en dat kan zowel in het beroep zijn als daarbuiten. Iemand geeft daarbij het voorbeeld van bloed te doneren. Die persoon beschouwt het zowel als een moment voor zichzelf als als een positieve daad voor een ander, en dus als een belangrijke bron van zelfzorg.

'Dat was omdat ik het gevoel had dat ik die mensen kan helpen, of gewoon om daarbij te zijn en het gevoel dat ik iets goed doe. Het gevoel dat ik iets goed doe met mijn actie is voor mij zelfzorg. Dat ik achteraf in mijn bed kan liggen en kan denken nu heb ik alles gedaan.' (1.5)

'Ik heb vorige week de praktijk helemaal alleen gedaan. (…) En ik kom op huisbezoek, en een patiënt zegt tegen mij, awel ik vind dat je er verrassend ontspannen uit ziet, ja 'ik doe het zo graag'. Ja, gewoon die interactie met die

mensen, gewoon iemand uit de nood kunnen helpen en uw best doen voor die mensen dat is voor mij, dat geeft me zo'n geluk, ik doe dit graag, ik doe dit goed. En dan is het wel belangrijk dat je ook ruimte vindt voor alle andere dingen, maar in die zin is praktijkvoering, is dat zelfzorg. Zolang ik het niet te veel moet doen.' (1.5)

Vrije tijd – rust

Dit omvat tijd durven nemen voor jezelf en tijd voor hobby's en die tijd evt. ook inplannen in je agenda. Daarnaast ook tijd om tot rust te komen, stil te staan bij jezelf en dit zonder je schuldig te voelen.

'Dat je u eigen tijd geeft, leert om tot rust te komen, ook heel belangrijk. Dus dat je effectief tijd voor jezelf inplant en dat je niet te hard bent voor uzelf als het niet lukt en het niet gaat.' (1.1)

'Ik heb geschreven: interne reflectie, maar even bij uzelf stilstaan en herkennen van signalen, van dit is voor mij te veel en dit ga ik eraan doen, dus het wat leren herkennen van, van druppels die te veel zijn en ja het ook leren van dingen die voor u helpen als zelfzorg.' (1.5)

Er wordt aangegeven dat 'niets moeten doen' ook zelfzorg kan zijn. 'Niets moeten doen' impliceert dat er een toelating is, dat er een sociale acceptatie is tot niets doen.

'Voor mij, maar dat is persoonlijk, is zelfzorg ook gewoon even niets mogen doen. Gewoon dat je niet moogt doen, dat je gewoon even niets moet. Niet uw lijstje moet afmaken, van dat moet nog en dat moet nog… Maar gewoon dat je veen een minuutje niets moet.' (2.6)

Er wordt ook gesproken over het belang van voldoende 'tijd te maken'. Er wordt daarbij het onderscheid gemaakt met 'tijd hebben'. 'Tijd maken' bevat een intern proces, iets dat je zelf doet. 'Tijd hebben' impliceert dat je het niet zelf in handen hebt en is dus een extern gegeven.

'Ik had ook prioriteiten leren stellen voor jezelf. Dat is zowat hetzelfde als tijd maken.' (2.2)

'Ale, mijn eerste ingeving is, je moet zeggen als het niet zo is, dat is dat tijd hebben dan is dat precies minder uw eigen verantwoordelijkheid, dan verwacht je misschien dat een overheid.., dat er tijd wordt gecreëerd. Terwijl tijd maken dan meer uw eigen… alé dat is het verschil, denk ik. Maar ik weet niet of jullie dat ook zien?' (Onderzoeker 2)

'Ik denk dat dat wel hetgeen is dat ik daarstraks bedoelde, dat je soms een drukke agenda hebt, al zit dat vol met leuke dingen, toch soms zegt 'nee', want ik heb er geen zin in. Tijd maken. Prioriteiten kiezen inderdaad.' (2.7)

Ze vinden een evenwicht tussen werk en vrije tijd belangrijk (de zogenaamde *work-life balance*).

'Ja ik speel rugby, maar ik organiseer daar ook nog vanalles, ik ga naar de scouts, vrienden van geneeskunde, familie,… . Ik ben bijna nooit thuis en dan is het gewoon belangrijk om dat allemaal te regelen en te zien dat je niet ja… Naar uzelf kijken en af en toe ook eens rustig thuis zitten en proberen een momentje voor uzelf te nemen, dat is ook belangrijk.' (2.4)

'Maar als ik zie van dan heb ik een drukke week dan zet ik zo iets in mijn agenda dat het zogezegd geblokkeerd is, alé dat is voor mezelf en dan weet ik: ah dat is gewoon mijn moment en dan doe ik waar ik zin in heb.' (2.5)

'En inderdaad ook, alé voor mij toch, veel dingen buiten geneeskunde hebben. Dat je zo niet het gevoel hebt dat dokter zijn uw leven wordt. (..)Maar ik vind het wel belangrijk dat je niet het gevoel hebt dat dat alles is.' (2.1)

'Algemeen dat de privé/werk balans belangrijk is. Dat is ook meer maatschappij gericht, dat de maatschappij zo dat moet vinden en denken ook. Ik weet niet hoe dat exact kan opgelost worden… .' (2.3)

Andere

Leren omgaan met (sociale) media:

'Het sluit een beetje aan op assertiviteit en minder prestatiedrang, maar zo uzelf weerbaar maken tegen idealen van Facebook en Instagram. Ik heb zo vrienden die 20x per jaar op reis gaan en dan denk ik, oei, ik sta helemaal

achter, want ik heb een opleiding en ik kan niet op reis gaan. Dus hoe dat je uzelf daar weerbaarder tegen maakt, dat je meer handvaten voor krijgt, van kijk; ' dat is niet de echte wereld', omdat dat dat gewoon op uw GSM voorbijkomt.' (2.5)

'Ik wou net zeggen wat zelfzorg is, voor mij is dat ook: gsm bewust thuis laten wanneer ik afspreek met vrienden of als ik naar de winkel ga, ik ben heel rap geneigd om die gsm te pakken en te checken, bv voor een rood licht en hup die gsm; en dat is zo bevrijdend als ik die dan niet bij heb. Dat is ook echt zelfzorg, of zo op airplane modus en die in mijn slaapkamer leggen en dan heel de dag zonder gsm, dat is ook echt zelfzorg voor mij. Want anders voel ik mij zo heel gevangen door continu te willen reageren. Dat is ook een valkuil, dat weet ik ondertussen. Anticipeer ik nu op.' (1.4)

4.3.2. Opleiding

Praktijkopleider (PO)

De HAIO's zien de PO als een belangrijk steunfiguur en vinden dat er bij de PO een bepaalde verantwoordelijkheid ligt om te kijken naar het welzijn van zijn/haar HAIO. Een PO hebben is een meerwaarde van de HAIO-opleiding, een 1 op 1 relatie, versus arts-assistenten in het ziekenhuis die dat veel minder hebben.

Ze benadrukken het belang van een goede band met de PO: dat er ruimte is om dingen te zeggen en te benoemen, professionele zaken enerzijds maar ook persoonlijke zaken anderzijds bv. onzekerheden.

'Dat er voor de PO's wordt opgelegd om tijd te maken voor zelfzorg en tijd maken voor uw HAIO, samen een goeie relatie creëren met uw HAIO. Samen is een keer, of samen pauze pakken of samen lunchen of eens een keer op café gaan. Dat ze dat ook tegen de PO's zeggen, van uw HAIO is uw collega, maar je moet geen vrienden worden, maar dat je u goed voelt!' (1.4)

Er wordt voorgesteld PO's meer bewust te maken van het belang van een goeie relatie met de HAIO en nadruk te leggen op zelfzorg in het algemeen. Het zou een goede evolutie zijn, mochten PO's regelmatig navragen hoe de HAIO zijn zelfzorg invult en daar ook een bewustwording rond creëert. De HAIO's zien het als een taak van de PO om regelmatig na te gaan hoe het gaat met de HAIO en om regelmatig feedback te geven, om dat op tijd op te vangen. Door als PO zelf de oprechte vraag te stellen van 'hoe gaat het' wordt er ruimte voor gecreëerd en laat je zien dat het bespreekbaar is.

'Ja, ik vind zo bij ons, we hebben 1x per maand zo een ICHO gesprek, over mijn taken en zo. En dat begint altijd ook met te vragen hoe het met mij gaat. Dat is natuurlijke een heel gemakkelijke om iets te zeggen als het niet goed zou gaan. Maar als je iemand hebt die er nooit naar vraagt, dan…durf je misschien niet?' (2.7)

'Ik denk dat het ook de taak is van de praktijk waar dat die zit, om regelmatig feedback te geven en te vragen van hoe gaat het. Om dat op tijd op te vangen, euhm, ik denk dat je als PO, zeker als het niet uw eerste keer is, wel kunt zien, van oei, het gaat hier precies niet goed met mijn HAIO. En als je dat niet ziet, heel actief navragen, want wie weet kan die dat heel goed verstoppen. Euhm, en dat die als HAIO dat zelf niet doorheeft, van oei, nu ga ik over mijn grens. Dat het niet alleen aan de HAIO zelf ligt.' (2.5)

'En je bent duidelijk nog in opleiding he. Ale. Dus je werkt bij iemand en die is verantwoordelijk voor u. In mijn 1e jaar heeft mijn PO er wel een aantal gesprekken met mij over gehad, alé, over grenzen stellen en te zorgen dat je niet te veel naar de ene of de andere kant zwaait. Het kan zijn dat je een gebrek aan zelfcontrole hebt, maar ik verwacht dat de PO, alé een GOEDE PO, u daarin begeleidt.' (2.4)

Het overlegmoment is daarbij van cruciaal belang om dingen te kunnen bespreken en het is van belang dat daar tijd voor gemaakt wordt. Ook het overleggen van patiënten, in het bijzonder kunnen ventileren over bepaalde casussen. De HAIO's vinden het belangrijk dat er voldoende ruimte wordt voorzien.

'Ja, ik zeg het, ik heb 's middags heel veel aan het kunnen overleggen over patiënten, in mijn praktijk zijn heel veel sociale gevallen om u tegen te zeggen en dan heb je wel echt…. Dat ventileren doet heel veel, er is ook ruimte voor voorzien en mijn PO is ook heel, die vraagt ook heel veel: 'gaat het?'.' (2.4)

'En we hebben een gesprek daarover gehad en ik had gezegd van stuurt me a.u.b. nog niet meteen op huisbezoek want ik heb daar heel veel schrik voor, ik wil me eerst zeker voelen in de praktijk, want ik voel me heel onzeker. En zei zo : van ja X, huisbezoek, iedereen moet dat doen he. Wie gaat u anders volgend jaar aannemen als jij geen huisbezoeken doet? Terwijl ik dacht van ja, wat is dat nu voor steun? Ik had dan ook geen zin meer om terug te gaan, want dat was één van de zovele opmerkingen, maar ik heb dat ook op mijn sollicitatie gezegd, van dat vind ik lastig, dus misschien kunnen we dat in het begin samen doen of zo? En ja dan zei ze, 'oh ja, ik weet dat ook nog, mijn eerste huisbezoeken! En we zullen ervoor zorgen dat de overstap vlotjes verloopt. En geeft dat op tijd aan'.' (1.4)

Dat kan eventueel ook een wisselwerking zijn tussen PO en HAIO.

'Bij mijn PO werkt dat, ik heb er eerst voor gezorgd dat zij aan zelfzorg moest doen, die werkt echt te hard en dan zei ik van; ik heb nu een koffie gezet en nu ga je de volgende patiënt niet zien voor die op is en je 10 minuten met mij gebabbeld hebt en nadien is die dat zelf zo beginnen implementeren. En is die zo van, awel ja dat is goed, en hoe is het nu met u?' (1.5)

Naast het overleg wordt ook het functioneringsgesprek benoemd, waarbij je feedback aan elkaar kan geven. Bepaalde punten op tafel kan leggen, waardoor er zaken in de samenwerking positief kunnen veranderen. Het wordt als nuttig ervaren binnen zelfzorg omdat het onderliggende dingen naar boven kan halen en zo tot zelfzorg kan leiden. Er wordt voorgesteld daar evt. een verplichte deadline voor te nemen, zodanig dat de HAIO niet het initiatief moet nemen.

'Ik vind zo'n functioneringsgesprek wel iets handig, ik heb daar echt wel een aantal punten op tafel durven leggen, omdat er eigenlijk, je schrijft dat eerst voorzichtig neer zonder je reactie ziet en pas achteraf ga je erover praten, waardoor de punten al op tafel liggen en er zijn wel aantal dingen daardoor veranderd die mij beter doen hebben laten voelen. Dus dat moet zeker ook op tijd worden ingepland, ik heb dat ook zelf aangehaald en het was al eind januari ofzo, maar dan zei ik dat ik dat wel graag eens wou doen en op tafel leggen. Goh ik vind dat toch ook een stukske zelfzorg.' (2.5)

De PO wordt daarbij beschouwd als een belangrijk voorbeeldfiguur.

'Het is ook het voorbeeld van de PO dat belangrijk is, je wil niet de zwakke HAIO zijn, als die nu elke avond tot 9 à 10u werkt, dan is het lastig als die dan vragen om eens een uur te blijven om dan te zeggen ja eigenlijk… . terwijl als uw PO wel vaak tot 4 à 5u werkt, kan je dat wel gemakkelijker aangeven van 'sorry, nee'.' (2.4)

Stagecoördinator (STACO) en seminarie

De HAIO's vinden het belangrijk dat er ook tijd en ruimte wordt voorzien om over zelfzorg te praten met hun STACO en tijdens de seminaries. Dit door het actief te bevragen; hoe zit je als dokter in je vel, hoe zit je als mens in je vel? Eventueel zelfs is een keer een heel seminarie daarrond laten draaien, maar eigenlijk moet er elk seminarie wel ietwat ruimte voor voorzien worden (bv. als een afgebakende plek). Dat de STACO dus tijd neemt om te vragen hoe het met je gaat, wat hij of zij kan immers een belangrijke ondersteuning vormen als het niet goed gaat. De STACO fungeert ook als meldpunt als het niet goed tussen de HAIO en zijn PO/werkplek. De boodschap is dat het seminarie niet alleen dient om in te gaan op het medische, maar evengoed om in te gaan op de persoonlijke beleving bij het huisarts worden in al zijn aspecten.

Belangrijk daarbij is dat je je comfortabel voelt in de groep en dat is iets dat soms moet groeien. Daarbij komt het belang van een groep die goed zit en de rol van de STACO om zelfzorg te normaliseren en ruimte hiervoor te bieden.

'Ik moet eerlijk zeggen dat die seminaries mij ook wel deugd hebben gedaan, dat je zo met vragenrondje, als er iets was dat je dat ook op tafel kon leggen. En dat vond ik ook wel fijn, dat je weet, er is nog iets helemaal anders, buiten mijn praktijk, buiten mijn vriendengroep, ook nog. Een groep waartegen ik dat ik vertrouwen kan zeggen en als ik daar weg ben dan zie ik die ook niet. Dat was voor mij ook een heel fijn gevoel.' (2.5)

'Onze STACO begint wel zo altijd met een rondje van het hart. Dat je zo kunt vertellen wat er goed is en wat minder goed.' (2.7)

Onzekerheden delen of elkaar steunen, omdat je hetzelfde onder gaat, maar anderzijds kan het kijken naar 2^{e}jaars ook steun bieden, doordat je kan zien hoever iemand al kan staan 1 jaar verder.

'Ja dat is ook wel opvallend, mijn eerste jaar heb ik daar ook veel aan gehad aan mijn seminariegroep. (…) Maar het eerste jaar, iedereen zit met hetzelfde he, je wordt wat voor de leeuwen gegooid.' (2.4)

'Ik vind het ook fijn om te zien hoe dat jullie dan, eigenlijk maar één jaar verder en dan denk ik 'wow, jij weet zoveel' Haha, maar je ziet dat wel dat groot verschil op het einde van het 1e jaar en ja eigenlijk ik sta daar nu ooit en dat komt allemaal wel. Dat is fijn om zo al wat in de toekomst te kunnen kijken.' (2.5)

Bovendien heeft het een belangrijke ventileerfunctie en is het een steunfactor als het moeilijk gaat.

'Ik heb daarin mijn seminariegroep heel hard in vertrouwen genomen, want ja ik ben ook niet meer naar het seminarie gekomen een paar maanden, dus ze wisten wel dat er iets aan de hand was. De eerste keer dat ik terug kwam, heb ik mijn verhaal wel verteld en dat was heel emotioneel. En sommigen vertelden ook wel zo'n ervaringen dat ze hadden, of soms ook op de grens. En sindsdien zijn we alleen maar een dichtere groep. En er kan echt wel veel harder geventileerd worden over iets, of er kan wel een verhaal komen dat je u schuldig voelt over die patiënt, etc.' (1.4)

Kwaliteitsbewaking praktijken

Er wordt door de HAIO's ook vermeld dat PO's beter opgeleid en gecontroleerd dienen te worden, omdat er soms toch nog misbruik is van HAIO's. Er bestaat nu wel al iets van kwaliteitsbewaking bij de STACO die daar een rol in speelt, maar ze vragen een meer objectievere evaluatie van praktijken, dat er aan bepaalde voorwaarden moet worden voldaan.

'Ik heb opgeschreven: een betere controle op de opleidingspraktijken, slash PO's. Omdat we merken, iedereen weet, dat wordt rondverteld, waar dat je zeker niet moet gaan. Maar die hebben elk jaar wel de kans om opleidingspraktijk te zijn. Dus ik vraag me af of je de kans hebt, om die… ja rotte appels zal ik het noemen, eruit te halen?' (2.2)

'Die ziet dus standaard 50 patiënten, die begint om 7u 's morgens en eindigt om 10u 's avonds, de enige reden dat die aan haar bed geraakt, is omdat die aan de overkant van de straat is en die heeft besloten, ik blijf want die praktijk is vlakbij. Je zijt op burn-out aan het afstevenen en het enige dat haar PO tegen haar zegt is, je werkt nog te traag he.' (1.5)

'Ik heb ook een vriendin die gestopt is in het midden van het jaar omdat geen burn-out, maar ze moest ook veel te veel werken en die moest elke dag bij verslaafden, in de files, enz., en dan snel naar de praktijk, maar die had wel een hele goeie STACO. (…)' (1.3)

'Wel er zijn echt veel PO's die ronduit incompetent zijn.' (1.5)

Soortgelijke zaken worden ook vermeld wat betreft de promotor die de Manamathesis begeleidt. Er is een groot verschil tussen de promotoren qua bereikbaarheid en hulp. Ze suggereren dat hier mee

controle op gebeurt enerzijds, anderzijds suggereren ze vaste afspraakmomenten te implementeren.

Tutorgroep/focusgroep/reflectiegroep

Een ander voorstel is om een soort focusgroep facultatief aan te bieden waarbij er gereflecteerd kan worden over zelfzorg, evt. bij het lijstje opleidingen van het ICHO. Zoals de tutorgroepjes van de UA die ook op facultatieve basis worden gehouden en dit in een kleine en veilige groep.

Facultatief omdat het belangrijk is dat je zoiets niet tegen je zin doet. Maar wel dat het wordt geïntegreerd in de opleiding en dat het actief wordt aangeboden.

'Maar ik denk nu wel tijdens de HAIO opleiding, dat je afgelijnde momenten hebt, zonder dat je u persé slecht moet voelen, maar afgelijnde momenten over psychisch functioneren. En ook in de praktijk. Dat ze zeggen, bij iedereen gaan we in januari en april gaan we 20 minuten praten over… Want nu is het een grote drempel om dat op tafel te leggen, terwijl als dat gewoon een routine wordt van dan en dan… dan is daar tijd voor. (…) Ik zou misschien ook als ICHO zijnde een soort focusgroep zelfzorg aanbieden, dat dat ook een beetje op tafel wordt gelegd, van kijk: HAIO zijn is niet gemakkelijk, je komt in contact met heel moeilijke prikkels, moeilijke patiënten, moeilijke collega's te maken. En dat is wel iets waar je je bewust van moet zijn. En je kunt inde focusgroep starten, dat dat eigenlijk een georganiseerd iets wordt.' (1.2)

'Ik had ook geschreven, een soort van focusgroep, in de opleiding. (…) Dus als dat kan worden aangeboden aan degene die er behoefte aan hebben, dat hoeft voor mij niet per se verplicht zijn. Een soort van seminarie maar dan gaat het niet over medische dingen, maar over: hoe beleef je het huisarts zijn en… .' (2.8)

'Zoals die tutorship groepjes, zoals in het 6e en 7e jaar, ik denk dat dat wel interessant kan zijn voor sommige mensen.'(2.8)

Lessen zelfzorg – persoonlijke ontwikkeling

Bovendien geven de HAIO's ook aan dat ze het belangrijk vinden dat er in de opleiding meer aandacht wordt geschonken aan zelfzorg en dat er meer tijd voor wordt gemaakt in de lessen, bv. in de lessen communicatie. Er wordt zelfs gesuggereerd om het als vak an sich aan te bieden, een vak zelfzorg/vak dokters voor dokters. Er zou daarbij meer bewustwording kunnen gecreëerd worden rond het risico van burn-out, signaalopmerking en hoe je dat gaat aanpakken.

Er kunnen bv. ook zelfzorgtechnieken worden aangeboden, zoals bv. mindfulness, mediteren,… .

'En begeleiding rond verschillende manieren van zelfzorg is het laatste dat ik heb opgeschreven. Ja want zelfzorg is een vaag begrip en dat is voor iedereen anders, maar ik had bv nooit gedacht dat mediteren iets voor mij ging zijn, dat is te zweverig, maar je komt daar ook nooit mee in aanmerking als je zo vooroordelen hebt.' (1.4)

'Of dat er eens een getuigenis komt of zo. Of dat er boeken worden aangeraden, gewoon al zit je met zo een paar kleine symptomen, gewoon dat je denkt; ah misschien kan ik daar wel… ja.' (1.4)

'En als laatste had ik: meer handvaten die bruikbaar zijn voor zelfzorg. Want we moeten wel heel veel van die zelfreflecties maken, maar ik wil eigenlijk geen puntjes die je erin moet zetten, maar zo wat concrete voorbeelden, dingen waar je echt mee aan de slag kan, i.p.v. puntjes die in uw verslag moeten staan over zelfzorg. Dat dat meer vanuit het ICHO mogelijk moet zijn.' (2.5)

Rond de reeds bestaande tool van zelfreflecties wordt aangegeven dat dat reeds een meerwaarde vormde. Een andere deelnemer vertelde dat ze een barrière voelde omdat het de professoren waren die het lazen en dat er een bepaalde quotering aan vast hing, waardoor ze niet helemaal eerlijk haar gedachtegang durfde weergeven.

'Ik denk dat; we moeten bij communicatie heel veel zelfreflecties en zo..., ik heb daar heel veel aangehad omdat ik dat wel nodig had om te reflecteren, maar je hebt dus ook kei veel studenten die dat weglachen, maar ik denk dat dat zo waardevol is als je dat fatsoenlijk aanpakt en echt wél naar uzelf probeert te kijken.' (1.4)

Daarenboven wordt ook de nood aan een (betere) begeleiding bij de keuze voor de specialisatie aangegeven.

'In de opleiding geneeskunde: goede begeleiding bij keuze van specialisatie, binnen dat vak dokters voor dokters bv. Ik heb bv geschreven: wie ben je? Waar wil je naartoe in je leven? Wat zijn je levensdoelen? Hoe zie jij je toekomst? Waar ben je mee bezig in je leven, wat wil je zeker blijven doen? Wat vind je niet zo prioritair? En sluit de keuze van uw specialisatie hierbij aan? Of?' (1.4)

'Hoe maak je realistische specialisatiekeuzes. Je hebt altijd mensen die daar onder door gaan, omdat ze 2 beroepen hebben gekozen, waar maar 1 plaats voor is, die al lang weggeven is.' (1.5)

'In mijn jaar hebben 2 mensen zelfmoord gepleegd, omdat die niet aanvaard is en de andere… Alé het zal niet de enige reden zijn he, maar ja..' (1.3)

Ten slotte wordt ook vermeld dat er meer uitleg mag worden gegeven over mogelijke hulpverlening: zoals D4D, Arts in Nood, etc. (zoals reeds vermeld in de paragraaf rond 'hulp durven zoeken'). De opleiding kan een belangrijke rol spelen in het promoten en beter kenbaar maken en eventueel zo drempelverlagend werken.

'Ik kende dat door zelf naar zo een jongerenavond van Domus Medica, zelf les over burn-out te gaan volgen, omdat ik wist dat ik hulp nodig had en zo heb ik gehoord, aah dit is Doctors4Doctors, ah dat is dees, ik wist niet dat dat bestond.' (1.4)

Opvangpunt ICHO

Zoals eerder reeds vermeld rond kwaliteitsbewaking van PO's en STACO's, suggereren ze een soort meldpunt bij het ICHO waar HAIO's laagdrempelig terecht kunnen voor klachten enerzijds, maar anderzijds als aanspreekpunt wanneer iemand zich niet goed in zijn vel voelt.

'Wat misschien ook wel mogelijk zou moeten zijn, is dat als je erdoor zit, dat je bij mensen van het ICHO terecht kunt en dat je geen 125 euro per keer moet betalen.' (1.5)

'Ja, want ik heb hier ook zo 'meldpunt' geschreven. Stel dat het niet goed gaat tussen u en uw PO, maar eigenlijk is het dan uw STACO he.' (2.7)

Maar dat er ook vanuit het ICHO een opvangpunt is voor zij die zitten met onzekerheden wat betreft de keuze voor huisarts.

'Ik ben nooit met 100% goesting aan huisarts begonnen, omdat het meer een verplichting was, en dan is het voor mij wel heel moeilijk aan iedereen rondom mij die huisarts doet, even aan te kaarten van, begin januari, van 'ik zie het niet meer'. Want iedereen rondom mij is van 'oei, vind je huisarts te min?' En dat is zo meteen wat je uit elke hoek krijgt, want iedereen rondom u is huisarts: uw PO, uw STACO, het ICHO. Alé, je hebt zo heel weinig mensen waar dat je eens tegen kunt ventileren. (…) En die zelfzorg heb ik wel echt gemist, alé mensen die mij daarin concreet konden ondersteunen. Dat was wel hetgeen dat is zou fijn vinden, moest er concreet iets zijn over: 'wat als je twijfelt over uw opleiding'.' (2.5)

'En zelfs als je 100% eerst voor huisarts gaat, kan het zijn dat je toch denkt: 'oei, het was toch een verkeerde beslissing', en dan is er niemand en dat is echt wel jammer.' (2.5)

Overzicht – communicaties opdrachten

Ze wensen ook een beter overzicht van alle taken en deadlines: wat, wanneer en hoe? Ze vragen daarbij dat er ook duidelijker en frequenter over de verschillende deadlines gecommuniceerd wordt.

'Ik was aan het denken dat het handig was voor de opleiding praktisch als ze een duidelijk overzicht gaven van wat, wanneer en hoe.' (1.5)

Daarnaast ook een duidelijke omschrijving van de portfolio en van de examens. Dat het ook meer uniform kan, want sommige STACO's en PO's vullen het anders is.

'Misschien bijkomende taken: ik vind dat sommige omschrijvingen gewoon duidelijker kunnen. Bv. die PUNPANDEN's, ik maak er dan 10, blijkt dat helemaal niet goed te zijn en als ik vraag hoe het wel moet dan 'ahja, beetje meer zo, beetje meer zo'. Maar ik vind daar nergens een handleiding van terug. (…) Of die examens, je moet richtlijnen leren, ok maar NHG en Domus Medica spreekt elkaar tegen, welke moet ik nu studeren? Alé, ik vind dat heel frustrerend. Ze zouden daar veel duidelijker in kunnen zijn. Kijk, dit zijn uw punten. Want je hebt daar wel een waslijst van het ICHO, maar die is niet duidelijk en die is niet afgebakend (…).' (2.5)

'Ik denk dat ze zichzelf de vraag moeten stellen, wat willen ze met die opdrachten bereiken en daar dan richtlijnen rond maken, dat dan inderdaad wat zelf ingevuld kan worden. Nu is het vaak: 'maak dit' en wat is het doel daar nu eigenlijk van? Ja, dat kleurt iedereen dan weer anders in en dat maakt het voor mij frustrerend, wat moet ik nu eigenlijk doen?' (2.5)

Werkdruk

Belang van een duidelijk werkschema te hebben en het WOP (Werk-en Opleidinsplan) ook beter te controleren.

'Ja, je werkt 4/5e, maar bv. ook op dinsdag dan werk ik van 8 tot 12, maar ik ben ook nooit in mijn uren volledig klaar en dat ligt misschien ook gewoon aan mezelf, maar uiteindelijk ga je er altijd een beetje over. En daar wordt precies geen rekening mee gehouden, echt in uren. Je hebt zoveel uren consultatie, maar daarna ben je niet klaar.' (2.8)

'Ja een vast blok in uw WOP, dat je administratieve tijd hebt, want er komt altijd veel bij kijken.' (2.4)

'Ik heb nog een paar suggesties voor de opleiding: dus dat ze zich aan de 40-uren werkweek moeten houden, dus dat betekent inclusief al die andere dingen die we ernaast moeten doen.' (1.1)

'Dat er misschien een controle van het WOP is door het ICHO en dat zij zeggen dat het een haalbaar WOP is of niet. (…) Dat er een externe factor is, die zegt van dat WOP, dat klopt toch niet helemaal. Dat het ICHO dat dan controleert, of de STACO. (…)' (2.5)

Daartegenover wordt vermeldt dat een WOP dat goed in orde is, net een enorm meerwaarde kan vormen.

'Zoals het WOP-schema, als ze zich daar ook aan houden. Ik kan voor mezelf zeggen, dat ik eigenlijk vrij veel tijd heb voor mezelf en dat komt doordat bij ons is dat allemaal zo vast geregeld die consulten en eigenlijk is dat zalig. Ik weet altijd perfect wanneer ik begin en wanneer ik naar huis ga, bij wijze van spreken en er zal geen uur verschil op zitten, dus dat is wel echt tof.' (2.2)

Er is ook een vraag naar vermindering van de werkdruk.

'Voor mij persoonlijk, maar ook voor heel wat andere HAIO's zouden al die extra taken wel wat geminderd mogen worden. Of op een andere manier ingericht. Want ik vind het wel leuk om naar seminarie te gaan en lessen te volgen. Maar ik vind het niet leuk om thuis te moeten komen of in het weekend en dan aan je thesis te moeten werken.' (2.8)

'Ik vind dat ze dat, naar een gewone werkweek, ze betalen ons ook voor een gewone werkweek, dus dan moet daar een gewone werkweek. En dat ze beter hun examens afschaffen, minder portfolio en minder seminaries en in de plaats daarvan praktische lessen geven; hoe vraag ik mijn zelfstandige statuut aan? Hoe regel ik mijn financiën? Welke contracten moet ik ondertekenen? Wat moet er instaan als je u aansluit? Ook praktische zaken; zoals zorgtraject van diabetes, wat staat in hoofdstuk IV, al die dingen waarvan we niets weten hoe te starten *(…) Ik*

vind dat ze meer moeten uitgaan van de intrinsieke motivatie van de HAIO, i.p.v. het aan banden leggen met opdrachten.(…)' (1.1)

Tijd voor de thesis; er zijn een aantal stemmen die aangeven dat de thesis te tijdrovend is en dat de voorziene tijd daarvoor niet voldoende is, waardoor veelal vrije tijd wordt aangesproken. Een aantal mensen zou liever de thesis aanschaffen, maar andere beseffen ook dat het eigen is aan een Manama-opleiding. Er wordt ook gesuggereerd om de thesis minder uitgebreid te maken of te vervangen door een paper. Er wordt geopperd evt. een soort afgebakende tijd als een blok, vrij te krijgen.

'Tijd voor uw thesis! Dat is niet helemaal hetzelfde, maar uiteindelijk, als je in andere richtingen kijkt. Zeker die weken voor dat dat binnen moet.' (1.3)

'Of meedoen aan doctoraatsproject. Ik heb al gedacht waarom laten ze ons niet meewerken aan een stukje van een doctoraat, dat is toch interessanter dan dat je uit uw eigen zo een thesis schrijft die op niks slaat en je weet het zelf. Alé… . Omdat je gewoon niet de tijd hebt.' (2.2)

Iemand geeft aan de dinsdag echt als vrije dag te willen hebben, want veel HAIO's werken er alsnog een halve dag.

10% HAIO opleiding vrijgekomen voor eigen invulling

Daarnaast werd de vraag gesteld aan de deelnemende HAIO's dat stel dat er 10% tijd vrijkomt in de HAIO-opleiding, hoe zouden zij dat dan invullen om zich verder te kunnen ontplooien? Dit omdat zelfontplooiing een belangrijke bron van zelfzorg kan vormen.

De antwoorden op deze vraag werden zeer divers ingevuld.

'Zelfzorg! Ik zou dat implementeren: een boek lezen, tekenen, vrijwilligerswerk doen,…' (1.4)

'Ik zou lessen wel zien zitten; maar dan zo meer praktisch gericht van: hoe word ik zelfstandig? (...) Hoe werkt een BVBA?' (1.1)

'Ik dacht misschien ook van die extra-curriculaire stages: zo is een dag meevolgen met de kinesist, met de apotheker. (…) En ik zou het fijn vinden, moest dat meer ingebouwd kunnen worden.' (2.5)

'Zo wat praktische dingen dan. Ik zou bv. graag eens bij de dermatoloog of de oftalmoloog gaan, zo die kleine dingen waar je toch veel te maken mee hebt, maar wat je naar mijn gevoel tijdens de opleiding te weinig in contact mee zijt gekomen. Of is een halve dag meevolgen met de arbeidsgeneesheer, maar ik weet niet hoe dat zou moeten… .' (2.4)

'Of dat dat zelfs geregeld wordt, zoals de stages doorheen de jaren heen, bv. iedereen die een halve dag met arbeidsgeneesheer wil volgen, zich daarvoor kan inschrijven via de opleidingssite.' (2.8)

4.3.3. Werk

Agenda

De HAIO's vinden het belangrijk inspraak te hebben bij het opstellen van de agenda en dat ze inspraak hebben op het aantal afspraken.

'En hoeveel tijd dat je vraagt per patiënt enz., dat is ook voor een stuk zelfzorg, denk ik, op uw werk dan, op werkvlak. Dat je inderdaad voldoende tijd hebt, dat je niet het gevoel hebt dat je achter de feiten aanloopt of dat je zo voor niets tijd genoeg hebt.' (2.1)

Ze wensen dat hun schema niet te druk is, zodanig dat ze ook echt de tijd hebben voor hun patiënten.

'Ik vind dat ook, als ik zo wat tijd heb, dan neem ik al eens een doppler bij een zwangere, dan vraag ik hoe het thuis is en dat zijn inderdaad wel dingen die het huisartsenberoep fijner maken en zo is wat meer over de patiënt en daar tijd en ruimte voor hebben om met uw patiënten bezig te zijn en niet altijd maar opzoeken of zorgen dat je op tijd zijt en met uw volgende patiënt kunt beginnen. Maar gewoon tijd maken voor u en voor uw patiënt.' (2.5)

Veel HAIO's voelen dat ze nood hebben aan buffers binnen hun schema: een moment dat ze kunnen uitlopen of tijd hebben om wat bij te werken.

'Ik kan mijn agenda zelf instellen, ik heb kwartier kwartier kwartier buffer, kwartier kwartier kwartier buffer, kwartier, kwartier buffer: 3 1 3 1 2 1(…). Zodra je een depressieve patiënt hebt, ben je blij dat je al die buffers hebt.' (1.5)

'Ik zou graag een buffer willen, bijna elke dag is het dat ik uitloop, ik vind dat wel stresserend.' (1.3)

Belangrijk is wel om dit goed te overleggen binnen het praktijkgebeuren en hier goede afspraken rond te hebben, dat iedereen zich daar goed bij voelt en op dezelfde lijn zit.

'Goh ik denk in zo'n grote groepspraktijk als wij, wij zijn met 8 of 9 artsen en veel verpleegkundigen, heb je wel iemand nodig die dat, anders wordt dat chaos.' (1.2)

'Ik denk dat je dat echt op voorhand al goed moet vastleggen, als er ergens discussie bij ons over is dan is het inderdaad die agenda's.' (2.2)

Bovendien vinden dat ze er binnen hun WOP tijd moet zijn voor administratie.

'Dat is.. in mijn ding is er wel tijd voor administratie te regelen. Ik heb echt gedaan met het werk. Je moet gewoon zorgen dat er tijd is voor administratie. Binnen het werken he.' (2.4)

Goede collega's

Een netwerk van goede collega's hebben die je steunen wordt als zeer belangrijk ervaren. Een omgeving die je steunt, kan ervoor zorgen ervoor dat je sterker in je schoenen staat en vormt een deel van de omkadering van de HAIO. HAIO's vinden het belangrijk om zich een evenwaardig deel van een team te kunnen voelen.

'Ik was aan het denken aan de praktijk waar ik sta en de werkdruk zou daar zo hoog kunnen zijn als dat ze toestaan en je kunt daar zo kwetsbaar zijn als dat je wilt, maar in die praktijk doen ze zoveel safety netting en ze zorgen daar heel goed voor mekaar.(…)' (1.5)

'Awel, dus dat er zowel dat je kunt vragen, maar dat er ook tijd is om te lachen, als er iets leuk is, interesse in elkaar.' (2.7)

'Ik heb ook opgeschreven, dat je zo momentjes hebt samen met uw PO, dat overlapt dan een beetje met 'dat je tijd hebt voor overleg'. Maar niet alleen met uw PO, maar ook met andere collega's. Zo samen eten. (…) Ja zo echt een keer, teambuilding, ja zoiets. Iets echt totaal, niet over werk. Dan leer je de PO ook op een andere manier kennen.' (2.6)

Middagpauze en pauzes reserveren

Voorts wordt aangegeven dat samen een middagpauze hebben zeer nuttig is, dit om te ventileren enerzijds, maar ook om over privézaken te kunnen praten en een band te kunnen scheppen met collega's. Wel geeft iemand dat je moet oppassen dat het geen overlegmoment wordt, maar een ontspanningsmoment blijft.

'Wat ik in mijn tweede praktijk heel tof vond, dat ze s middags altijd samen zaten. Ik dacht dat wordt sowieso een toffe praktijk, want die hechten daar veel aandacht aan dat er samen wordt gegeten, er wordt een lunch voorzien,..

Dat zijn zo van die kleine dingen die wel supertof zijn. Vooral dat vind ik heel belangrijk in mijn nieuwe praktijk, omdat dat toont hoe die er tegenover staan en hoe die met elkaar omgaan, een fijne dynamiek.' (2.3)

'Bij ons is dat ook, één van de positieve punten van onze praktijk, die aten samen (…) En dat was gewoon samen aan tafel, maar ik vond daar dan het nadeel dat er heel veel over geneeskunde werd gebabbeld, je leert mekaar niet echt kennen, dus was soms de grens; is dit een overleg of een middagpauze?' (1.4)

'Ja van dat ventileren, snap ik, en ik voel dat dat veel aangenamer is om dat te doen tegen mijn PO's tijdens het middageten, omdat die dat ook kennen.' (2.7)

'Ja dat doen wij ook en dat is ook leuk dat je niet alleen kan ventileren, maar ook over privédingen, 'wat heb je dit weekend gedaan', dat is ook gewoon tof he. Dat je even met je gedachten ertussen uit bent en niet continu in uw werk zit. Dus dat is wel tof.' (2.1)

Iemand die geen middagpauze samen met haar collega's heeft, ervaart dit als een gebrek.

'Iedereen gaat thuis eten en ik zit daar helemaal alleen. Ok dat zijn maar 2 middagen van de 4, want als de rest kan ik ook naar huis gaan, maar anders zit ik er dus wel alleen, dus ja.' (2.6)

Praktijkorganisatie

Zelfzorg kan versterkt worden door een goede praktijkorganisatie en eventueel praktijkassistenten.

'Maar omdat je dat zo zegt, denk ik dat zelfzorg ook praktijkorganisatie is. Bv. een gemeenschappelijke middagruimte, een secretariaat dat de telefoons opneemt, een agenda, een goede wachtregeling voor de week én het weekend.' (2.4)

'Ik had ook organisatie binnen de praktijk, rond hoe vaak zit je inderdaad samen, of is er ruimte of tijd om samen te praten en te eten en te ventileren. Maar ook te lachen.' (2.7)

Op praktijkniveau helpt het ook om goede afspraken rond zelfzorg en grenzen bewaken te hebben.

'Ik denk dat dat ook wel belangrijk is, als het tussen uw collega's goed zit, dat je daarna of tegelijk ook uw patiënten opvoedt. En dat het voor iedereen in de praktijk duidelijk is wat de afspraken zijn naar de patiënten toe, zodat je automatisch al in een betere werksfeer terechtkomt, dan patiënten die de hele dag liggen bellen om dezelfde dag nog gezien te worden.' (2.5)

'Inderdaad als de grenzen anders liggen per dokter… en die verwachten dat de ander ook meer werkt? Goed regels rond maken zeker.' (2.1)

'Ik denk dat je in de praktijk niet per se allemaal evenveel moet werken. Dat je gewoon moet aangeven wat dat jij wil. En dat er afspraken rond zijn. (…) Zolang dat je kan regelen dat iedereen kan werken hoeveel hij wil en grenzen kunnen behouden worden per individu, denk ik.' (2.1)

'Ik denk dat zoiets vergelijkbaars in een groepspraktijk ook wel kan werken, dat je een soort van reglement hebt? Om het zo te noemen. Waarnaar dat je kan verwijzen als het misloopt en als het u allemaal niet aanstaat, verander je dat reglement, dan zogezegd. Dat je iets hebt, een houvast…, om uw afspraken aan te koppelen.' (2.5)

Werken in teamverband kan ook een sterkte vormen.

'Ik vind in teamverband werken bv. wel heel behulpzaam voor de stress, want we hebben elke middag een half uur overleg voor patiënten. In het begin vond ik dat bizar, want ik dacht dat ik als HAIO de enigste was die daar nood aan had. Maar je merkt ook gewoon dat dat half uurtje gewoon: aaah is, alé ja van de artsen, om te kunnen ventileren, dat dat ook wel helpt.' (2.4)

Bij het bewaren van grenzen vinden sommigen dat een patiëntenstop een hulp kan vormen: maar dit heeft natuurlijk voor-en nadelen. Enerzijds is er wel het belang van tijdig een patiëntenstop in te roepen, maar het blijft een moeilijke thematiek als mensen in de buurt geen arts vinden. Er wordt gesuggereerd

evt. te werken naar Nederlands model, waarbij je in je regio uit een bepaald aantal huisartsen mag kiezen.

'Ik denk zelf voor later dat wanneer je ooit zelf in de praktijk staat, ook op tijd moet denken wanneer je een patiëntenstop moet doen. Ale, als je het niet rond krijgt met collega's, heb je te veel patiënten he.' (2.7)

'Ja want zoiets van patiëntenstop is wel gemakkelijk gezegd, maar het is het heel moeilijk he, uw praktijk is aan het boomen en je wil helpen. En er komen mensen vragen wil je me alstublieft inschrijven, want ik ben al bij 5 dokters geweest.' (2.4)

'Maar ik vind patiëntenstop ook wel moeilijk, want ik vind bv. mensen die in een straal in een km wonen dan geweigerd worden en dan een arts moeten gaan zoeken 5 km verder. Ik vind dat je met provincie Antwerpen bepaalde kerngebieden dan moet gaan afspreken.' (2.2)

'Nee, je hebt gewoon een kerngebied rond een praktijk en als je daar woont, mag je altijd binnen, patiëntenstop of niet. Met oudjes is dat wat moeilijker, maar met de nieuwe, als je dat nu begint te doen, gaat dat wel veel efficiënter worden, vooral met de huisbezoeken.' (2.2)

Ook het forfaitair systeem wordt als mogelijk systeem gezien om zelfzorg bij artsen te verbeteren. Er wordt door deelnemers gezegd dat het een aangenamere manier van werken is net omdat er geen prestatiedruk is en geen verdienmodel aan vasthangt. Binnen wijkgezondheidscentra is er vaak ook de mogelijkheid van een verpleging, psycholoog of andere paramedici, die het werken mee kunnen verlichten. (zie ook de volgende paragraaf)

'Wij sturen ook dingen minder snel door. Ik doe nu ook meer technische handelingen, spiraaltje plaatsen. Ik kan er ook ruimte en tijd voor vrijmaken, want ik moet niet verdienen. Ik kan genoeg tijd vrijmaken voor mijn patiënt. Of een sociaal of moeilijk gesprek.' (2.4)

'Ja, ik kan gemakkelijker zeggen, als het niet over is, kom binnen 2 dagen terug en dan schrijf ik antibiotica voor bv. En ik vind het veel aangenamer om zo te werken. En ook omdat je dan.. wij hebben verpleegkundigen waar je mee kan samenwerken, psychologen,… dat zit allemaal in het forfait.' (2.4)

'Ja ik denk dat zo'n forfaitair systeem, dat we daarnaar gaan evalueren, dat dat beter is.' (2.2)

Wachtposten

Het invoeren van wachtposten in het weekend en de week vinden ze een goede tendens die zowel een pluspunt is voor artsen als patiënten.

Wel volgt er een opmerking dat enkele HAIO's merken dat wachtsystemen voor het weekend frequenter voorkomen en dat weekwachten wat achterop hoppen. Ze hopen naar de toekomst toe dat beide evengoed uitgebouwd worden.

'Maar dat is misschien wel een verandering met de tijd die wij misschien gaan doorvoeren, maar inderdaad work-life balance en om 7u wachtdienst en over een paar jaar zal dat misschien wel goed lopen en dat lijkt me beter dan.' (2.8)

'Ja ok. Maar ik vind dat 2 verschillende dingen. Ja uw weekend, uw huisarts moet altijd bereikbaar zijn en dat is geregeld. Maar ik denk dat heel veel praktijken afspraakverschillen hebben voor de week.' (2.4)

Er is ook een voorstel om vanuit het ICHO recuperatie-uren te kunnen krijgen na een (weekend)wacht en dat er voorzien wordt dat HAIO's maar een maximaal aantal wachten kunnen draaien.

'Ik heb nog zoiets, recup na een wachttijd, ik weet dat dat bij specialisten ook niet is en dat die duizend keer meer wachten hebben, maar ik merk bij mezelf dat als je, ja. Bv als je een dag gewerkt hebt in het weekend en dan recup in de week.' (1.3)

'Maar ik heb opgeschreven; max aantal wachten, (..) alé ik weet dat 120u het minimum is, maar daarna zit er nog wel heel speling. En er zijn er heel veel die misbruik maken van die speling.' (1.5)

'Een gelijke verdeling van de wachten. Alé vorig jaar zat ik in een praktijk waar dat er geen weekwacht was in de buurt, dus ik heb 10 weekendwachten gedaan. Nu zit ik in een andere. Maar dat is niet altijd even eerlijk.' (2.4)

Overheid en maatschappij

Ten slotte vinden de HAIO's dat er vanuit de maatschappij of de overheid meer regulatie mag zijn binnen het huisartsenberoep om zo de werkdruk te verminderen: enerzijds door beter het huisartsentekort op te vangen en meer huisartsen te voorzien. Dit onder meer door meer ondersteunde maatregelen (praktijkassistenten) en het financieel aantrekkelijk te maken.

'Ik ben zelf wel fan van forfaitair. Voor artsen zeker en vast. Maar het helpt ook wel dat er een budget is om praktijkmedewerkers en zo…' (2.4)

Anderzijds gaan er verschillende stemmen op om het systeem voor attesten voor kortdurende arbeidsongeschiktheid af te schaffen, daarbij wordt gerefereerd naar het Nederlands systeem.

Bovendien is het moeilijk om voor patiënten de adequate psychologische begeleiding te voorzien, een extra stressor voor de HAIO's. Centra voor geestelijke gezondheidszorg hebben vaak ellenlange wachtlijsten en zelfstandige psychologen zijn voor veel mensen vaak te duur.

'Ja dat vind ik toch ook wel goed. Alé je hebt iemand met een psychologisch probleem en dan zou je moeten zeggen, van ja stel uw probleem nog 9 maanden uit, want je staat op de wachtlijst'. (2.5)

Er wordt ook aangehaald dat er vanuit de overheid meer aandacht voor geestelijke gezondheidszorg en preventie hierin zou mogen bestaan.

'Dat is een gigantisch probleem: geestelijke gezondheid. En ik weet niet of daar al veel rond gebeurd, van euhm zit je zelf met iets? Dat dat duidelijk is voor iedereen en dat dat niet een marginaal feit is, omdat dat iets is dat zoveel voortkomt.' (2.7)

De overheid kan ook een beduidende rol spelen in de promotie van zelfzorg bij artsen.

'Maar misschien kan dat voor artsen. Dat zij ook geïnformeerd worden over dat zij ook aan zelfzorg zouden moeten doen ofzo?' (2.7)

'Algemeen dat de privé/werk balans belangrijk is. Dat is ook meer maatschappij gericht, dat de maatschappij zo dat moet vinden en denken ook.' (2.3)

Dit ook door het imago van de arts bij te stellen: qua bereikbaarheid, verwachtingen t.o.v. het arts zijn (visie op arts).

'Dat is weer het ding van die artsen met het algemeen imago dat een arts hard moet werken, ik bedoel… Dat is een goede arts omdat die zo hard werkt… . (2.3)

'Oudere artsen op jongere artsen die zeggen, in onze tijd werkten we tot 11u s avonds, en nu is dat precies, die jongere generatie wil er niet voor werken.' (2.8)

Ze geven ook aan dat er minder prestatiedrang vanuit de maatschappij zou moeten zijn.

'Ik had, een ander genre, maar de hele maatschappij is gericht op perfect beeld en iedereen moet maar alles doen. Je moet een uitgebreid sociaal leven hebben, je moet het goed doen op uw job. En dat er gewoon minder prestatiedrang moet zijn, dat wordt zo een beetje, opgelegd niet, maar dat is zo… je moet maar in alles thuis zijn en je moet maar alles doen. Maar daar kan ook verandering in komen.' (2.6)

4.4. Scoring preventiestrategieën

De deelnemers kenden vervolgens scores toe aan de voorgestelde maatregelen (1 tot en met 5, met 5 de score voor het voorstel dat als meest interessant / belangrijk werd beoordeeld). Dit telkens aan vijf 'algemene' suggesties en aan vijf suggesties op het vlak van opleiding.

Tabel 2: Verbeteringen zelfzorg in het algemeen bij focusgroep 1 (n =5) (nota: één score 5 ontbreekt)

N°	Algemeen	Prioriteit gecorrigeerd	Populariteit gecorrigeerd	Gewogen Prioriteit (%)	Gewogen Populariteit (%)
1	Inspraak in agenda	28	7	28.6	20.8
2	Goede relatie PO en HAIO	18.2	5.6	18.6	16.7
3	Middagpauze	16.8	5.6	17.1	16.7
4	Pauzes inplannen tijdens consultaties	8.4	4.2	8.6	12.5
	Buffers inplannen (voor evt. uitlopen, reserve)	8.4	2.8	8.6	8.3
5	Laagdrempelig opvangpunt ICHO	7	4.2	7.1	12.5
6	Recup bij een wacht – maximaal aantal – vergoeding	5.6	1.4	5.7	4.2
7	Samen eten	4.2	1.4	4.3	4.2
8	Tijd maken voor zelfzorg	1.4	1.4	1.4	4.2
9	Signalen opmerken, reflectie over aanpak	-	-	-	-

Tabel 3: Verbeteringen in zelfzorg in de opleiding bij focusgroep 1 (n=5)

N°	Opleiding	Prioriteit gecorrigeerd	Populariteit gecorrigeerd	Gewogen prioriteit (%)	Gewogen populariteit (%)
1	Duidelijk overzicht opdrachten/deadlines – betere uitleg (bv. masterproef)	21	7	20	20
2	Respecteren werkuren (inclusief opdrachten)	18.2	7	17.3	20
3	Vak Doctors4Doctors	16.8	4.2	16	12
4	Blok voor examens – tijd voor thesis	15.4	5.6	14.7	16
5	Tijdens seminarie ook plaats voor zelfzorg	9.8	2.8	9.3	8
6	Afgelijnde momenten om over zelfzorg te praten evt. als focusgroep (facultatief)	8.4	2.8	8	8
7	Minder opdrachten, meer praktische lessen	7	2.8	6.7	8
8	Meer begeleiding bij keuze van specialisatie – leren kennen van persoonlijkheid	5.6	1.4	5.3	4,0
	STACO's en PO's opleiden en controleren	2.8	1.4	2,7	4,0
9	Bewustwording rond burn-out	-	-	-	-
	Zelfreflectie leren	-	-	-	-
	PO die aanstuurt	-	-	-	-
	Signalen leren opmerken, reflectie over aanpak	-	-	-	-
	Mindfulness/mediteren	-	-	-	-
	Verschillende soorten zelfzorg leren kennen/boeken aanraden	-	-	-	-

Tabel 4: Verbeteringen zelfzorg algemeen bij focusgroep 2 (n=7)

N°	Algemeen	Prioriteit	Populariteit	Gewogen prioriteit (%)	Gewogen populariteit (%)
1	Afschaffen 'briefjes' (arbeidsongeschiktheid)	20	5	19	14.3
2	Aandacht voor *work-life balance*	19	4	18.1	11.4
3	Belang collega's	12	5	11.4	14.3
	Ventileren	12	3	11.4	8.6
4	Assertiviteit	6	2	5.7	5.7
	Tijd voor hobby's	6	2	5.7	5.7
5	Georganiseerde wachtsystemen (weekend)	4	2	3.8	5.7
	'Samen' in praktijk	4	1	3.8	2.9
	Meer aandacht voor ggz (populatieniveau)	4	1	3.8	2.9
6	Bereikbaarheid arts	3	1	2.9	2.9
	Duidelijke afspraken in praktijk	3	2	2.9	5.7
	Weerbaarheid tegen sociale media	3	1	2.9	2.9
7	Meer huisartsen	2	1	1.9	2.9
	Prioriteiten stellen	2	1	1.9	2.9
	Terugbetaling psy	2	1	1.9	2.9
8	Niets moeten doen (mildheid)	1	1	1	2.9
	Georganiseerde wachtsystemen (week)	1	1	1	2.9
	Tijd voor zelfzorg	1	1	1	2.9
9	Forfaitair werken als arts	-	-	-	-
	Geld voor praktijkassistentie	-	-	-	-
	Imago arts bij maatschappij	-	-	-	-
	Imago arts bij collega's	-	-	-	-
	Belang vrienden	-	-	-	-
	Belang familie	-	-	-	-
	Tijd voor rust	-	-	-	-
	Promoten zelfzorg bij artsen	-	-	-	-
	Zelfzorg verplicht in LOK	-	-	-	-
	Minder prestatiedrang in maatschappij	-	-	-	-
	Sociale acceptatie tot niets doen	-	-	-	-
	Balintgroep na opleiding	-	-	-	-
	Met de fiets werken	-	-	-	-

Tabel 5: Verbeteringen zelfzorg opleiding bij focusgroep 2 (n=7)

N°	Opleiding	Prioriteit	Populariteit	Gewogen prioriteit (%)	Gewogen populariteit (%)
1	Aandacht van PO voor zelfzorg	24	5	68.6	4.8
2	Tijd voor overleg (formeel en informeel)	21	5	20	4.8
3	HAIO volwaardig teamlid	15	5	14.3	4.8
4	Duidelijk werkschema	10	4	9.5	3.8
5	Bijkomende taken afgebakend/geïntegreerd	8	3	7.6	2.9
6	Aandacht van STACO voor zelfzorg	6	3	5.7	2.9
7	Gemengde seminariegroep	5	3	4.8	2.9
	Kwaliteitsbewaking opleidingspraktijken/PO's	5	2	4.8	1.9
	Thesis afschaffen	5	1	4.8	1
8	Tijd voor administratie in praktijk	2	1	1.9	1
	Zelfzorg opnemen in ICHO-instrumenten	2	1	1.9	1
9	Teambuilding	1	1	1	1
	Tutorships (vrijwillige basis)	1	1	1	1
10	Suggesties rond zelfzorg (i.p.v. voorwaarden reflectie)	-	-	-	-
	Zelfzorg als thema in seminaries	-	-	-	-
	Sollicitatieprocedure	-	-	-	-
	Controle WOP door ICHO	-	-	-	-
	Functioneringsgesprek op initiatief van PO	-	-	-	-
	Duidelijkere omschrijving portfolio en examen	-	-	-	-
	Zin van opleidingsonderdelen verhelderen	-	-	-	-
	Tijd om op te zoeken	-	-	-	-
	Gebruiksvriendelijke ICHO website	-	-	-	-
	Gelijke verdeling wachten	-	-	-	-

4.5. Barrières om niet aan zelfzorg te doen

De HAIO's vinden de voornaamste oorzaak voor het mogelijks tekortschieten in zelfzorg een gebrek aan tijd en ruimte; dit onder meer door de werkdruk, opleidingsdruk maar ook door de combinatie met een gezin en huishouden die soms moeilijk loopt. Bovendien is er vaak een groot verantwoordelijkheidsgevoel en zitten ze met schuldgevoelens dat ze hun collega's niet in de steek willen laten. Daarnaast is het belangrijk dat de collega's met wie er wordt samenwerkt op dezelfde lijn zitten; als die zelf weinig grenzen aangeven, is het moeilijk om zelf nee te zeggen. Het gebrek aan een duidelijke praktijkvisie kan dus ook een barrière vormen.

'Ja collega's niet met extra werk willen belasten. Dat is het voornaamste, u schuldig voelen daarover. Soms ook naar patiënten toe, dat je u schuldig voelt. Maar daar heb ik ietsje minder schuldgevoel bij dan bij mijn collega's.' (1.1)

'Ja je hebt altijd wel omstandigheden he. Bij ons is ook één collega echt heel ziek geweest in de winter en het is dan ook al heel erg druk, ja dan ga jij niet zeggen van 'oei, het is wat veel' of dan ga ik dat toch niet zeggen. (…)' (2.7)

'Bij mij is het zo moeilijk, want bij mij is zelfzorg vooral heel hard grenzen aangeven, maar op het moment dat je uw grenzen aangeeft en u daar dan de hele avond slecht over voelt, is dat eigenlijk geen zelfzorg meer. En dan volgende keer denk je, ik ga geen nee zeggen want dan ga ik me slecht voelen, maar dan voel je u ook slecht omdat je daar dan nog de hele avond zit.(…)' (1.3)

'Als je zegt van iedereen moet gezien worden, dan moet je er ook voor zorgen dat dat kan. (…) Niet dat dat bij ons zo is, maar ik denk wel dat je als praktijk daar een goede lijn in moet trekken. Oftewel stuur je door naar een wachtpost, oftewel kies je om iedereen te zien, maar dan moet ook iedereen een beetje bijsteken.' (2.8)

Er wordt zelfs gesproken van een soort 'zorgverlenerscomplex'. Waarbij de deelnemers aangeven dat veel artsen heel zorgend zijn van karakter, hun patiënten zo goed mogelijk willen helpen en daardoor gemakkelijker hun grenzen overschrijden.

'Maar ik denk ook dat dat juist de barrière is. Ik denk dat voor veel ons, we zijn allen zorgend en we willen allemaal het beste. Ik merkte dat aan mezelf ook de eerste maanden, ik was zo nerveus en ik kropte alles zo op en ik kon dat ook gewoon niet loslaten thuis. (…) Zeker die eerste maanden is dat heel moeilijk. Ik denk dat dat de grootste barrière is.' (2.8)

'Ja want zoiets van patiëntenstop is wel gemakkelijk gezegd, maar het is het heel moeilijk he, uw praktijk is aan het boomen en je wil helpen. En er komen mensen vragen wil je me alstublieft inschrijven, want ik ben al bij 5 dokters geweest. (…)' (2.4)

Er zien ook een aantal mensen een valkuil in het zelfstandige statuut, waarbij je zelf je uren gaat bepalen en gemakkelijk 'te veel' uren gaat kloppen. Er is ook niemand om je te 'beschermen' of een vast werkschema dat je moet hanteren. Er ligt veel verantwoordelijkheid bij de huisarts zelf om zijn tijd in te delen en te bewaren en hoeveel extra patiënten hij of zij eventueel wil zien.

Daarnaast geeft een deelnemer ook aan dat artsen het zo gewend zijn om aan de andere kant te staan, dat ze zelf een barrière voelen om hulp voor zichzelf te zoeken. Bovendien is het vaak moeilijk voor iemand om aan te geven dat hij of zij het moeilijker heeft. Er hangt nog steeds een taboe rond.

'Maar je moet nog altijd oppassen, want er is nog altijd veel taboe rond en er zijn nog altijd heel veel artsen die er afwijzend op reageren. Ja zo simpel is het… .' (1.1)

'Dat is wel erg, want als je zijt uitgevallen, dan krijg je wel nog de stempel van 'zwakke HAIO', want dan is het moeilijker om volgend jaar nog ergens een plek te vinden, want dan zijt gij die HAIO die is uitgevallen. Dus alé… .' (2.4)

'Maar dan nog, dokters worden niet ziek. Niet alleen burn-out, maar ook, als dokter ben je niet ziek.' (1.3)

Bovendien geven ze aan dat het als HAIO zijnde moeilijker is om je grenzen aan te geven. Je bent immers 'maar de HAIO'. Een aantal mensen vinden zichzelf ondergeschikt aan hun collega's en gaan daardoor gemakkelijker over hun grenzen heen gaan. Enerzijds is dit een deel uit loyaliteit. Anderzijds is er ook taboe, angst om hoe men/anderen zal/zullen reageren, een extern verwachtingspatroon. Hierbij speelt de PO een belangrijke rol als een soort voorbeeldfiguur.

'Het is ook het voorbeeld van de PO dat belangrijk is, je wil niet de zwakke HAIO zijn, als die nu elke avond tot 9 à 10u werkt, dan is het lastig als die dan vragen om eens een uur te blijven om dan te zeggen ja eigenlijk… . terwijl als uw PO wel vaak tot 4 à 5u werkt, kan je dat wel gemakkelijker aangeven van 'sorry, nee'.' (2.4)

'Maar voor ons zal dat ook zijn, je wil het goed doen, je wil dat ze content zijn van u. dat is niet echt een stigma, maar het stigma van de goede HAIO te zijn, dat je dat wil. Ale ik wil dat ook zijn (…)' (2.1)

'Ik vind dat ook wel moeilijk, als je dan een beetje wil klagen, maar je weet, als mensen dan vertellen over hoeveel zwaarder dat zij moeten werken, of over wat zij allemaal meemaken, dan denk ik van: 'oei, dat van mij is eigenlijk

niets, ik zal het wel gewoon intrekken, het is wel ok.' Dat je dan denkt, maak ik nu zo'n groot probleem van iets dat eigenlijk heel klein is, t.o.v. wat iemand anders meemaakt. Terwijl je moet kunnen zeggen denk ik, voor mij is dat wel een groot probleem en dat moet je ventileren en niet vergelijken met andere verhalen.' (2.5)

Ten slotte denken sommige deelnemers ook dat sommige HAIO's er te weinig aandacht aan besteden doordat ze denken dat het niet persé nodig is, omdat nu alles goed met hen gaat.

'Dat is het moeilijke van een burn-out he, het is pas als je zelf tegen de lamp loopt, dat je ermee bezig zijt en als je nog nooit in die fase zijt geweest, dan ben je je daar onbewust van, hoe belangrijk dat is.' (1.1)

4.6. Attitude ten opzichte van burn-out

4.6.1. Locus of control

Als we kijken naar de visie die HAIO's hebben t.a.v. burn-out en dan vooral t.a.v. een collega HAIO met burn-out dan zien we opvallend genoeg dat de deelnemers op basis van enkele losse stellingen al vrij snel zelf een opsplitsing maken in externe versus interne factoren die bijdragen tot het krijgen van een burn-out. Het interne wordt dan vooral beschouwd als iemands persoonlijkheid, de innerlijke processen en de bagage die die persoon al met zich meedraagt. Het externe is eerder het milieu waarin iemand vertoeft en dit wordt bovendien opgedeeld in de praktijk waar ze staan (werkomstandigheden) en het opleidingsaspect waarmee ze geconfronteerd worden.

Belangrijk hierbij is dat ze het voorkomen van burn-out zien als een samenspel van zowel interne als externe factoren. De meeste deelnemers vinden evenwel dat het externe of het milieu toch meer doorweegt, maar er geeft ook iemand aan dat de basis bij een persoon kan liggen en dat het milieu daarop inspeelt. Ze vinden het bv. fout om de *locus of control* volledig extern te leggen en het bv. allemaal op een werkplek of op de maatschappij te steken, omdat de kwetsbaarheid van een persoon ook een aandeel heeft.

'Burn-out komt voor in elk type job en op elk niveau, het is een samenspel van hoe ben jij als persoon en hoe is de omgeving, hoe is je vangnet, hoe zijn je collega's en hoe zijn je patiënten.' (1.2)

'Het hangt ervan af, ik denk dat niet, want ik denk dat heel veel mensen, alé ik denk dat veel van uw karakter afhangt. Sommige mensen zijn meer prone om een burn-out te krijgen, andere mensen zijn bv heel gewapend daartegen. Maar het hangt er dan vanaf hoe zwaar dat dat milieu dan doorweegt he, das... Ja bv. iemand die daar heel sterk tegen kan, maar die gaat naar zo'n zwaar milieu dat die om 4u 's morgens opstaat om te gaan werken en om 10u 's avonds thuis is en altijd maar meer en meer verwacht, ja die zou misschien even goed kans maken op, iemand die dat qua individu dan wel perfectionistisch is en hoge verwachtingen en maar een beetje werkdruk krijgt…' (1.4)

'Is het niet altijd een wisselwerking? Als je gaat kijken wie er in ons jaar is uitgevallen, ik zou dat nooit voorspeld hebben, ik denk dat dat echt wel een wisselwerking is.' (2.5)

'Ja, maar ik denk dat dat er sowieso een basis bij de persoon zelf ligt, ik denk dat je daar moet…, ik denk persoonlijk dat de basis bij de persoon ligt en dat het door omgeving is, die daar zo op inspeelt dat je wordt geveld.' (2.6)

'Maar als je nu twee mensen in een gelijke omgeving zou zetten maar met een verschillende kwetsbaarheid kan dat wel een verschil maken. Ik denk echt dat het de combinatie is. Maar je hebt natuurlijk wel gelijk, als je in een slechte omgeving zit… iedereen heeft daar wel een bepaalde gevoeligheid voor he. (…)'(2.1)

In de volgende paragraaf gaan we dieper ingaan op wat die begrippen dan precies inhouden voor de deelnemende HAIO's:

4.6.1.1. Intern

Persoonlijke factoren spelen een rol in de kwetsbaarheid tot burn-out, zijnde: persoonlijkheid, eigen bagage die al meespeelt en die tot uiting komt door het werken en door extra stressoren.

Persoonlijkheidstrekken spelen ook een voorname rol. Sommige persoonlijkheidstrekken zijn nl. meer vatbaar voor het krijgen van een burn-out; bv. een perfectionistisch individu, hoge eisen en verwachtingen aan jezelf stellen, een groot verantwoordelijkheidsgevoel hebben, moeilijk openheid durven of kunnen tonen en moeilijk grenzen aangeven.

Zo wordt ook aangegeven dat het artsenberoep misschien wel veeleisend en stresserend is (dus een externe factor), maar dat de wijze van coping hierin enorm van belang is. Niet elke arts ontwikkelt immers een burn-out.

'Dat het van uw persoonlijkheid ook een groot stuk afhangt, denk ik, of dat je het een stresserende job vindt, ja of nee. Ik ken ook heel wat huisartsen dat daar zo weinig stress van hebben, die als ze het druk hebben, gewoon vragen aan hun patiënt of dat ze morgen terugkomen en het dan verder bekijken. En die kunnen dat zo heel goed temporiseren.' (2.2)

'Inderdaad en je verwacht dan ook nog is van uzelf ook een heel aantal dingen. Zeker ook in het begin wanneer je nog heel onzeker zijt, denk ik. Ik denk dat ik voor mezelf spreek, dat je dat ook wel stresserender ervaart dan als je een bepaalde zelfzekerheid hebt opgebouwd. Dat dingen die veeleisend zijn niet per sé stresserend worden. Maar dat is ietske dat moet groeien waarschijnlijk he.' (2.1)

'Het is misschien ook wel wat uw karakter, bv. als ik me niet goed voel, ik durf daarover te spreken en ik ben er heel open over. Iemand die misschien even sterk is als mij en daar niet over spreekt is daar misschien op die manier wel gevoeliger voor. Dus dat ligt misschien wel in het karakter, maar tegelijkertijd ook niet, alé als je snapt wat ik bedoel.' (2.5)

Wel wordt er ook aangegeven dat er vanuit de maatschappij wel gemakkelijker wordt gedacht dat het probleem bij de persoon zelf ligt, dan dat er gekeken wordt naar het externe milieu.

'Het probleem wordt inderdaad snel op de persoon gelegd i.p.v. op de omgevingsfactoren, denk ik ja.' (2.1)

4.6.1.2. Extern

Zoals reeds vermeld vond het merendeel van de deelnemende HAIO's dat het persoonlijke/interne wel van belang, maar dat het externe meer doorweegt dan het interne.

'Ik denk dat als je de omstandigheden menselijk maakt, blijven de mensen ook functioneren. Je kunt het wel menselijker maken.' (1.1)

'Als ik hoor, je hebt wel verhalen van HAIO's die zo uitvallen door burn-out, dan denk ik eerder van: oei, die plek zal heel zwaar zijn geweest, of er zal geen goede begeleiding zijn geweest, in de plaats van dat ik denk: 'oh, die jongen kan het niet ofzo'.' (2.3)

Dit externe weegt zelfs zodanig door dat er ook door enkele deelnemers werd aangegeven dat het bewaken van zelfzorg niet enkel iets persoonlijks is, maar dat het ook van belang is dat iemand extern het mee bewaakt. Dat externe kan dan de praktijk zijn waar je werkt en meer specifiek de PO.

'Ik denk dat het ook de taak is van de praktijk waar dat die zit, om regelmatig feedback te geven en te vragen van hoe gaat het. Om dat op tijd op te vangen, euhm, ik denk dat je als PO, zeker als het niet uw eerste keer is, wel kunt zien, van oei, het gaat hier precies niet goed met mijn HAIO. En als je dat niet ziet, heel actief gaat navragen, want wie weet kan die dat heel goed verstoppen. Euhm, en dat die als HAIO dat zelf niet doorheeft, van oei, nu ga ik over mijn grens. Dat het niet alleen aan de HAIO zelf ligt.' (2.5)

'Of dat die dat niet durft aangeven. Je hebt niet alles zelf onder controle in zo'n situatie, heel veel dingen worden u opgelegd vanuit de praktijk. Als je een goed contact hebt, kun en durf je dat aangeven, maar als contact slechter loopt, euhm, heb je niet alles zelf in de hand en helpt het als iemand ietske oprecht vraagt.' (2.1)

'En je bent duidelijk nog in opleiding he. Ale. Dus je werkt bij iemand en die is verantwoordelijk voor u. In mijn 1e jaar heeft mijn PO er wel een aantal gesprekken met mij over gehad, alé, over grenzen stellen en te zorgen dat je niet te veel naar de ene of de andere kant zwaait. Het kan zijn dat je een gebrek aan zelfcontrole hebt, maar ik verwacht dat de PO, alé een GOEDE PO, u daarin begeleidt.' (2.4)

5. Discussie

Zelfzorg is een thema dat leeft onder de HAIO's, het wordt als zeer nuttig ervaren om een heel scala aan psychosociale problemen te voorkomen. De HAIO's vinden tevens dat artsen die aan zelfzorg doen, hun job ook beter kunnen uitoefenen. Daartegenover staat dat artsen met een burn-out zo snel mogelijk uit het werkveld moeten gaan, omdat ze hun job niet meer naar behoren kunnen uitoefenen. Wel kunnen die artsen uit de laatste categorie een mogelijke meerwaarde vormen voor hun patiënten doordat ze alarmsignalen sneller herkennen en het probleem erkennen.

De HAIO's beschouwen een burn-out als een wisselwerking tussen interne (iemands persoonlijkheid en de bagage die iemand met zich meedraagt) en externe factoren (de werk- en opleidingsomstandigheden en contextuele factoren), waarbij ze meer klemtoon leggen op de laatste elementen. De *locus of control* extern plaatsen heeft ook implicaties voor de door HAIO's gesuggereerde zelfzorgstrategieën. Inderdaad, de prioritaire en populaire maatregelen betreffen vooral zaken die op extern gebied te situeren zijn. Er komt immers duidelijk naar voor dat ze vinden dat een grote bron van zelfzorg zit in het feit dat veel van de externe omstandigheden verbeterd zouden moeten worden. Bovendien kunnen externe mogendheden zoals de huisartsenopleiding, de PO en de STACO een prominente ondersteunende rol spelen in het bewaken en beleven van zelfzorg.

Barrières voor zelfzorg zijn voornamelijk een gebrek aan tijd en ruimte, een hoog verantwoordelijkheidsgevoel en schuldgevoel t.a.v. collega's en patiënten toe ('zorgverlenerscomplex'), het zelfstandige statuut, de ondergeschikte rol van de HAIO en het – nog steeds – aanzienlijke taboe dat bestaat rond het aangeven van emotionele problemen en het zoeken van hulp bij een andere (huis)arts.

Welke zelfzorgstrategieën een meerwaarde kunnen vormen in het verbeteren van het welzijn van de HAIO, zijn grosso modo te onderscheiden in 3 grote categorieën. De eerste is het persoonlijk vlak, waarbij vooral tijd maken voor zelfzorg, ventileren, assertiever zijn en tijd maken voor hobby's als belangrijk worden omvat. Toch scoren deze maatregelen op persoonlijk vlak veel lager inzake prioriteit als populariteit in vergelijking met de externe categorieën.

De tweede categorie betreft werkomstandigheden en praktijkorganisatie. Hier halen onze deelnemers aan dat HAIO's graag meer inspraak in hun agenda willen. Ze vinden het immers belangrijk een (middag)pauze te hebben en een buffer waar nodig, zodanig dat ze niet te veel uitlopen. Het gevoel van 'samen' in een praktijk te zijn, wordt ook benadrukt, zoals goede collega's hebben, samen te eten, eens bij elkaar te kunnen ventileren en af en toe aan teambuilding te doen. HAIO's willen zich een volwaardig lid van een team kunnen voelen. Bovendien vinden ze dat er vanuit de praktijk voldoende aandacht moet zijn voor een goede *work-life balance* en dat het belangrijk is dat je duidelijke onderlinge afspraken maakt, ook wat betreft het aantal uren werken, bereikbaarheid van de arts en grenzen trekken. Voor andere organisatorische maatregelen wordt naar de overheid gekeken. HAIO's vinden afwezigheidsattesten voor kortdurende arbeidsongeschiktheden overbodig, hopen dat er meer

huisartsen komen en dat er nog meer ingezet wordt op goed geregelde week- en weekendwachtsystemen. Er is een vraag voor meer educatie over signalen van psychosociale problemen en, in het algemeen, meer aandacht voor geestelijke gezondheidszorg. Een betere terugbetaling van psychologen zou daarin ook een nuttige bijdrage kunnen vormen.

Ten slotte is er de derde categorie omtrent opleiding. De goede relatie tussen praktijkopleider en HAIO wordt als zeer prioritair en populair werkpunt naar voor geschoven, net als de houding van de PO t.a.v. zelfzorg bij de HAIO (gaat de PO na of er voldoende zelfzorg is bij de HAIO en wordt dit gestimuleerd indien nodig?) en het voorzien van voldoende tijd voor overleg. Ook de STACO kan een belangrijke rol opnemen door het praten over zelfzorg te stimuleren en ruimte te houden in de seminaries voor dit thema.

Vanuit het ICHO wensen de HAIO's dat de opdrachten beter worden uitgelegd en meer praktijkgericht worden, en dat er een duidelijker overzicht komt van de opdrachten en deadlines. Verder willen ze dat het ICHO meer controleert of het werk- en opleidingsschema wel degelijk wordt gerespecteerd, rekening houdend met de tijd die nodig is voor opdrachten. Er wordt ook gesuggereerd dat een soort blokperiode voor examens en de Manamathesis heel wat stress zou kunnen wegnemen. Bovendien willen de HAIO's graag een laagdrempelig opvangpunt in het ICHO, enerzijds voor klachten, anderzijds voor zij die met vragen of psychosociale moeilijkheden zitten. Ze vragen dat er een betere kwaliteitsbewaking komt in de opleiding van de STACO's en PO's en dat er nadien ook een betere controle is. Dit is aangewezen omdat er nog steeds een grote variatie is in deze groep, die toch een prominente rol kunnen spelen in het bewaken van zelfzorg bij de HAIO.

Verder zouden de HAIO's graag een vak hebben waar plaats is voor educatie over zelfzorgtechnieken, stressmanagement en het leren herkennen van signalen die wijzen op mogelijke psychosociale problemen. Er is ook veel enthousiasme rond tutorgroepen: zijnde groepjes die samen zitten op vrijwillige basis om te praten over zelfzorg en te ventileren over het 'HAIO zijn'.

5.1. Sterktes en beperkingen van het onderzoek

Het interessante aan dit onderzoek rond het verbeteren van zelfzorg bij HAIO's, is om eens in de diepte in te gaan op wat HAIO's zelf denken. Er werd dan ook bewust gekozen voor een kwalitatief onderzoek en dit a.d.h.v. focusgroepen. Er werd reeds eerder gepeild naar zelfzorg bij HAIO's, maar dit a.d.h.v. vragenlijsten (11).

Binnen deze groepen was er een sfeer van vertrouwen en een goede dynamiek om zeer persoonlijke verhalen te vertellen, maar evengoed was er de mogelijkheid voor onderlinge discussie, wat ook tot interessante inzichten kon leiden. Er was voldoende ruimte om alle deelnemers goed aan bod te laten komen en alle meningen te aanhoren. Het gebruik van open vragen maakt het debat breed en boeiend, maar dwingt ons ook tot keuzes, gezien het beperkte kader van een Manamaproef. Als positieve anekdote kunnen we meegeven dat menig deelnemer het praten over zelfzorg an sich in de focusgroep als louterend ervoer; het was op zichzelf een vorm van zelfzorg.

Deze studie kende ook enkele beperkingen. Zo zijn er enkele kanttekeningen te plaatsen bij de deelnemersselectie. Omwille van praktische redenen stelden we twee data voor waarop de focusgroepen zouden doorgaan in de oproep/uitnodiging die het opzet van de studie kaderde. Dit zal er vermoedelijk toe hebben geleid dat we (1) enkel geïnteresseerde deelnemers kregen, die enige affiniteit met het thema hadden, en misschien er ook al grondig over hadden gereflecteerd; en (2) dat sommige

geïnteresseerde deelnemers niet in de mogelijkheid waren om deel te nemen omwille van andere verplichtingen. We moeten verder vaststellen dat hoewel representativiteit geen vereiste was, we er niet in geslaagd zijn om even veel mannelijke (n=1) als vrouwelijke deelnemers te includeren, en dat er geen HAIO's waren die de UGent of VUB als moederuniversiteit hadden. Er waren evenmin participanten die werkzaam waren in een solo-praktijk. Het spreekt voor zich dat een grotere en meer gevarieerde onderzoekspopulatie mogelijks tot meer inzichten had kunnen leiden.

Daarnaast geldt dat elke focusgroep beschouwd moet worden als een momentopname, met een eigen situering in tijd. De eerste focusgroep werd afgenomen net na het verstrijken van de deadlines van enkele taken, daarbij is het opmerkelijk dat er duidelijk meer stress wordt ervaren en enkele emotionele verhalen worden gedeeld. De tweede focusgroep werd daarentegen afgenomen na de (rustigere) vakantieperiode en het valt ook op dat deze groep meer ontspannen is en het gevoel heeft beter aan zelfzorg te kunnen doen. De positionering van elke focusgroep in de tijd schijnt dus niet los te staan van de thema's die erin aan bod komen. Verder geldt dat, binnen het bestek van deze Manamaproef, er slechts ruimte was voor twee focusgroepen. Dit, in combinatie met de eigenheid van elke focusgroep (die ook met het unieke tijdstip van elke focusgroep samenhangt), doet ons vermoeden dat we niet alle antwoorden op de onderzoeksvragen hebben kunnen blootleggen – de datasaturatie is vermoedelijk onvolledig.

Bovendien is het mogelijk dat de (interpretatie van de) studieresultaten gekleurd werd door de onderzoeker (die de focusgroepen modereerde en de data analyseerde). Dit heeft wellicht een invloed op de dynamiek met de respondenten, maar ook op het onderzoekersperspectief. Wel was er tijdens beide focusgroepgesprekken een open sfeer van vertrouwen en werd er telkenmaal op het einde ook ruimte gelaten voor eventuele toevoegingen of suggesties. Er werd niet onafhankelijk gecodeerd, wel werden de bevindingen aan twee andere onderzoekers (huisarts en psycholoog) voorgelegd om een kritische reflectie te bekomen over het analyseproces en de resultaten.

5.2. Vergelijking van de resultaten met de literatuur

Een aantal maatregelen die door de geïnterviewde HAIO's gesuggereerd werden, vinden ook fundering in de literatuur.

Zo zegt het KCE dat elke huisarts een eigen huisarts moet hebben of regelmatig een preventief onderzoek moet ondergaan, naar het model van de arbeidsgeneeskunde. Het trekken van grenzen, prioriteren van taken, patiënt-educatie (al dan niet door de verstrekt door de eigen huisarts) en goed geregelde wachtdiensten, worden ook in dat KCE-rapport geopperd (1).

In het onderzoek 'omgaan met stress en het verhoogd risico op burn-out: een uitdaging voor de HAIO' wordt aangegeven dat er een soort vak of lessenpakket nodig is over zelfzorg, bestaande hulpinitiatieven en praktische handvaten voor de balans tussen werk en privé te handhaven. Ook in dit onderzoek wordt weer het belang van de praktijkopleider aangehaald. Ten slotte wordt aangegeven dat het ICHO een rol kan spelen bij het respecteren en naleven van de werkuren. De HAIO's geven ook aan dat de thesis en portfolio ertoe leiden dat de HAIO weinig vrije tijd heeft (11), wat ook in andere onderzoeken wordt aangegeven (9, 20). Opvallend is dat bij dit laatste onderzoek wordt gesproken over maandelijkse reflectiebijeenkomsten. Dit komt overeen met de in dit onderzoek voorgestelde tutorgroepen (11).

Ook de suggesties rond meer aandacht voor het persoonlijk functioneren, de aandacht voor *work-life balance* en het tijdig leren herkennen van alarmsignalen bij zichzelf, vindt bijval in de literatuur (19).

5.3. Aanbevelingen voor de praktijk

De toekomstige huisarts staat voor tal van uitdagingen. Laat daarom HAIO's zich hiertegen wapenen. Primaire preventie kan zijn weerslag hebben op de uitval door burn-out, maar mogelijk ook iets aan de uitval uit het huisartsenberoep. Bovendien ziet men dat het welzijn van artsen een invloed heeft op hun patiëntenzorg. Hiertoe dienen we de draagkracht te versterken en de draaglast waar mogelijk te verminderen.

Dit kan op diverse niveaus gebeuren. Allereerst strekt het tot aanbeveling HAIO's op de hoogte te brengen van het belang van zelfzorg en te begeleiden bij het handhaven van een goede *work-life balance.* Daarnaast is het belangrijk dat psychosociale problemen (in het algemeen) meer bespreekbaar worden gemaakt en dat het taboe hieromtrent vermindert. Laat HAIO's evt. ook op regelmatige basis op controle gaan bij een arbeidsgeneesheer voor screening en als aanspreekpunt.

Praktijkorganisatie kan een belangrijke bron vormen voor zelfzorg en tevens als buffer tegen burn-out. Het is belangrijk is om binnen de praktijk duidelijke afspraken te hebben en met alle collega's op éénzelfde lijn te zitten. In groep werken kan ook een hele meerwaarde vormen, omdat het de werkdruk kan verminderen, maar ook omdat HAIO's het werken in team en met goede collega's belangrijk vinden. Multidisciplinair en/of met praktijkassistenten werken kan in belangrijke mate het werk verlichten en zo wordt forfaitair werken ook als mogelijke optie gesuggereerd.

Op maatschappelijk niveau kan de overheid ook een rol spelen door het thema zelfzorg en burn-out meer bespreekbaar te maken en in te zetten op preventiestrategieën en dit niet enkel voor artsen, maar voor de algemene bevolking. Bovendien zou het afschaffen van attesten voor kortdurende arbeidsongeschiktheid en de (betere) terugbetaling van psychologen al een enorme winst kunnen vormen in het verminderen van de werkdruk.

Een specifiek taboe dat moet worden bestreden – en erg leeft bij veel artsen – is dat van de onkwetsbare, perfectie nastrevende arts die permanent ten dienste moet staan van de patiënt. De (huis)arts zou een meer menselijke identiteit mogen krijgen, waarbij ook rekening dient gehouden te worden met zijn of haar behoeften op elk gebied.

5.4. Aanbevelingen voor de opleiding

Onze onderzoeksbevindingen suggereren dat de praktijkopleider een belangrijke rol speelt in de zelfzorg die een HAIO vertoont. Het is ook een enorme meerwaarde van de huisartsenopleiding dat er een figuur mede verantwoordelijk is voor de opleiding, in tegenstelling tot wat assistenten in opleiding vaak missen. De meerwaarde van deze unieke contactpersoon kan nog beter worden uitgespeeld, vinden onze deelnemers. Het ICHO zou in de opleiding van deze figuren meer moeten wijzen op het belang van zelfzorg en handvaten meegeven om zelfzorg bij HAIO's te stimuleren (met inbegrip van het psychosociaal ondersteunen van HAIO's). Opleiden omvat niet enkel het begeleiden in de medische professie op te bouwen, maar omvat het professionele in al zijn aspecten. Hoe geef ik grenzen aan, wat doe ik met het menselijk leed dat me raakt, hoe bewaar ik privéleven vs. werk, wat voor arts wil ik worden? De praktijkopleider en stagemeester-coördinator kunnen hierin een ondersteunende rol spelen. Een voorwaarde is dat deze zichzelf weliswaar goed in hun vel voelen. Bij te veel werk, durft de zelfzorg verwaarloosd te worden bij iedereen in de praktijk.

Daarnaast mag het ICHO zijn gamma aan zelfzorg uitbreiden en is er de vraag om vanuit het ICHO een laagdrempelig opvangpunt aan te bieden, evt. in samenwerking met Doctors4Doctors, Arts in Nood of

andere hulporganisaties. Want vaak zijn die organisaties niet gekend bij studenten. Bovendien wordt ook aangeraden om reeds in de basisopleiding geneeskunde en daarna in de huisartsenopleiding verschillende aspecten van zelfzorg aan te bieden en evt. mogelijke zelfzorgstrategieën voor te stellen. Er is ten slotte een groot enthousiasme rond de tutorgroepen die op vrijwillige basis worden aangeboden in de masteropleiding, een mogelijke optie is om die verder uit te bouwen naar de huisartsenopleiding.

5.5. Aanbevelingen voor verder onderzoek

Dit thesisonderzoek toont aan dat er nog heel wat ruimte voor verbetering is wanneer het gaat om het bevorderen van zelfzorg van HAIO's (en artsen in het algemeen). De cultuurveranderingen binnen het huisartsenberoep (o.a. de vervrouwelijking van het beroep, van solo-arts naar groepspraktijk en wijkgezondheidscentra, meer belang van balans in werk-privé) zullen zeker een verband houden op hoe huisartsen zich verhouden tot / omgaan met zelfzorg. Onderzoek naar deze associaties kan de opleiding enkel versterken en toekomstige generaties huisartsen beter voorbereiden op het vak.

Bovendien zou het zeer nuttig zijn om na te gaan hoe effectief de strategieën zijn die (huis)artsen hanteren om voor zichzelf te zorgen (al zal er vermoedelijk een interactie zijn met de persoonlijkheidskenmerken en andere kenmerken van de individuele artsen). Hoe zelfzorg verbeteren zou ook op een kwantitatieve manier onderzocht kunnen worden.

De deelnemers vinden dat burn-out bij artsen minder te maken heeft met de arts zelf, maar voornamelijk met organisatiekenmerken van het huisartsenberoep en de opleiding. Deze hypothese zou in toekomstig onderzoek kunnen worden getoetst; klopt het dat de (huisartsen)opleiding en de organisatie van de gezondheidszorg een belangrijke invloed uitoefenen op het welzijn van de arts, en bij uitbreiding op de kwaliteit van zorg?

Tijdens dit onderzoek werd bij beide focusgroepen nog frequent verteld over welke mogelijke externe factoren kunnen bijdragen tot het krijgen van een burn-out bij een HAIO. Dit kan worden opgesplitst in moeilijkheden die ondervonden worden door de maatschappij, het beroep en vanuit de opleiding. Dit was ook een interessante invalshoek, maar binnen het bestek van dit onderzoek was hier geen ruimte voor om hier (diep) op in te gaan. Toekomstig onderzoek kan deze elementen en hun potentiële samenhang met burn-out verder exploreren.

Zo ervaren de HAIO's de maatschappij als veeleisend en zien ze dat er foute verwachtingen zijn. Dit kan zowel van de omgeving en patiënten komen, maar evenzeer van collega's. Bovendien geven ze de volgende moeilijkheden aan op de werkplek: er is de constante bereikbaarheid die ze ervaren, ze vinden dat patiënten veeleisender en mondiger zijn geworden, ze geven aan dat er kwetsbaarheid is in de persoonlijkheid van artsen (perfectionisme, foutieve coping, zelf geen hulp zoeken, controledwang), werkdruk (administratieve belasting is toegenomen), het beperkte vangnet van een zelfstandige te zijn en de vraag; 'Wat als je zou uitvallen wegens ziekte?'.

Wat de opleiding betreft zien ze de volgende moeilijkheden: de attitude van de opleiding die te veel focust op presteren en hoge punten halen (maar wat met een goede arts te willen zijn, zowel professioneel als privé?), de soms harde onderlinge competitie tussen studenten en ten slotte de opleidingsdruk (portfolio-opdrachten, examens en thesis) dit gecombineerd met de soms drukke werkdagen.

Daarenboven wordt er ook veel ingegaan op het taboe dat heerst rond burn-out en andere psychosociale problemen en de opvatting die heersen; over het feit dat 'een arts niet ziek kan worden', 'burn-out is

tegenwoordig een populaire diagnose', 'iemand met een burn-out wordt voortaan als onberekenbaar beschouwd en hij of zij zou in de toekomst ook altijd kunnen wegvallen'.

6. Conclusie

Zelfzorg is een thema waaraan steeds meer belang aan wordt gehecht en met reden, want er bestaat een hoge kwetsbaarheid bij HAIO's en het heeft grote implicaties voor de gezondheidszorg. In verschillende onderzoeken wordt gesuggereerd hier meer aandacht aan te besteden en er komen verschillende suggesties om de opleiding hierin meer te betrekken. In deze Manamaproef vragen we ons af wat HAIO's zelf vinden dat er verbeterd kan worden, welke barrières ze ervaren om aan zelfzorg te doen en in welke mate ze vinden dat ze zelf of de opleiding hierin een rol kan opnemen. We ondernamen daartoe twee gestructureerde focusgroepen, waaraan 12 HAIO's deelnamen.

Ondanks de beperkingen van ons onderzoek, kunnen we concluderen dat de bevraagde HAIO's zelfzorg uitermate belangrijk vinden; het is een conditio sine qua non om een kwaliteitsvolle gezondheidszorg te kunnen garanderen. Iemand met een burn-out of soortgelijke problemen kan niet langer ten volle als arts functioneren. Preventie is dus een topprioriteit, het is daarom belangrijk om een degelijk en sufficiënt preventiebeleid voor de toekomst op te stellen.

De belangrijkste barrières die HAIO's identificeren zijn een gebrek aan tijd en ruimte, het verantwoordelijkheidsgevoel, het zorgverlenerscomplex en het taboe dat heerst rond psychosociale problemen.

Suggesties voor verbetering situeren zich vooral buiten de HAIO's zelf. Dit sluit aan bij hun visie op burn-out, wat voor een belangrijk deel aan externe factoren wordt toegeschreven. Naast overlap met eerder in de literatuur geïdentificeerde suggesties, wijzen onze deelnemers op mogelijke verbeteringen in de opleiding, m.n. de centrale rol die de praktijkopleider kan spelen binnen heel het zelfzorgverhaal, enerzijds door een goede band te hebben, anderzijds door zelfzorg te stimuleren en tijd te maken voor overleg. Voor de STACO en de seminaries geldt eenzelfde rol, bovendien was er veel enthousiasme voor het doortrekken van de tutorgroepen uit de masteropleiding naar de huisartsenopleiding. Hierbij kan tussen HAIO's onderling op een vrijwillige en terugkerende basis gereflecteerd worden over zelfzorg en dit in een sfeer van vertrouwen. Ook de overheid kan een rol opnemen en met de opleidingsverantwoordelijken meer bewustzijn creëren inzake het belang van preventie en zorg voor het psychische welbevinden van artsen en het doorbreken van het heersende taboe.

7. Referenties

1. Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, Roland M, De Schampheleire J, De Troyer M, et al. Burn-out bij huisartsen: preventie en aanpak. Brussel, KCE Reports. 2011;165.
2. Claessens H. Hoe wordt de arts een (suïcidale) patiënt? Huisarts Nu. 2016;45(6):232-5.
3. Vanbelle E, De Witte H, Moerenhout E, Vandenbroeck S, Vanhaecht K, Godderis L. Burn-out in de zorg: afbakening en overzicht van oorzaken en gevolgen. HR in de zorg Brussel: Uitgeverij Politeia NV. 2013.
4. Delporte F, Bombeke K, Bastiaens H. De huisarts als patiënt. Huisarts Nu. 2017;46(1):19-25.
5. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J, et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. Mayo Clinic proceedings. 2015;90(12):1600-13.
6. Shanafelt TD, Mungo M, Schmitgen J, Storz KA, Reeves D, Hayes SN, et al. Longitudinal Study Evaluating the Association Between Physician Burnout and Changes in Professional Work Effort. Mayo Clinic proceedings. 2016;91(4):422-31.
7. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. The Lancet. 2009;374(9702):1714-21.
8. Artsen Od. Code van medische deontologie. 2018.
9. Atrtchine-Kachi Z, Goedhuys J, Pas L. Burn-out bij huisartsen in opleiding. Masterproef Huisartsgeneeskunde. 2016.
10. Verraes A. HOE BELEVEN JONGE HUISARTSEN EN HUN PARTNER DE BESLISSING OM HET PAD VAN DE HUISARTSGENEESKUNDE TE VERLATEN?
11. De Troeyer K. Omgaan met stress en het verhoogd risico op burn-out: een uitdaging voor de haio. 2017.
12. Santen SA, Holt DB, Kemp JD, Hemphill RR. Burnout in medical students: examining the prevalence and associated factors. Southern medical journal. 2010;103(8):758-63.
13. Brondt A, Sokolowski I, Olesen F, Vedsted P. Continuing medical education and burnout among Danish GPs. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 2008;58(546):15-9.
14. Galam E, Komly V, Le Tourneur A, Jund J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 2013;63(608):e217-24.
15. Arts in Nood 2019 [Available from: https://www.artsinnood.be.
16. Doctors 4 doctors 2019 [Available from: www.doctors4doctors.be
17. Bombeke K, Symons L, Debaene L, De Winter B, Schol S, Van Royen P. Help, I'm losing patient-centredness! Experiences of medical students and their teachers. Medical Education. 2010;44(7):662-73.
18. Jooris S. Zelfzorg bij artsen: Stand van zaken in Oost-Vlaanderen. 2015.
19. Deroost A, Braeckman L, Remmen R. Preventiestrategieën voor burn-out tijdens de artsenopleiding. Huisarts Nu. 2016;45(3):112-9.
20. Hill MR, Goicochea S, Merlo LJ. In their own words: stressors facing medical students in the millennial generation. Medical education online. 2018;23(1):1530558.

8. Bijlagen

1 Goedgekeurd onderzoeksprotocol
2 Draft voor interviewscript
3 Formulier Geïnformeerde Toestemming
4 Gunstig advies Ethisch Comité

Bijlage 1: Onderzoeksprotocol

1) Doelstelling en verantwoording:

Burn-out is een belangrijk probleem bij artsen en ook bij jonge artsen. Burn-out kan leiden tot verminderde patiënttevredenheid, stijging van het aantal medische fouten en heeft persoonlijke gevolgen voor de arts. Er bestaan een aantal preventiestrategieën om burn-out en stress te voorkomen, en bevlogenheid te behouden. Het is belangrijk dat huisartsen zich al tijdens hun opleiding bewust zijn van het risico op burn-out en dat ze zich ertegen wapenen. In deze studie willen we onderzoeken welke concrete strategieën worden toegepast door huisartsen-in-opleiding en hoe effectief deze worden ervaren. Wat is de houding ten aanzien van bepaalde strategieën?

Het doel van deze studie is om te komen tot een aantal praktische maatregelen die de zelfzorg bij HAIO's zodanig kan verbeteren dat bevlogenheid versterkt wordt en er een beter algemeen welzijn wordt verkregen. Bovendien geven studenten geneeskunde aan dat er onvoldoende aandacht is voor zelfzorg in de opleiding (1); hoe kunnen we dat verbeteren?

Aan de hand van een focusgroep trachten we een zicht te krijgen op hoe zelfzorg bij HAIO's reeds verloopt en wat zij als mogelijkheden zien om deze te verbeteren.
Daarnaast wil de studie nagaan wat de houding is ten aanzien van burn-out (is dat een persoonlijk falen of wordt het gezocht in externe oorzaken? Dit is een vraag die wellicht ook een reflectie zal hebben in het vertrouwen in zelfzorgstrategieën. In welke mate ben je zelf verantwoordelijk voor je bevlogenheid en heeft zelfzorg nut?

Als zelfzorg bij HAIO's kan verbeterd worden, is dit een meerwaarde. want dit zijn de mensen die binnenkort voor altijd in het werkveld staan en kunnen we iets doen aan de uitval door burn-out. Daarnaast kan het mogelijks iets doen aan de vroegtijdige uitval van huisartsen uit het huisartsenberoep. Bovendien wordt de druk steeds hoger, binnenkort dreigt er een heel deel artsen weg te vallen (pensioen). Des te belangrijker wordt primaire preventie. Dit zal zijn weerslag hebben op artsen persoonlijk, maar ook zorgen voor een betere gezondheidszorg. Een arts die goed voor zichzelf kan zorgen, kan des te beter voor anderen zorgen.

2) Onderzoeksvragen:

Wat is houding van HAIO's t.a.v. burn-out; welke interne en externe attributies worden eraan verbonden?

Hoe denken HAIO's dat zelfzorg verbeterd kan worden, in het algemeen en in de opleiding?

3) Onderzoeksopzet:

Een prospectief, descriptief kwalitatief onderzoek: kwalitatief interview met focusgroep (semigestructureerd met topiclijst)

4) Aantal deelnemers + methode rekrutering:

Groepen: 6 à 8 mensen per groep en zo 2-tal groepen. Deze mensen zijn allen HAIO's (Huisartsen In Opleiding). Rekening houden met mix van geslacht, evt. verschillende universiteiten. Rekruteren gebeurt a.d.h.v. mailing, via ICHO-website en door geïnteresseerden persoonlijk aan te spreken.

5) Duur van de studie:
03-2018 t.e.m. 05-2019. Periode: bv. op dinsdag (wanneer geen seminarie). Bv periode juni-t.e.m. september (minder drukke periode voor HAIO's . Duur focusgroepgesprek 3 à 4u.

6) Interventies en metingen: welk + aantal
2x focusgroep van 6 à 8 HAIO's: semigestructureerd interview met topiclijst: 1 interview per focusgroep. De groepsgesprekken worden opgenomen en uitgeschreven (dit met respect voor de privacy). Locatie: UA, 3 Eiken-campus. Moderator en observator: onderzoeker Quirina De Prijcker + promotor: Kris Van Den Broeck.

7) Statistische verwerking van gegevens:
Opnamemateriaal transcriberen en analyseren (dit wederom met respect voor de privacy).

8) Ethische overwegingen –veiligheid:
Indien nazorg nodig is voor de participanten, wordt deze voorzien door de heer Kris Van den Broeck (psycholoog en gedragstherapeut en tevens promotor van deze studie). Zijn nummer zal vermeld worden op het *informed consent* en nog eens uitdrukkelijk vermeld worden.

De groepsgesprekken worden opgenomen en uitgeschreven, zodat een meer zorgvuldige verwerking mogelijk is. De data worden echter gecodeerd om de **anonimiteit** te waarborgen. Nooit zal een naam vermeld worden. De sleutel van deze codering wordt door de onderzoeker bewaard. Na afloop van het onderzoek worden alle data vernietigd.

9) Verzekeringsattest:
Deze wordt bekomen via de Universiteit Antwerpen.

Bronnen:

(1) De Troeyer,K; Omgaan met stress en het verhoogd risico op burn-out: een uitdaging voor de HAIO. 2017

Bijlage 2: Script voor semigestructureerd interview

1) Inleiding/informatiebrief:

Ik zou jullie graag allen verwelkomen en alvast bedanken voor jullie bereidwilligheid om deel te nemen aan dit onderzoek. Het onderzoeksproject wil een antwoord bieden op de volgende vraag: 'Hoe zelfzorg verbeteren bij huisartsen in opleiding (oftewel HAIO's)?'.

Dit onderzoek wordt gevoerd door het Centrum voor Huisartsengeneeskunde van de Universiteit Antwerpen. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door Quirina De Prijcker (zelf HAIO), en dit met de hulp van dr. Kris Van den Broeck (psycholoog-gedragstherapeut).

Het doel van deze studie is om te komen tot een aantal praktische maatregelen die de zelfzorg bij HAIO's zodanig kan verbeteren dat bevlogenheid versterkt wordt en er een beter algemeen welzijn wordt verkregen. Aan de hand van deze focusgroep trachten we een zicht te krijgen op hoe zelfzorg bij HAIO's reeds verloopt en wat jullie als mogelijkheden zien om deze te verbeteren? Deelname aan deze focusgroep duurt ongeveer 3 uur.

Deelname is vrijwillig; u heeft het recht om niet deel te nemen aan deze studie, alsook om op elk moment uw deelname te onderbreken, zonder opgave van een reden en zonder verdere repercussies. U heeft ook steeds het recht om via de leidend onderzoeker de informatie die u in het kader van het onderzoek leverde, in te zien, en eventueel te wijzigen, of om een rapport op te vragen van de finale conclusies van dit project.

De groepsgesprekken worden opgenomen en uitgeschreven, zodat een meer zorgvuldige verwerking mogelijk is. De data worden echter vertrouwelijk verwerkt. Nooit zal uw naam vermeld worden in eventuele wetenschappelijke publicaties die verband houden met deze studie. Na afloop van het onderzoek worden alle data vernietigd.

Wij vermoeden dat dit onderzoek geen risico's met zich meebrengt. Indien nazorg gewenst wordt na het onderzoek, kan u terecht bij dr. Kris Van den Broeck, met volgende contactgegevens: kris.vandenbroeck@uantwerpen.be; 0498 543 705.

Spelregels:
1) Er zijn geen goede of foute antwoorden
2) Ook van de andere deelnemers wordt respect voor elkaars privacy gevraagd.
3) Gelieve niet door elkaar te spreken en respect voor elkaars mening te hebben.
4) Gelieve uw GSM uit te zetten of het geluid af te zetten

2) Topiclijst – semigestructureerde vragenlijst

Vóór interview: Demografische vragen:

- Leeftijd
- Geslacht
- Aan welke Universiteit verbonden

Topiclijst:

- Wat is de houding ten aanzien van burn-out?
- Welke strategieën voor zelfzorg ken je / pas je toe?
- Hoe zelfzorg verbeteren?
- Hoe zelfzorg in de opleiding verbeteren?

Vragen:

Deel 1 zal starten a.d.h.v. één casus; deze casus betreft een burn-out bij een arts. Bij deze casus worden stellingen geponeerd waar de deelnemers hun visie over geven. Bij deze stellingen wordt er gepeild of burn-out vooral gezien wordt als iets dat door interne oorzaken bereikt wordt of net door externe oorzaken. Wordt het beschouwd als persoonlijk falen of is het eerder te zoeken in externe oorzaken?

Voorbeelden van stellingen:

Casus 1: Een jonge HAIO die uitvalt vanwege burn-out tijdens zijn HAIO-schap.

- Persoon X is zwak. Het probleem toont aan dat hij niet aan de verwachtingen van de maatschappij kan voldoen.
- Persoon X zijn klachten worden veroorzaakt door een gebrek aan zelfcontrole
- Niet moeilijk dat persoon X zulke klachten ontwikkelde, we leven in een veeleisende, stresserende maatschappij
- Niet moeilijk dat persoon X zulke klachten ontwikkelde, het artsenberoep is een veeleisende en stresserende job

- Een dergelijk problemen overwinnen is niet eenvoudig, maar hij kan er sterker uitkomen.
- Persoon X is onberekenbaar

De eerste 4 stellingen peilen naar de *locus of control* bij burn-out, in hoeverre heeft iemand er controle over dat hij een burn-out krijgt. Deze *locus of control* zal ook invloed hebben over hoe zelfzorg ervaren wordt en de mate dat dit als nuttig ervaren wordt. Hoe meer iemand zelf controle ervaart, hoe meer hij gelooft dat zelfzorg van nut zou kunnen zijn.

De laatste 2 stellingen peilen naar de opinie of zo iemand nog geschikt geacht wordt als arts.

Deel 2 gaat peilen naar ideeën over zelfzorg:

- Openingsvraag: Wat betekent het begrip zelfzorg voor jullie? (nota aan mezelf: hoe te onderscheiden van 'stoom aflaten', ontspannen?) Heeft aandacht voor zelfzorg een invloed op hoe jullie functioneren (thuis en op het werk)?
- Vraag aan mensen om na te denken over hun laatste ervaring met zelfzorg (belangrijk dat ze vanuit hun eigen perspectief vertellen)
- Wat is jullie concrete ervaring met zelfzorg? Welke concrete strategieën passen jullie toe?
- Hoe effectief worden deze strategieën ervaren bij jullie?
- Denken jullie voldoende aan zelfzorg te doen of wat zijn mogelijke barrières?
- **Hoe denk je dat zelfzorg in het algemeen kan verbeteren? Hoe zelfzorg in de opleiding verbeteren?** (Dit is een zeer belangrijke vraag voor het onderzoek, hierbij zou er aan de deelnemers gevraagd worden hun ideeën op post-its te noteren en vervolgens deze ideeën te ordenen in categorieën.
- Denken jullie dat zelfzorg een probleem is bij artsen?
- Moest er 10% tijd vrijkomen binnen de HAIO-opleiding, waaraan zou je die tijd besteden?
- Wie wil er nog iets toevoegen aan het gesprek?
- Welke zaken had je nog verwacht dat er besproken ging worden, die nu niet besproken zijn?
- Hoe heb je dit gesprek ervaren?

Geschatte tijdsindeling:

- Deel 1 (80'): 13' per stelling met 6 stellingen
- Deel 2 (100'): 20' voor de vetgedrukte vragen met post-its + 40' ordenen + 40' voor de overige vragen

Bijlage 3: Formulier Geïnformeerde Toestemming

Beste,

Recent werd u schriftelijk ingelicht over het onderzoeksproject naar '**Hoe zelfzorg verbeteren bij huisartsen in opleiding?'** Graag hadden we u uitgenodigd om deel te nemen aan deze studie.

Dit onderzoek wordt gevoerd door het Centrum voor Huisartsengeneeskunde (CHA) van de Universiteit Antwerpen. Dr. Quirina De Prijcker (quirina.deprijcker@student.uantwerpen.be, 0498 367 281) leidt de studie en dit met de hulp van **dr. Kris Van den Broeck** (kris.vandenbroeck@uantwerpen.be; 0498 543 705).

Het **doel** van deze studie is om te komen tot een aantal praktische maatregelen die de zelfzorg bij HAIO's zodanig kan verbeteren dat bevlogenheid versterkt wordt en er een beter algemeen welzijn wordt verkregen.

Participatie in de studie betekent dat u deelneemt aan een focusgroep met 5 à 7 collega-HAIO's. In de focusgroep trachten we een zicht te krijgen op hoe ze denken over bevlogenheid, hoe zelfzorg bij HAIO's reeds verloopt en wat zij als mogelijkheden zien om deze te verbeteren. Deelname aan deze **focusgroep** duurt ongeveer 3 uur.

De groepsgesprekken worden opgenomen en uitgeschreven, zodat een meer zorgvuldige verwerking mogelijk is. De data worden echter gecodeerd om de **anonimiteit** te waarborgen. Nooit zal uw naam vermeld worden in eventuele wetenschappelijke publicaties die verband houden met deze studie. Na afloop van het onderzoek worden alle data vernietigd. Deze studie heeft bovendien toestemming van het Ethisch Comité.

Deelname is vrijwillig; u heeft het recht om niet deel te nemen aan deze studie, alsook om op elk moment uw deelname te onderbreken, zonder opgave van een reden en zonder verdere repercussies. U heeft ook steeds het recht om via de leidend onderzoeker de informatie die u in het kader van het onderzoek leverde, in te zien, en eventueel te wijzigen, of om een rapport op te vragen van de finale conclusies van dit project.

Wij vermoeden dat dit onderzoek **geen risico's** met zich meebrengt. In ruil voor uw deelname schenken we u eeuwige dankbaarheid. Indien nazorg gewenst wordt na het onderzoek, kan u terecht bij dr. Kris Van den Broeck (psycholoog-gedragstherapeut, kris.vandenbroeck@uantwerpen.be; 0498 543 705).

Informed Consent

Hierbij bevestig ik, ……, ° …… / …… / ……, dat ik welingelicht en vrijwillig deelneem aan de studie naar 'hoe zelfzorg verbeteren bij huisartsen in opleiding'. Ik heb voldoende uitleg gekregen over het project, en mijn vragen werden naar tevredenheid beantwoord. Ik heb een exemplaar van het 'Formulier Geïnformeerde Toestemming' ontvangen.

Handtekening en datum.

Bijlage 4: Gunstig advies Ethisch Comité

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Dr. K. Van Den Broeck
Universiteit Antwerpen
ELIZA (Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg Antwerpen)
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Hoe zelfzorg verbeteren bij huisartsen in opleiding (HAIO's)? Wat zijn de meningen van HAIO's. (manama huisartsgeneeskunde Quirina De Prijcker)

Belgisch Registratienummer: B300201835888

datum	ons kenmerk
19/03/2018	18/09/112

contactpersoon
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
Peggy Jacobs
ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 19/03/2018.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  dr. De Prijcker
- Informatie- en toestemmingsformulier NL dd. 1/03/2018
  versie 1
- Protocol dd. 1/03/2018
  versie 1
- Vragenlijst(en) dd. 1/03/2018
  draft voor interviewscript, versie 1

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:
-Startdatum inclusie patiënten
-Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
  o Nooit opgestart
  o Vroegtijdig stopgezet
  o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité