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

Dr. Evelien Veeckman, Universteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, Universiteit Gent, personeelslid vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Co-promotor: Ryssaert Lynn, Universiteit Gent, praktijkassistent vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

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

Haio: Evelien VEECKMAN

Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Dirk AVONTS

Co-promotor: Lynn RYSSAERT

Praktijkopleider: Dr. Paul ROMAN

Context: 21 tot 43% van de Belgische huisartsen verlaat het beroep binnen vijf jaar na afstuderen. Een exploratie van de redenen waarom deze groep van pas afgestudeerde huisartsen al dan niet het beroep verlaat, laat toe om de omkadering van het huisartsenberoep aan te passen, zodat de continuïteit in het beroep toeneemt. Er is slechts weinig onderzoek gebeurd naar het evenwicht tussen werk en privé bij artsen en al helemaal niet bij jonge huisartsen.

Onderzoeksvraag: Deze masterproef gaat specifiek over de balans tussen werk en privéleven bij de vrouwelijke, recent afgestudeerde huisartsen die actief het huisartsenberoep uitoefenen. Daarnaast onderzoeken we de mening van de partners over het evenwicht tussen werk en privéleven van hun huisartsenpartner.

Methode (literatuur & registratiewijze): De literatuurstudie geeft een samenvatting weer van de artikels en studies die we via Pubmed, Web of Science en Google vonden over de jobtevredenheid en balans tussen werk en privéleven bij de huisarts. We stelden een databank samen van de artsen die vanaf 2005 t.e.m. 2009 als huisarts afstudeerden. Uit deze algemene databank belden we willekeurig 50 vrouwelijke huisartsen op met de vraag naar deelname aan een internetenquête met vragen over hun persoonlijkheid, organisatie van het huishouden, jobtevredenheid, praktijkgegevens en toekomstperspectieven. Ook de partner werd ondervraagd naar zijn eigen ambities, de persoonlijkheid van de partner, de organisatie van het huishouden en zijn huidige job.

Resultaten: Van de 602 afgestudeerden zijn er 498 “huisarts”, 66 “geen huisarts” en 30 artsen werken “niet in Vlaanderen”. Van 8 huisartsen zijn er geen gegevens terug te vinden. Twintig vrouwelijke huisartsen en 11 partners vulden de vragenlijst volledig in. Zo werden tien koppels gevormd. Het gezinsleven en de partnerrelatie zijn de belangrijkste elementen in het leven van de ondervraagde huisartsen om gelukkig te zijn en ze zijn hier dan ook tevreden over. Toch stellen drie van de 20 huisartsen hun kinderwens uit wegens drukte in de praktijk, is men ontevreden over de tijd voor zichzelf, werken 11 huisartsen gemiddeld 40-60 uur per week en zelfs drie huisartsen 60-80 uur per week en geeft meer dan de helft van de ondervraagde huisartsen aan te weinig tijd te hebben voor hun gezin en partner. Van de partners geven zeven van de 11 toe dat hun vrouw wordt opgeslorpt door haar werk en is er zelfs één partner die wenste dat zijn vrouw voor een andere job koos. Het is vooral de jobinhoud (het brede karakter van de huisartsgeneeskunde, de afwisseling, het sociale contact, de technische handelingen,…)die de huisartsen aanspreekt, maar de jobomstandigheden die de huisartsen afstoot (wachtdienst, werkdruk, administratie, huisbezoeken,…). Negentien van de 20 ondervraagde huisartsen achten de kans klein tot onbestaande dat ze binnen de vijf jaar zullen stoppen met het huisartsenberoep.

Conclusies: Jonge, vrouwelijke huisartsen zijn globaal gezien ‘tevreden’ met hun gezinsleven en partnerrelatie. Toch zijn er bij de ondervraagde artsen aanwijzingen voor druk op het privéleven: uitstel kinderwens, gevoel van te weinig tijd voor gezin, partner en eigen ontwikkeling. Meer dan de helft van de partners geeft aan dat hun vrouw (huisarts) wordt opgeslorpt door de job. Opzetten van samenwerkingsverbanden in de eerste lijn kan een betere balans tussen werk en privéleven mogelijk maken door de jobomstandigheden voor jonge huisartsen te verbeteren. Zo zal men mogelijks meer huisartsen in het beroep kunnen houden. Toch blijven bijna alle ondervraagde artsen positief over hun toekomst als huisarts.

E-mail: Evelien.Veeckman@Ugent.be

ICPC-code: Z05

Inhoudsopgave

1. Inleiding **1**

2. Literatuuronderzoek **3**

a. Inleiding 3

b. Samenvatting 3

c. Methodologie 4

d. Resultaten 4

3. Onderzoeksmethodiek **21**

4. Resultaten **24**

a. Resultaten van de algemene databank 24

b. Resultaten van het rekruteren van de doelpopultatie 25

c. Resultaten van de artsenbevraging 25

d. Resultaten van de partnerbevraging 36

5. Discussie **39**

6. Besluit **43**

7. Referenties **44**

8. Bijlagen **47**

a. Pilootstudie 47

b. Tekst e-mail artsen 51

c. Tekst e-mail partners 52

d. Vragenlijst artsen 53

e. Vragenlijst partners 67

f. Grafieken en tabellen 77

1. Inleiding

De balans tussen werk en privé is een onderwerp dat nog maar recentelijk zijn intrede deed. De maatschappij is sinds de toenemende emancipatie van de vrouw zodanig veranderd, dat vele oude waarden vervangen zijn door nieuwe. Zoals we konden zien in het Canvas-programma 'Meneer Doktoor' was de huisarts vroeger een gerespecteerde man met een roeping die altijd en overal bereikbaar was voor zijn patiënten. Zijn vrouw stond in voor het huishouden en sommige administratieve taken verbonden met het beroep. Tegenwoordig zijn huisartsen in één derde van de gevallen vrouwelijk en staan ze niet alleen in voor hun veeleisende patiënten, maar ook voor hun kinderen en werkende partner. Een aanpassing van de werkomstandigheden is dus dringend nodig om de aantrekkingskracht van het huisartsenberoep te behouden. In de toekomst zal de eerste lijn namelijk moeten zorgen voor een geneeskunde die betaalbaar en laagdrempelig blijft.

In deze masterproef gaan we een kijkje nemen in het leven van enkele recent afgestudeerde vrouwelijke huisartsen.

We starten met een literatuuronderzoek waarbij we de situatie van de huisarts in België en Nederland bekijken, enkele artikels samenvatten omtrent de redenen waarom huisartsen in België uit het beroep stappen en een beschrijving van de jobtevredenheid bij huisartsen in België en andere landen. Vervolgens beschrijven we de situatie van de vrouwelijke (huis)arts en het belang van een goede balans tussen werk en privéleven. Daarna volgt een samenvatting van de maatregelen die men kan ondernemen om het huisartsenberoep aantrekkelijk te maken en te houden voor studenten, huisartsen en meer specifiek de vrouwelijke huisartsen. Ten slotte eindigen we met een kort stukje over de partner.

Vervolgens wordt de onderzoeksmethodiek beschreven en een overzicht gegeven van de resultaten van de algemene databank van de 602 huisartsen die afstudeerden aan het ICHO (Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding) vanaf 2005 t.e.m. 2009.

Daarna volgt een samenvatting van de enquête afgenomen bij 20 vrouwelijke huisartsen en 11 partners. We stelden de huisartsen via een internetenquête enkele vragen over hun persoonlijkheid, de organisatie van hun huishouden, hun praktijk, jobtevredenheid en toekomstperspectieven. Bij de partners werd gepeild naar de eigen ambities, persoonlijkheid van hun partner, de organisatie van hun huishouden en hun huidige job.

Het doel van deze masterproef is een beeld te verkrijgen van de beleving van de balans tussen werk en privéleven van vrouwelijke huisartsen die nog maar recent zijn afgestudeerd. Hierdoor kunnen we enkele maatregelen formuleren om jonge vrouwelijke huisartsen te ondersteunen in hun beroep opdat zij de leemte van de gepensioneerde huisartsen kunnen opvullen.

Deze masterproef is gekoppeld aan de masterproeven van Lieselot Smet en Anouk Verraes. Zij bestuderen respectievelijk de recent afgestudeerde mannelijke huisarts en de recent afgestudeerde huisartsen die afzien van het huisartsenberoep.

2. Literatuuronderzoek

Inleiding literatuuronderzoek

Bij het zoeken naar een interessant onderwerp voor mijn masterproef was ik enorm aangesproken door de oproep van collega Anouk Verraes. Zij wou onderzoek doen naar de redenen waarom vele jonge huisartsen stoppen met het beroep. Het waren vooral de cijfers die ik heel frappant vond: 20% van de afgestudeerde huisartsen stopt met het huisartsenberoep binnen de vijf jaar na afstuderen. Is het dan zo een onleefbare situatie om jonge huisarts te zijn? Zijn de verwachtingen van vóór het aanvangen van de studie zo verschillend t.o.v. het uiteindelijke beroep? Of wilden die artsen liever specialiseren en waren ze dus niet gemotiveerd begonnen aan de opleiding? Er waren honderd-en-één vragen die door mijn hoofd gingen. De ideale uitdaging bestond er dus in op deze vragen een antwoord te verkrijgen en weer nieuwe vragen op te werpen voor toekomstige onderzoekers.

Samenvatting literatuuronderzoek

Het volgen van een opleiding tot huisarts resulteert niet altijd tot het (voltijds) uitoefenen van het beroep. Zo is de huisartsenopleiding voor sommigen slechts een tussendoortje vóór het volgen van een specialistenopleiding, of gaat men kort na het afstuderen op zoek naar een regelmatigere job met minder uren. Over het algemeen zijn huisartsen nochtans tevreden tot zeer tevreden over hun job. Men is vooral tevreden over de jobinhoud zoals de contacten met collega's, de autonomie, de variatie, de jobzekerheid en de eventuele rol als opleider. De ontevredenheid gaat hem meestal over de werkomstandigheden zoals de bureaucratie, het te lage inkomen, het hoge aantal werkuren, de hoge werkdruk, de hoge verantwoordelijkheid, het tijdstekort en het gebrek aan erkenning.

Ondanks de emancipatie van de vrouw en de introductie van de 'nieuwe man', vindt men in de geneeskunde nog steeds de oude rolpatronen terug. Daarbij zorgt de vrouw voor het gezin en de man voor het inkomen en de carrière. Vrouwelijke (huis)artsen zijn echter even of zelfs meer tevreden met hun job, ook al hebben zij de meeste moeite met het combineren van werk en privéleven. Deze paradox kan men verklaren doordat vrouwen andere verwachtingen en waarden hebben.

Parttime werken verhoogt de jobtevredenheid en kan een oplossing bieden aan de uitvloei van jonge huisartsen. Enkele andere maatregelen om meer jonge huisartsen aan het werk te houden zijn het stimuleren van samenwerkingsverbanden, het delegeren van taken en in mindere mate een hogere verloning. Daarnaast zal men de patiënt moeten heropvoeden. Wil men de huisartsgeneeskunde in leven houden, zullen zij niet alleen minder veeleisend moeten zijn, maar ook correct gebruik moeten maken van de gezondheidszorg.

Algemeen kunnen we stellen dat de huidige generatie niet meer de roeping voor het huisartsenberoep van vroeger heeft, maar het meer als een job beschouwt met voldoende tijd voor hun gezin en zichzelf.

Methodologie

Voor het beantwoorden van de komende vraagstellingen raadpleegde ik Pubmed, Web of Science en Google. De referenties van interessante artikels ging ik ook na. Daarnaast bekeek ik de 'related artikels' via de functie van Pubmed of 'find similar' van Ovid. In Medline via Ovid voerde ik verschillende zoekopdrachten uit die mij gedurende het jaar op de hoogte hielden van de nieuwste artikels binnen mijn zoektocht. De gebruikte Mesh-termen waren "career pathway, general practitioner, general practice, family practice, primary care, primary health care, family physician, physician, job satisfaction, work satisfaction, female, work-life, work-life balance, balance, family relations en professional-family relations". De auteurs van de artikels die niet te verkrijgen waren via Pubmed schreef ik aan via e-mail.

Een eerste korte literatuurstudie voerde ik uit begin 2011 om een oriëntatie te krijgen voor het verdere verloop van de masterproef. Eén jaar later schreef ik dan de definitieve versie met toevoeging van de resultaten van de zoekopdrachten in Medline die het hele jaar door werden uitgevoerd.

Resultaten

a) De situatie van de huisarts in België

Dr. Haerynck Bernd en Dr. Clerebaut Nele schreven in 2010 hun **masterproef** over de beleving van het huisartsenberoep in België. Aan de hand van zeven diepte-interviews (gekozen uit een pool van interviews uitgevoerd door Mr. Feldman bij 140 Belgische huisartsen) wilden ze de plaats van de huisarts in de Belgische maatschappij en zijn motivatie beter begrijpen. De factoren die een rol spelen in de beleving van het huisartsenberoep zijn hieronder samengevat:

a) Het takenprofiel van de huisarts volgens de WONCA-definitie*
    - De eerste lijn moet toegankelijk en laagdrempelig zijn. Een huisarts verzorgt ook de coördinatie tussen de verschillende lijnen van de gezondheidszorg.
    - Men biedt persoonsgerichte zorg waarbij de arts-patiëntrelatie over een lange periode loopt.
    - Men werkt a.h.v. specifieke probleemoplossende vaardigheden met het gebruik van incidentie, prevalentie en het pluis/niet-pluisgevoel.
    - Er is een integrale aanpak waarbij curatief en preventief gewerkt wordt – hier is echter nog veel uitbreiding van capaciteit mogelijk.

*WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family physicians, ook wel World Organization of Family Doctors genoemd) werd opgericht in 1972. Deze organisatie houdt zich bezig met de academische aspecten van de huisartsgeneeskunde. Door de huisartsgeneeskunde op een hoog academisch niveau te houden, wil men de gezondheid van mensen over de hele wereld bevorderen. In 2002 werd een Europese versie gemaakt van de kerncompetenties van de huisarts.

- Men is gericht op de gemeenschap en niet enkel op het individu.
- Men hanteert een holistische benadering.

b) Persoonlijke factoren (leeftijd, geslacht, karaktereigenschappen, gezinsleven en normen of waarden van de huisarts)
   - Er is een groot generatieverschil waarbij jonge huisartsen het huisartsenberoep minder als een roeping en meer als een job bekijken.
   - De vervrouwelijking van het beroep legt andere klemtonen bv. meer aandacht voor veiligheid, de combinatie tussen werk en privéleven, minder gericht op status en geld.
   - Men moet beschikken over een paar algemene karaktereigenschappen zoals sociale bewogenheid, betrokkenheid en communicatieve vaardigheden.
   - Het privéleven wordt steeds belangrijker. Maar om een evenwicht tussen werk en privé te bekomen zal men meer moeten samenwerken met collega's en bepaalde taken moeten delegeren aan anderen.
   - Om een goede huisarts te zijn heb je ook nood aan steun van familie en vrienden.

c) Contextgebonden factoren (politiek-economische en organisatorische factoren, immigratie, vergrijzing, wetenschappelijke evolutie)
   - Het Belgische systeem van sociale zekerheid is belangrijk voor de huisarts, zodat een patiënt steeds toegang heeft tot de gezondheidszorg.
   - Een verantwoord en kostenefficiënt gebruik van de middelen is nodig om de gezondheidszorg betaalbaar te houden, maar te veel inmenging van het RIZIV (bv. geneesmiddelenprofilering) wordt vaak als een negatief element ervaren.
   - De huisarts voelt zich financieel en organisatorisch beter ondersteund door de overheid (o.a. door invoering van het GMD en IMPULSEO), maar patiënten weten nog te vaak niet wat een huisarts allemaal kan (bv. pilvoorschrift door gynaecoloog).
   - Het huidige landschap waarin huisartsen ook maatschappelijke verantwoordelijkheid hebben, zorgt soms voor situaties met een onduidelijke grens tussen vertrouwen en misbruik. Daarnaast heeft de huisarts ook zijn eigen financiële motieven aangezien hij vooral betaald wordt per prestatie.
   - Huisartsen werken steeds meer samen met anderen. Zowel met collega-huisartsen, als met andere disciplines uit de eerstelijnszorg en administratieve hulp. De patiënt aanvaardt deze samenwerkingsvormen indien hij de vrijheid krijgt om zijn arts te kiezen binnen de groepspraktijk. Het werken in groepsverband verloopt echter niet steeds gemakkelijk. Men moet kunnen samenwerken met mensen die een gelijkaardige visie op de huisartsgeneeskunde hebben en heel wat flexibiliteit, openheid en gelijkwaardigheid aan de dag leggen.
   - Er is samenwerking voor de regeling van de wachtdiensten.
   - Voor het behoud van erkenning dient men deel te nemen aan LOK-vergaderingen waarbij men moet leren van elkaar. Dit doel wordt echter vaak niet bereikt, omdat niet alle collega's vrijuit durven spreken in groep.

- De kloof tussen huisartsen en specialisten is nog steeds aanwezig. De huisarts ervaart soms een onderwaardering.
- De wetenschappelijke vooruitgang en de komst van de evidence-based medicine helpen tot een betere en meer uniforme zorg, maar moeten steeds worden aangepast naar de unieke patiënt. De levenskwaliteit van de patiënt moet centraal blijven.
- Als huisarts kom je tegenwoordig vaker in contact met andere culturen. Dit vormt een extra uitdaging. Ook zijn er nieuwe gezondheidsproblemen ontstaan bv. drugsverslaving. Anderzijds staan bepaalde problemen meer op de voorgrond bv. psychosociale problematiek.
- De veranderende maatschappij heeft andere normen en waarden naar voren geschoven – minder aandacht voor geloof en familie en meer medicalisatie. Zo vindt men het vandaag de dag normaal om te sterven in het ziekenhuis i.p.v. thuis.
- Het beeld van de solowerkende, paternalistische huisarts die steeds bereikbaar is, wordt in vraag gesteld. Sommigen willen echter aan dit ideaal vasthouden.
- Tot slot is een goede arts-patiëntrelatie nodig om goede huisartsgeneeskunde te kunnen uitvoeren waarbij men rekening houdt met de verwachtingen van de patiënt. In een groepspraktijk is het soms moeilijk om die persoonlijke band te bewaren. [2]

Het **ISHO** (Interuniversitair Samenwerkingsverband HuisartsenOpleiding) schreef eind 2009 een **rapport** over het leven en werk van geaccrediteerde Vlaamse huisartsen tussen de 30 en 39 jaar. Vanuit hun vertrekpunt dat er een tekort aan huisartsen zal komen en het feit dat er een gewijzigde demografie is binnen het huisartsenberoep, onderzochten ze a.h.v. een post-enquête de praktijksituatie, beroepsactiviteiten, levenskwaliteit, carrièreperspectieven en motivatie van jonge huisartsen in Nederlandstalig België. Daarnaast zocht men naar genderverschillen. Van de 1.423 aangeschreven artsen, waren er 422 die de vragenlijst ingevuld terugstuurden en werden er uiteindelijk 365 respondenten geïncludeerd in de studie.

Praktijksituatie: Ongeveer een kwart van de huisartsen wenste solo te werken, waarbij mannen significant vaker voor deze praktijkvorm kiezen. Gemiddeld 40% wil van praktijkvorm veranderen, waarbij de groepspraktijk met 81% de meest gewenste vorm is. Net geen 60% voert praktijk in de eigen woning of in deze van de collega. Vrouwen hebben significant vaker een praktijk los van hun woning. De helft van de huisartsen heeft administratieve hulp, maar slechts 11% maakt hiervoor gebruik van Impulseo II. De georganiseerde wachtdienst wordt vaak gebruikt om de continuïteit van zorg te verzekeren. Het zijn vooral de mannen die eerder op vrijwillige basis met collega's afspreken. De medische dossiers worden in twee derde van de gevallen volledig automatisch bijgehouden en bij één derde maakt men gebruik van zowel handgeschreven als geautomatiseerde dossiers.

Beroepsactiviteiten: Een huisarts werkt gemiddeld 49 uren per week, maar een vrouwelijke huisarts werkt gemiddeld 8,5 uur minder dan haar mannelijke collega. Een derde van de huisartsen heeft een bijberoep en spendeert hier gemiddeld 8 uur per week aan, ongeacht het geslacht. Ongeveer een derde van de tijd voor patiëntencontact gebeurt op huisbezoek en twee derde op raadpleging. Mannelijke huisartsen gaan echter vaker op huisbezoek dan hun vrouwelijke collega's. Iets meer dan de helft van de huisartsen spendeert 1 tot 4 uur per week aan nascholing, waarbij de vrouwen hier beduidend minder tijd aan besteden. Ongeveer 6% heeft ervaring met het opleiden van HAIO's.

Levenskwaliteit: Een Vlaamse huisarts geeft zijn levenskwaliteit gemiddeld een 7,6 op 10, waarbij de vrouwelijke collega's iets hoger scoren. De tevredenheid over de vrije tijd scoort heel wat slechter en ligt rond de 5 op 10. Men is vooral tevreden met het werk op zich, de afwisseling, de levensstandaard en de studiekeuze en het minst tevreden over de werkdruk. 10% van de huisartsen had achteraf gezien toch liever een andere specialisatie gedaan. De gezondheid van de huisarts scoort een 7,5 op 10, hoewel 18% een actueel gezondheidsprobleem had. 17% heeft al minstens 1 keer het subjectieve gevoel van een burn-out gehad.

Carrièreperspectieven: Ongeveer één een vierde van de huisartsen wenst zijn activiteiten in de komende vijf jaar uit te breiden – waaronder vooral de mannelijke huisartsen – terwijl 17% wil afbouwen – vooral de mannen met een bijberoep. Men wenst vooral meer tijd te besteden aan afspraken, professioneel overleg met artsen en andere disciplines en minder tijd voor telefonisch advies, administratie, management en open spreekuren. De taken waarvan meer dan de helft vindt dat ze kunnen gedelegeerd worden zijn bloeddrukmeting, diabetesbegeleiding en rookstopbegeleiding. Ook bloedafnames, ECG en spirometrie kan men uitbesteden. Baarmoederhalsuitstrijkjes en cryotherapie wenst men daarentegen in eigen beheer te houden.

Motivatie: Binnen de externe motivatie zijn er een aantal randvoorwaarden waarover de meerderheid van de huisartsen het eens is. Vooral de inschrijving van de patiënt en de echelonnering (waarbij de huisarts steeds het eerste contact heeft met de patiënt en indien nodig doorstuurt naar de tweede, specialistische lijn) vinden hier bijval. Voor de vrouwelijke huisartsen is de mogelijkheid tot deeltijds werken ook een belangrijke voorwaarde en de gemengde financieringswijze is dan weer populair bij de mannen. [3]

In het **KCE rapport** worden zowel de aantrekkingskracht (het aantrekken van toekomstige huisartsen door hun keuze te beïnvloeden), de werving (het toevoegen van nieuwe huisartsen aan de pool van praktiserende huisartsen) en de beroepstrouw/retentie (het in het beroep houden van huisartsen) onderzocht van de Belgische huisartsen. Vooral de gedeelten over de beroepstrouw vallen binnen het bestek van deze thesis en zullen kort samengevat worden per onderwerp.

Het KCE rapport begint met een literatuurstudie over de factoren die een invloed hebben op de beroepstrouw van de huisarts. Binnen de persoonlijke identiteit spelen zowel leeftijd als geslacht een rol in de retentie. Zo is een huisarts naar het einde van zijn carrière toe meer tevreden, maar anderzijds willen ze vaker het beroep verlaten. Ook zijn vrouwen meer tevreden over hun job, maar gaan ze sneller op pensioen.

Op het vlak van de werkomstandigheden zijn het de grote verantwoordelijkheid, de uitdaging om goede zorg en preventie te leveren, de hoge werkdruk en de lange werkdagen die in het nadeel van de huisarts spelen. Daarnaast hebben de patiënten steeds hogere eisen en verwachtingen. Ook heeft men moeite met de wachten, schrik voor agressie en het vinden van een vestigingsplaats. Positief zijn de algemene job tevredenheid, de ontwikkeling van persoonlijke mogelijkheden, de job variatie, erkenning van goed werk en de positieve arts-patiëntrelaties. Het inkomen is wel een heikel punt, maar anderzijds niet gerelateerd aan de leeftijd waarop men op pensioen gaat.

Qua levenstevredenheid is de familiale situatie zeer belangrijk voor de retentie. Als de huisarts een onevenwicht ondervindt tussen werk en privéleven, is men meer geneigd om te stoppen met het beroep. Parttime werkende huisartsen met een belangrijke rol als partner of ouder, zijn minder geneigd om het beroep te verlaten dan voltijdse werkers. [4]

b) De situatie van de huisarts in Nederland

De situatie van de huisarts in andere landen wordt binnen deze literatuurstudie niet besproken aangezien de huisartsgeneeskunde vaak op een totaal andere manier wordt uitgevoerd met andere niveaus van opleiding, invulling van de job en betalingswijzen. Het voorbeeld van Nederland is echter wel de moeite waard om te beschrijven aangezien onze Belgische situatie vaak vergeleken wordt met deze van onze noorderburen.

In Nederland schrijft het **NIVEL** (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) jaarlijks een rapport over de situatie van de huisarts. Aangezien we in België geen gelijkaardig onderzoeksorgaan hebben en de gezondheidszorg op een heel andere manier geregeld is, kunnen we de volgende gegevens niet rechtstreeks vergelijken met de Belgische situatie. De grote lijnen komen echter wel overeen bv. de vervrouwelijking van het beroep, de wens om meer parttime te werken, etc.

Volgende resultaten komen uit het NIVEL-verslag van de huisartsenregistratie van het jaar 2009. Op dat moment was 38% van de huisartsen in Nederland een vrouw. Op 10 jaar tijd betekent dit een verdubbeling van de vrouwelijke huisartsenpopulatie. Van de huisartsen met een eigen praktijk zijn er meer vrouwen in loondienst namelijk 15% t.o.v. 5% van de mannen. Van alle Nederlandse huisartsen werkt 20% solo. Hun aandeel daalt elk jaar. Het percentage groepspraktijken neemt echter toe en zat in 2009 net over de helft van de huisartsen in Nederland. De voorkeur voor starters en praktijkzoekenden

gaat uit naar een groepspraktijk. Zo startten in 2008 45% van de artsen in een groepspraktijk, 34% in een duopraktijk en 21% solo (30% van de mannen en 15% van de vrouwen). Van de werkzoekende artsen wenst 5% (11% van de mannen en 3% van de vrouwen) solo te starten, 62% in een groepspraktijk, 29% in een duopraktijk en 3% heeft geen voorkeur. Daarnaast zit deeltijds werken in de lift. 58% van de huisartsen werkt deeltijds waarvan 86% van de vrouwen en 41% van de mannen. Een groot onderscheid zit hem hier in de vestigingsvorm. Zo werkt ongeveer de helft van de zelfstandig gevestigde huisartsen deeltijds t.o.v. 97% van de HIDHA's (Huisarts In Dienst van een HuisArts). Van de werkzoekende huisartsen wil 78% een parttime job (50% van de mannen en 93% van de vrouwelijke praktijkzoekenden).

De dichtheid van huisartsen in Nederland is gemiddeld 1 huisarts per 2.351 inwoners. In België is de huisartsendichtheid echter veel hoger. De meest recente cijfers zijn van 2005 waarin men spreekt over 1 huisarts per 909 inwoners. Tijdens de berekening van dit aantal hield men rekening met een minimale activiteitsdrempel van 500 patiëntcontacten per jaar. [5]

In Nederland is 70% werkzaam als huisarts, HIDHA of waarnemer van de meer dan 12.000 artsen die sedert 1974 afstudeerden. 14% was ooit werkzaam, maar stopte reeds met het beroep en 15% is nooit gestart. Het is vooral de oudere generatie die na het afstuderen nooit in het huisartsenberoep stapte bv. 30% van het afstudeercohort 1980 is nooit aan de slag gegaan als huisarts tegenover afstudeerjaar 2000 waar dit percentage op 5% lag. [6]

c) Waarom stappen huisartsen in België uit het beroep?

De opleiding geneeskunde en de vervolgopleiding tot huisarts nemen momenteel 9 jaar in beslag. Het heeft een individu dus veel tijd en moeite gekost om zo ver te geraken. Hoe komt het dan dat er een substantieel deel van de huisartsen nooit start met het beroep of al snel afhaakt?

Mevr. **Van Baelen** deed hier onderzoek naar in 1998 en kwam tot de conclusie dat huisartsgeneeskunde voor een deel van de studenten eerder een springplank is naar een uitgestelde specialisatie – vooral bij de mannelijke artsen – of naar een artsenberoep met meer regelmatige en beperktere uren – typisch bij de vrouwelijke artsen. In 1995 stuurde ze een vragenlijst naar de 207 artsen die vijf jaar voordien afstudeerden in Vlaanderen in de richting huisartsgeneeskunde. Hieruit bleek dat 48,2% het huisartsenberoep niet als hoofdberoep uitoefende. Het grootste percentage van de "niet-huisartsen" studeerde verder voor een specialisatie [7].

In 2005 presenteerde Dr. **Myriam Cramm** een powerpointpresentatie over "De vrouwelijke huisarts en haar praktijk – evenwicht tussen zorg voor continuïteit en zelfzorg". Zij was toen voorzitster van de Commissie Vrouwelijke Huisartsen binnen de vroegere WVVH (Wetenschappelijke Vereniging van Vrouwelijke Huisartsen). In deze presentatie werd een tabel opgenomen over het onderzoek van Dr. Van Baelen waarbij

niet alleen de resultaten van het promotiejaar 1990 vermeld staan, maar ook deze van 1985 en 1995. Als we de huisartsen en huisartsen in opleiding samentellen, is 5 jaar na afstuderen 57 tot 79% nog actief binnen het beroep of de opleiding. [1]

Hoofdberoep van artsen die als huisarts afstudeerden, vijf jaar na promotie. Deze tabel werd verkregen uit de powerpointpresentatie van Dr. Cramm M [1].

Hoofdberoep	**Promotie '85**	**Promotie '90**	**Promotie '95**
Huisarts	75,40%	52,40%	72,10%
Huisarts in opleiding	3,70%	4,80%	0
Specialisatie	4,50%	20,40%	12%
Ontwikkelingshulp	2,90%	4,10%	0
Arbeidsgeneeskunde	2,50%	4,80%	3,30%
Preventieve geneeskunde	2,50%	1,40%	3,80%
Legerarts	1,20%	0,70%	0
Farmaceutisch onderzoek	0,40%	1,40%	1,10%
Sportarts	0,40%	0,70%	0
Opleiding verpleegkunde	0,40%	0	0,50%
Universitaire research	1,20%	0	1,10%
Verzekeringsgeneeskunde	0,4	1,40%	2,70%
Ander medisch beroep	2,90%	6,10%	0,50%
Geen medisch beroep	1,60%	1,40%	2,70%
Totaal	100 (n=244)	100 (n=147)	100 (n=183)

Een deel van het **KCE rapport** behandelt de redenen waarom huisartsen vroegtijdig stoppen met het beroep. In de literatuur vonden zij verschillende redenen om het huisartsenberoep te verlaten waaronder een lage vergoeding voor het geleverde werk, moeilijke werkomstandigheden (grote verantwoordelijkheid, hoge eisen van patiënten, wachtdienst, …) en een onevenwicht tussen werk en familiaal leven.

Het rapport beschrijft tevens een kwalitatieve studie van jonge Belgische huisartsen die uit het huisartsenberoep stapten. Men onderscheidt enkele belangrijke categorieën van redenen tot stoppen: onevenwicht tussen de werkomstandigheden en het privéleven, patiëntencontact, persoonlijke karakteristieken en het (gebrek aan) contact met collega's. Daarnaast zijn er nog een aantal minder belangrijke variabelen.
Onevenwicht tussen de werkomstandigheden en het privéleven:

- weinig jobcontrole (werken als anderen thuis zijn, constant bereikbaar moeten zijn) waardoor er geen duidelijke lijn is tussen werktijd en privétijd
- zware fysieke en psychologische werkbelasting (lange werkdagen, weekend- en nachtwachten)
- autonomie; als soloarts mis je het verdelen van de verantwoordelijkheid en in een groepspraktijk moet je dan weer rekening houden met collega's

Patiëntencontact:

- hoge eisen van patiënten
- weinig respect
- emotioneel te veel betrokken geraken

Persoonlijke karakteristieken:

- perfectionisme
- te weinig zelfvertrouwen
- te veel empathie

Contact met collega's:

- onevenwichtige associatie waarbij je als startende huisarts aanzien wordt als assistent met weinig zeggenschap in de manier van werken en de organisatie van de praktijk
- tekort aan collegialiteit om ervaringen uit te wisselen, moeilijke casussen te bespreken en verantwoordelijkheid te delen
- generatiekloof

Bijscholing is verplicht om het niveau van de geneeskundige zorg hoog te houden, maar is meestal 's avonds en in het weekend georganiseerd en wordt niet vergoed.
Wat steeds terugkwam tijdens de interviews, was het gevoel dat men overweldigd werd door de job. Deze overstelping zorgde voor uitputting waardoor men geen tijd meer had voor andere zaken. Men kon er niet meer zijn voor partner, kinderen en familie. De combinatie van dit alles deed de huisartsen uit het beroep stappen. [4]

d) Jobtevredenheid in België en andere landen

We kunnen ervan uitgaan dat de huisartsen die uit het beroep stappen minder tevreden zullen zijn over het huisartsenberoep dan zij die voortdoen. Hoe zit het eigenlijk met de jobtevredenheid van huisartsen?

Er werden geen studies gevonden die specifiek handelen over de jobtevredenheid bij huisartsen in Vlaanderen of België, maar wel een doctoraatstudie van Mevr. Van Ham over de arbeidssatisfactie van de Nederlandse huisarts. Hieruit blijkt dat vooral vakinhoudelijke factoren zoals de variatie in het werk, een goed contact met collega's en het geven van onderwijs de jobtevredenheid verhogen. Anderzijds verlagen arbeidsvoorwaardelijke factoren de arbeidssatisfactie. Het gaat hier om zaken als de hoogte van het inkomen, de werkdruk, de administratie en vooral ook het gebrek aan erkenning. Een aspect dat niet zo veel voorkomt en nog minder beschreven is, betreft de verminderde jobtevredenheid door bedreigingen [8, 9]. Het werken in groepsverband zal, net als de verkleining van de praktijkgrootte, de arbeidstevredenheid niet verhogen. Noch de plaats van vestiging, grootte van de gemeente waarin men zich vestigt, noch de samenstelling van de praktijk zorgen voor een significante verhoging van de werktevredenheid. Mevr. Van Ham wierp op dat het misschien het verlies aan status is die de arbeidssatisfactie doet dalen, ondanks de verbeterde werkomstandigheden. [10]

In 2006 schreven Belgische onderzoekers een review over de jobtevredenheid van huisartsen. Ze zijn op zoek gegaan naar de elementen die de jobtevredenheid beïnvloeden bij huisartsen in het kader van de hoge graad van burn-out. Volgens dit artikel zijn er een aantal factoren die de tevredenheid verhogen zoals de diversiteit van het werk, de relatie met collega's, de autonomie van het werk en de rol als opleider van geneeskundestudenten. Anderzijds zorgen een laag inkomen, het hoge aantal werkuren, de administratie, de hoge werkdruk, het tijdstekort en het gebrek aan erkenning voor een verminderde jobtevredenheid. Spijtig genoeg waren de meeste van de 24 geïncludeerde artikels uit de Verenigde Staten en Groot-Brittannië waardoor een veralgemening naar de Vlaamse huisartsen niet mogelijk is. Toch kunnen we ervan uitgaan dat een onderzoek in België gelijkaardige factoren zou geven, zoals gezien in het KCE rapport [4]. Uit deze review kwam ook naar voren dat er in de meeste artikels geen verschil gevonden wordt tussen mannen en vrouwen qua jobtevredenheid, maar dat men in sommige een hogere tevredenheid ziet bij vrouwen. Ook waren er enkele artikels naar het verschil tussen fulltime en parttime werken, met een verhoogde jobtevredenheid bij het parttime werken. [10]

Ook andere studies vermelden een gelijke [10, 11] of verhoogde [12-16] jobtevredenheid bij vrouwen t.o.v. mannen. Daarnaast ziet men dat de jobtevredenheid lager is als men kinderen heeft. De algemene tevredenheid blijft echter stabiel, aangezien men meer tevreden is met andere aspecten van zijn leven [13]. Hoe langer men praktijk voert en hoe ouder men is, hoe meer tevreden men is [9, 10, 17]. Over de relatie tussen arbeidssatisfactie en parttime werken geeft de literatuur verschillende meningen. Volgens Simoens geeft parttime werken een hogere jobtevredenheid en is men minder geneigd om te stoppen met het huisartsenberoep [14]. Anderzijds is er volgens Van Ham geen verhoogde arbeidssatisfactie, behalve over de tevredenheid over de hoeveelheid tijd voor werk en privé [10].

Tijdens mijn literatuuronderzoek vond ik verschillende artikels over de jobtevredenheid bij huisartsen en 'general practitioners' in andere landen. Enkele recente artikels zijn hieronder per land kort samengevat. Men moet er echter rekening mee houden dat het gezondheidszorgsysteem en de betalingswijze vaak op een totaal andere manier geregeld worden in deze landen en zelfs binnen één land kunnen er verschillen zijn.

Een studie in **Groot-Brittannië** van 2006 deed onderzoek naar de jobtevredenheid van huisartsen na de invoering van de nieuwe contracten. Hier was men het meest tevreden met de jobzekerheid, collega's en relatie met partners en medewerkers. Het minst tevreden was men over de erkenning van het werk, de carrièremogelijkheden en het aantal werkuren. De meeste stress werd veroorzaakt door administratie en de toenemende werkdruk en de minste stress werd vermeld bij de nachtelijke wacht, de hoge verantwoordelijkheid en onrealistische verwachtingen van de job door anderen. [18]

In **Duitsland** werd in 2010 een onderzoek gepubliceerd over de jobtevredenheid van huisartsen. Er was vooral een hoge jobtevredenheid door de relatie met collega's en medewerkers, terwijl het inkomen, het aantal werkuren en de mentale werkomstandigheden laag scoorden. De gepresteerde inspanning staat volgens de ondervraagde artsen niet in verhouding tot de inkomstmogelijkheden. [15]

In 2007 publiceerden de **Canadezen** een update over de factoren geassocieerd aan de jobtevredenheid bij huisartsen. Over het algemeen was men tevreden tot zeer tevreden met zijn job. Een grotere tevredenheid was geassocieerd met het mannelijke geslacht, een hoger aantal jaren praktijkvoering, minder huishoudelijke verantwoordelijkheid en een betere gezondheid (via zelfrapportage). Daarnaast levert stress een heel belangrijke bijdrage aan de vermindering van de jobtevredenheid en gaf een goed stressmanagement dan weer een hogere tevredenheid. De toegankelijkheid en kwaliteit van andere gezondheidszorgpartners (bv. ziekenhuizen, revalidatiecentra, etc.) speelt ook een invloedrijke rol. Verder geven financiële gelijkheid, erkenning van collega's en patiënten, de eigen input (mentaal en fysiek) bij het bieden van zorg en het gevoel van zelfwaardering een hogere jobtevredenheid. Een kleine bijdrage aan de tevredenheid wordt geleverd door de werkomstandigheden. Lesgeven is positief gecorreleerd, terwijl werkdruk, werkuren en wachtdiensten als negatief ervaren worden. De manier van uitbetaling is slechts minimaal verantwoordelijk voor de jobtevredenheid. [17]

Simoens publiceerde in 2002 een studie over de jobtevredenheid, werkgerelateerde stress en de intentie om te stoppen bij **Schotse** huisartsen. Zij zijn het meest tevreden met hun collega's, de variabiliteit in het werk en de hoeveelheid verantwoordelijkheid die ze hebben. Daarentegen lijden ze aan stress door een stijgende werkdruk, de administratie, te weinig tijd om hun job goed te doen en gestegen en ongepaste verwachtingen van de patiënt. Op zich zijn de vrouwelijke huisartsen meer tevreden met hun job en ervaren ze minder stress dan hun mannelijke collega's. Dit valt te verklaren door het feit dat ze minder uren werken en minder conflicten ervaren tussen werk en privéleven. De Schotse huisartsen zijn ontevreden over hun verloning onafhankelijk van de hoogte van hun inkomsten. De verloning was echter niet geassocieerd met de intentie om te stoppen. [14]

In 2005 schreef O'Sullivan een artikel over hoe bepaalde jobstressoren en copingmechanismen bij **Ierse** huisartsen een voorspeller zijn van de algemene gezondheid en de jobtevredenheid. Het meeste stress had men van nachtelijke telefoons, het omgaan met moeilijke patiënten en spoedtelefoons tijdens chirurgische ingrepen. Qua copingstrategieën werkt men vooral met 'active coping' (het actief aanpakken of vermijden van stressoren), planning (nadenken over de stappen die men moet ondernemen en hoe men deze het best kan uitvoeren bij het aanpakken van een probleem), zelfbeheersing (wachten tot er zich een goed moment voordoet om een probleem aan te pakken) en aanvaarding (het aanvaarden van het stressvol zijn van een situatie). Het minst greep men naar alcohol, religie, humor of ontkenning. Over het

algemeen waren ze tevreden met hun job – waarbij vooral de autonomie en verantwoordelijkheid hoog scoren – behalve met het aantal werkuren. [19]

In 2005 schreef Nylenna een artikel over de jobtevredenheid bij **Noorse** huisartsen. Ze rapporteren een hoog niveau van jobtevredenheid, waarbij vooral de momenten waarin men zijn bekwaamheid kan tonen, de samenwerking met collega's en medewerkers, de variatie in het werk en de autonomie hoog scoren. Het minst tevreden was men met het aantal werkuren. Huisartsen geven hun jobtevredenheid een hogere score dan hun collega's die in het ziekenhuis werken. [20]

Een mooi citaat vond ik in het artikel over de jobtevredenheid in Engeland: "While the job content is perhaps unpredictable and uncertain at times, it is nonetheless varied and interesting." [18].

e) Situering van de vrouwelijke (huis)arts

Er is reeds veel onderzoek gedaan naar de effecten van het toenemende aantal vrouwen in de geneeskunde. De meeste artikels komen tot de conclusie dat de vervrouwelijking van de geneeskunde enkele veranderingen teweegbrengt aangezien vrouwen niet alleen anders praktijkvoeren, maar ook andere prioriteiten stellen [13, 21].

Tine Panhuysen stelt in haar studie bij studenten geneeskunde een significant genderverschil vast aangaande de waarde die gehecht wordt aan het aspect 'tijd voor gezin'. Vrouwelijke studenten blijken daar significant meer waarde aan te hechten [3]. Dr. Buddeberg vond dit ook terug bij de Zwitserse geneeskundestudent en zelfs nog meer bij de huisartsgeneeskundestudent [21]. In studies komt naar voren dat vrouwen het meeste stress hebben door de combinatie tussen werk en privéleven, waar de mannen vooral stress hebben door het werk zelf [22]. Chambers beschrijft een voorbeeld van dit geslachtsverschil in zijn artikel. Hij concludeert dat het bij een ziek kind vooral de vrouwelijke huisarts is die thuis blijft i.t.t. hun mannelijke partners [11]. Het is dus vooral de vrouw die zich verantwoordelijke voelt en verantwoordelijk is voor het gezin. Om dit te kunnen combineren met een veeleisende job als arts, moet de vrouw dus enkele maatregelen ondernemen.

Eén hiervan is het parttime werken. Het is niet alleen de jongere generatie die deze vorm van werken meer wil introduceren, het zijn vooral de vrouwelijke jonge (huis)artsen die hierin een oplossing zien om de balans tussen werk en privé in evenwicht te houden [6, 10]. Een andere verklaring komt er van Hudson. Hij concludeert dat nog al te vaak de carrière van de vrouw op de tweede plaats komt, waardoor de vrouw sneller parttime gaat werken, vaker in de stad werkt (aangezien er daar meer jobs te vinden zijn voor hun man) en kiest voor artsenberoepen die beter combineerbaar zijn met een gezin. Vrouwelijke artsen trouwen namelijk meestal met een man van een hogere socio-economische klasse waardoor ze met twee verdienen. Aangezien er voldoende geld binnenkomt en de man minder gemakkelijk zijn job op de tweede plaats stelt, is het meestal de vrouw die parttime gaat werken. [23]

Andere oplossingen om de job te combineren met een gezin is het werken in vast dienstverband en het werken in een groepspraktijk. Vrouwen zijn dan ook oververtegenwoordigd in deze praktijkvormen. [7]

Ook stellen vrouwelijke artsen vaak hun kinderwens uit tot na de studies of stoppen ze tijdelijk of definitief met studeren of werken. Momenteel zijn er zelfs vrouwelijke artsen die er bewust voor kiezen om geen kinderen te hebben en te leven voor hun carrière. Uit onderzoek blijkt dat succesvolle vrouwen minder kinderen hebben en op latere leeftijd dan hun mannelijke collega's in vergelijkbare posities. Het parttime werken hoeft trouwens niet te blijven duren. Nadat de kinderen groot genoeg worden om voor zichzelf te kunnen zorgen, nemen vrouwelijke artsen meestal weer een fulltime job op. [16, 22, 23]

Over het algemeen beschouwd zijn vrouwelijke artsen meer tevreden over hun job [zie eerdere referenties] en hun jobkeuze, maar zijn ze minder tevreden over hun carrièreprogressie [23]. Ze werken minder uren per week, werken minder dagen per week en doen minder wachten [11, 12]. Vrouwelijke artsen verdienen minder – zelfs na aanpassing van parttime werken, keuze van de specialisatie, ... – en dan vooral in landen waar men werkt met een betaling per verrichting. Ze kiezen ook vaker voor specialisaties met minder verdiensten [9,16, 23]. Een verklaring voor de paradox tussen de slechtere voorwaarden maar een hogere jobtevredenheid is dat vrouwen andere verwachtingen en waarden hebben [9,16].

Het meeste onderzoek naar de vrouwelijke arts is gedaan in Zwitserland door Prof. Dr. Buddeberg-Fischer. Volgens haar artikels is de geneeskunde in Zwitserland nog zeer geslacht-gebiased in het nadeel van de vrouwen. Het gaat hem zowel over een horizontale als verticale segregatie nl. vrouwen kiezen vaker voor huisartsgeneeskunde, gynaecologie, pediatrie, etc. (t.o.v. mannen voor chirurgie en cardiologie) en vrouwen zijn minder geneigd om hogere posities te bekleden. In haar artikels klaagt ze de onmondigheid van de vrouw aan; aangezien de vrouwelijke artsen minder carrière georiënteerd zijn, zullen ze meegaan in de man-gedomineerde structuren i.p.v. deze om te buigen naar meer vrouwvriendelijke vormen (bv. parttime seniorposities zijn niet of zelden bestaande). [13]

Buddeberg deed ook onderzoek naar de balans tussen werk en privéleven bij jonge Zwitserse geneeskundestudenten die voor de huisartsgeneeskunde kozen. In deze studie werd een vergelijking gemaakt tussen de studenten die al of niet voor de huisartsgeneeskunde kozen. Men concludeerde dat alle toekomstige artsen een goede balans tussen werk en privéleven een essentieel doel vinden. Dit vooruitzicht komt zelfs nog meer naar voren bij vrouwelijke studenten en zij die voor de huisartsgeneeskunde kiezen. [21]

Dezelfde onderzoekers publiceerden in 2010 ook een studie over de impact van geslacht en ouderschap op de carrière van Zwitserse artsen. Hieruit blijkt dat vrouwelijke artsen minder vaak werken en minder carrière maken t.o.v. hun mannelijke collega's.

Vrouwelijke artsen zijn minder carrièregeöriënteerd en zijn meer geneigd om parttime werken te overwegen of hun carrière te herstarten na het opvoeden van de kinderen. Vrouwelijke artsen kwalificeren zich minder in hun specialisatie en volgen minder vaak prestigieuze opleidingen, hebben minder vaak een mentor, werken vaker in kleinere ziekenhuizen of in privépraktijken en bekleden minder vaak een hogere academische positie. Het ouderschap – vooral bij vrouwen – exacerbeert deze negatieve impact op de carrière nog meer. [13] Anderzijds geven kinderen een verminderde kans op burn-out [22].

Binnen de huisartsgeneeskunde zijn vrouwen vaker verantwoordelijk voor de antenatale zorg, preventie en vrouwenzaken, terwijl de mannen vaker voor de kleine chirurgie, IT en verschillende administratieve taken instaan. [11]

De 'supervrouw' – die de combinatie gezin en werk weet te managen – heeft misschien geen tijd meer voor zichzelf en dus meer kans op een depressie [23]. Vrouwelijke artsen hebben meer kans op een succesvolle suïcide en een scheiding [16].

f) De balans tussen werk en privéleven

De balans tussen werk en privéleven (BWP) is een belangrijk aspect voor de jobtevredenheid [4, 21, 24]. Op het moment dat huisartsen merken dat deze balans niet meer in evenwicht is, zal men meestal kiezen voor het gezin en hun beroepswerkzaamheden verminderen of zelfs helemaal stoppen [4]. Reeds in de opleiding tot huisarts hecht men momenteel minder belang aan carrière maken en des te meer aan de balans tussen werk en privé [3, 21].

Een goed evenwicht tussen werk en privéleven ziet men vaker bij huisartsen die minder uren werken. Huisartsen die moeilijk tijd vrij kunnen nemen wanneer ze het nodig hebben en met onvoorspelbare en lange uren hebben dan weer een slechtere BWP. De sociale en familiale achtergronden waren niet geassocieerd met de BWP. [24]

Een goede BWP is belangrijk. Het is namelijk een beschermende factor tegen burn-out. [21]

g) Maatregelen

Allereerst vat ik de maatregelen samen die in het KCE rapport staan vermeld om meer huisartsen aan te trekken, de beroepstrouw te verhogen en meer huisartsen binnen het beroep te houden. Aangezien dit de enige bron is die de situatie van de Belgische huisarts beschrijft, zijn er geen andere studies opgenomen in dit onderdeel van de literatuurstudie.

In de *literatuur* vonden zij enkele beleidsmaatregelen om de beroepstrouw te vergroten die echter nog niet voldoende geëvalueerd zijn. Het gaat hem over een andere vorm van salariëring (momenteel heeft deze maatregel echter geen effect op lange termijn), continue medische vorming, de mogelijkheid van vervanging, professionele

ontwikkeling (bv. ondersteuning door specialisten) en integratie in de gemeenschap (bv. goede school voor de kinderen, tevredenheid vrouw).

De belangrijkste oplossingen die naar voren geschoven worden in de *kwalitatieve studie* van huisartsen die uit het beroep stapten, zijn de promotie van groepspraktijken en huisartsennetwerking om de werkomstandigheden te verbeteren (gedeelde verantwoordelijkheid, minder van wacht zijn), goed uitgewerkte week- en weekendwacht, financiële ondersteuning van de praktijken, continue medische opleidingen tijdens de werkuren en een verbeterde huisartsenopleiding waarbij men leert omgaan met urgenties, moeilijke patiënten en het bewaren van een emotionele afstand. Andere maatregelen waren een betere begeleiding in de specialisatiekeuze en meer stage bij een huisarts om een beter beeld van het huisartsenberoep te verkrijgen. Hoewel het inkomen nooit een hoofdreden was om te stoppen, beveelt men een betere verloning o.v.v. speciale nomenclatuur voor langdurige consulten en forfaitaire betaling aan. Van hogerhand uit kan men patiënten sensibiliseren dat een huisarts niet steeds bereikbaar kan zijn en men niet te veel mag eisen. Men moet de patiënt dus leren hoe men gebruik maakt van de gezondheidszorg. Meer informatie i.v.m. de financiële kanten van het huisartsenberoep en valkuilen bij het associëren, alsook een training in conflictmanagement tussen collega's zouden de retentie moeten verminderen. Ten slotte stelt men voor om meer huisartsen laten afstuderen en vraagt men om ondersteuning te bieden aan huisartsen met problemen bv. bij burn-out.

Voor de Belgische *stakeholders* (een homogene groep van beleidsmakers, vakbonden van huisartsen, specialisten, studenten, universiteiten, media en huisartsen zelf) zijn maatregelen gericht op het verbeteren van de combinatie tussen werk en privéleven minder belangrijk. Zij verkozen organisatorische en educatieve beleidsmaatregelen. De levenskwaliteit van een huisarts is volgens hen wel belangrijk om meer huisartsen aan te trekken, maar de maatregelen waardoor dit zou moeten gebeuren, scoren laag. Zo is men niet meteen vóór deeltijds werken aangezien dit de toegankelijkheid van de zorg vermindert en de kosten voor de gemeenschap doet toenemen.
Indien men wil dat maatregelen effectief leiden tot een toename van het aantal huisartsen, zal men in alle stadia van het curriculum moeten ingrijpen.

Het eerste moment om maatregelen te treffen, is tijdens de opleiding. Hier zou men algemene, huisartsgerichte lessen moeten geven i.p.v. de huidige specialistische vorm van onderwijs. Een verplichte stage huisartsgeneeskunde zal voor velen een eerste kennismaking zijn met het beroep en de negatieve vooroordelen temperen. Daarnaast moet de universiteit het imago van de huisartsgeneeskunde verbeteren. Huisartsgeneeskunde wordt nog al te vaak als een "tweede keuze" beschouwd aangezien men voor de aanvaarding geen strenge criteria hanteert i.t.t. de meeste specialistische disciplines waar men hoge standaarden aanhoudt. Het afschaffen van de numerus clausus kan op weinig bijval rekenen. Dit zal slechts in mindere mate leiden tot een toename van het aantal huisartsen en nog meer studenten naar de specialistische geneeskunde drijven. Ook het vooraf selecteren van studenten die meer bereid zijn om

huisarts te worden, vond men een slechte maatregel, net als het creëren van een klinisch academische huisartsenactiviteit.

Een tweede punt is het inkomen. In de kwalitatieve studie komt naar voren dat het inkomen slechts voor een klein gedeelte bijdroeg aan het stoppen met het huisartsenberoep, maar anderzijds zal het idee van een lager inkomen minder studenten naar de huisartsgeneeskunde drijven. Studenten geneeskunde menen namelijk dat huisartsen minder verdienen dan specialisten. In het buitenland wordt er vaak gewerkt met subsidies, maar dit is in de Belgische situatie minder interessant. Anderzijds is in andere landen (o.a. Canada en Verenigd Koninkrijk) gebleken dat de financiële ondersteuning van huisartsen in streken met weinig huisartsen (cfr. Impulseo I) op lange termijn niet efficiënt zijn aangezien de eenmalige som niet opweegt tegenover de slechtere werkomstandigheden. Deze laatste maatregel krijgt bij de stakeholders echter de hoogste score binnen dit domein. Ze waren ook te vinden voor een vast bedrag per patiënt of ziektebeeld bovenop het huidige systeem van betaling per verrichting.

Het derde pakket van maatregelen moet de werkomstandigheden verbeteren. Werken in teamverband is hierin de hoogst aangeschreven maatregel. Dit kan zowel in groepspraktijken als d.m.v. samenwerkingsverbanden tussen soloartsen. Door samen te werken kan men het werk beter verdelen, is er ruimte voor preventie en onderwijs en kan men taken delegeren naar andere disciplines (bv. administratie). Dit zou een evoluerende carrière kunnen ondersteunen om de kans op burn-out te verminderen. Ook het schrappen van de individuele wachtdienstverplichting zou volgens sommigen een uitkomst bieden, maar de meningen hierover zijn verdeeld.

Natuurlijk moet men alles in een breder perspectief zien. De eerste lijn staat niet zo sterk binnen de Belgische gezondheidszorg t.o.v. systemen waarbij de huisarts een volwaardige poortwachtersfunctie heeft. Hier is nog heel wat ruimte voor verbetering mogelijk zoals ook blijkt uit de voorstellen van de stakeholders. Maatregelen die samenwerkingsverbanden tussen huisartsen bevorderen en leiden tot taakdelegatie vielen erg in de smaak (o.a. het delegeren van administratie).

Ten slotte stellen de stakeholders zelf nog een aantal impulsen voor zoals zwangerschapsverlof en een verbeterde sociale status. Ze zien de huisarts ook meer als een manager binnen de multidisciplinaire aanpak van zorg.

In hun besluit vragen de auteurs van het KCE-rapport naar een ambassadeur die de belangen van de huisartsen bundelt in één strategie en die naar voren brengt bij alle publieke instanties. [4]

Hieronder worden de oplossingen voor de verbetering van de situatie van de vrouwelijke huisarts besproken. Aangezien dit minder streekgebonden is, zijn maatregelen van verschillende landen opgenomen in de literatuurstudie.

Dr. Cramm heeft in 2003 een focusgroeponderzoek gedaan naar de problemen die vrouwelijke huisartsen ondervinden in het combineren van hun gezinsleven met de uitoefening van hun praktijk en mogelijke oplossingen. Ondanks de grote veranderingen in het man-vrouwpatroon blijkt dat de vrouw nog steeds meer verantwoordelijk wordt geacht voor het gezin. Er werd tevens gepeild naar oplossingen voor de dualiteit tussen de beschikbaarheid voor de patiënt en de zorg voor het gezin. In de praktijk kan men de continuïteit van zorg aanpakken door te werken met een telesecretariaat of samenwerkingsverbanden aan te gaan o.v.v. associaties, informele afspraken en wachtdiensten. Op een hoger niveau kan de maatschappij een steentje bijdragen door samenwerkingsverbanden financieel te steunen (hier is het Impulseo 2 en 3 in België een mooi voorbeeld van), bijscholing te vergoeden en de financiering van artsen op een andere manier te regelen (bv. basisvergoeding + vergoeding per prestatie, verplichte inschrijving van patiënten). Anderzijds kan men de verantwoordelijkheid t.a.v. het gezin verminderen door op microniveau de man te emanciperen, duidelijke grenzen te stellen en te bewaken en een flexibel hulpcircuit uit te bouwen. Op macroniveau kan men de emancipatie van de man ondersteunen, bijscholing tijdens de werkuren voorzien en de mogelijkheid bieden om deeltijdse opleiding te volgen of deeltijdse wacht te doen. Voor het evenwicht tussen privé en praktijk zagen de focusgroepen vooral persoonlijke baat bij begrip en steun van collega's, goede communicatie met patiënten waarbij de grenzen werden aangegeven en bewaakt en de woning en het werk gescheiden te houden. De overheid zou de (vrouwelijke) huisarts hierin kunnen steunen door richtlijnen i.v.m. het gepast gebruik van de eerste lijn aan te geven en te laten respecteren. [1]

Om de verschillen tussen mannen en vrouwen weg te werken binnen de geneeskunde zullen verschillende maatregelen nodig zijn. De verbetering van de omstandigheden voor de vrouw begint al in de opleiding. Hier zou men meer aandacht moeten geven aan begeleiding en cursussen rond stressmanagement, misbruik en seksuele intimidatie. Daarnaast is een algemene eliminatie van discriminatie nodig (bv. gelijke verdeling van geslacht in de typische mannelijke specialisaties zoals orthopedie) en een hervorming van de opleiding en de latere werkomstandigheden (o.a. door parttime stage en werk toe te laten) [23]. Daarnaast moet men het aantal vrouwelijke mentors en rolmodellen proberen op te drijven. Vrouwen moeten leren 'netwerken' [16, 23].

h) Partner

In onze studie hebben we er voor gekozen om ook de partner te ondervragen. Is er in de literatuur iets te vinden over de invloed van deze partner op het leven van de arts?

Er zijn slechts weinig onderzoeken gedaan naar het effect van het hebben van een partner op de jobtevredenheid.

Dyrbye et al. onderzochten de werk-privésituatie bij chirurgen met een partner waarbij er een onderscheid werd gemaakt tussen de chirurgen met een arts als partner versus niet-artsen en thuiswerkende partners. Hieruit bleek dat het hebben van een partner die ook arts is een moeilijker evenwicht tussen werk en privé geeft. Zo bleek dat de

jobtevredenheid het beste was bij chirurgen met thuisblijvende partners. Daarnaast hebben de chirurgen met een arts als partner vaker hun kinderwens uitgesteld, ervaren ze vaker conflicten in hun werk-privébalans, hebben ze minder het idee dat er nog voldoende tijd is voor hun persoonlijk en familieleven en vinden ze dat hun kinderen hun carrière hebben vertraagd. Objectief hebben ze een lagere academische rang. Toch zitten ze even vaak in hun eerste huwelijk, zijn ze even tevreden met hun keuze voor chirurgie, werken ze even veel uren en hebben ze slechts minieme verschillen op vlak van burn-out en depressie. De voordelen zijn een hoger gezamenlijk inkomen en een beter begrip van de werkomstandigheden. De kans op burn-out is gelijkaardig, maar men ziet meer uitputting bij chirurgen met een werkende partner. [25]

Een studie bij vrouwelijke academische huisartsen onderzocht de voor- en nadelen van een gezin met twee artsen. De belangrijkste voordelen waren het begrip en de goede ondersteuning door de partner. Daarnaast profiteerde men van de financiële stabiliteit, gedeelde wachten en een gevoel van kameraadschap. Natuurlijk zijn er ook nadelen aan verbonden zoals ingewikkelde werkschema's waardoor kinderopvang moeilijk te regelen valt en het moeten maken van compromissen in de carrière. [26]

3. Onderzoeksmethodiek

Deze masterproef moet gezien worden in het kader van de masterproef van collega dr. Lieselot Smet en dr. Anouk Verraes. Dit gedeelte zal onderzoek doen waarbij de vrouwelijke huisartsen de onderzoekspopulatie zijn en mijn collega's zullen respectievelijk de mannelijke huisartsen en afgestudeerde huisartsen die voor een ander beroep kozen, bestuderen. We hebben lang getwijfeld over onze manier van ondervragen, maar uiteindelijk kozen we voor een internetenquête na telefonisch contact. Het afnemen van interviews was niet mogelijk gezien de geografische spreiding van onze populatie en het tijdrovende karakter van de verwerking. Een enquête via de post was ook niet haalbaar gezien de hoge kostprijs. Daarnaast kwam uit onze literatuurstudie naar voren dat internetenquêtes een lage responsratio hebben, dus opteerden we ervoor om de populatie eerst telefonisch aan te spreken om zo het aantal respondenten te maximaliseren.

Afbakenen van de populatie

Aangezien we de mening wilden van huisartsen die vrij snel na hun afstuderen stopten, besloten we de afgestudeerde huisartsen van de afgelopen 5 jaar als onderzoekspopulatie te nemen. Via het ICHO (Interuniversitair centrum voor huisartsopleiding) verkregen we de namen van de 602 artsen die afstudeerden als huisarts in het jaar 2005 t.e.m. 2009. De moeilijkheid zat hem vooral in het uitzoeken of deze artsen nog actief waren als huisarts. Zowel Domus Medica, het RIZIV als de FOD Volksgezondheid waren niet bereid deze gegevens vrij te geven, aangezien het vertrouwelijke informatie betreft. Daarom bedachten we een systeem om op een consequente manier de namenlijst te screenen via informele kanalen. De artsen op de afstudeerlijst van het ICHO vergeleken we met de gegevens van de Orde van geneesheren en Mediwacht. We gingen er namelijk van uit dat een huisarts die momenteel werkzaam is, staat ingeschreven bij zijn Orde en wachtdiensten in zijn buurt uitoefent. De onderverdeling gebeurde als volgt. Een arts moest vooreerst in het boekje van de Orde van zijn of haar provincie of op de site van ordomedic terug te vinden zijn als huisarts, algemeen geneeskundige of HAIO (Huisarts in Opleiding). Tevens moest hij of zij op de site van Mediwacht vermeld staan in zijn of haar streek om als "huisarts" gelabeld te worden. Indien ze aan deze twee voorwaarden niet voldeden, werd verder opzoekwerk verricht via Google. Bij twijfel werden de personen in kwestie of hun vroegere praktijkopleiders gecontacteerd via telefoon of e-mail met de vraag of ze nog werkzaam waren als huisarts. Zo werd de lijst van afgestudeerden onderverdeeld in vier categorieën: 498 personen werden gemarkeerd als "huisarts" (172 mannen en 326 vrouwen), 66 als "geen huisarts", 30 artsen werkten "niet in Vlaanderen" en van 8 artsen waren er onvoldoende gegevens beschikbaar, zij werden als "geen evidentie" geclassificeerd.

Samenstellen van de enquête

Het samenstellen van de enquête gebeurde tijdens verschillende groepsgesprekken. We baseerden ons vooral op de vragenlijst die mevr. Van Ham gebruikte in haar doctoraatstudie (Van Ham doct 2006) over de arbeidssatisfactie van de Nederlandse huisarts. Er werd een onderverdeling gemaakt in zes categorieën (persoonlijkheid, organisatie huishouden, praktijkgegevens, jobtevredenheid, toekomstperspectieven en persoonlijke gegevens) voor de arts en vier categorieën (eigen ambities en persoonlijkheid partner, organisatie huishouden, huidige job en persoonlijke gegevens) voor de partner. De vragen werden na enkele pilootstudies in augustus en september 2011 verder aangepast. De pilootstudies voerden we uit bij 4 artsen en 3 partners (zie bijlage a). De uiteindelijke enquête diende men in te vullen via het internet op een beveiligde webpagina van het programma www.enquetemaken.be en bevatte 78 vragen voor de arts en 59 vragen voor de partner (zie bijlage d en e).

Contacteren van de populatie

Na de selectie van de vrouwelijke huisartsen uit de totale databank werd a.h.v. een willekeurige randomisatie een onderzoekspopulatie geselecteerd van 50 vrouwelijke huisartsen. Deze artsen contacteerden we telefonisch tussen 2 november en 2 december 2011. De telefoonnummers vonden we via de Orde van geneesheren of Mediwacht. Indien de persoon meteen bereikbaar was, werd een korte uitleg gegeven over de studie en gepeild naar haar interesse. Tijdens deze uitleg kwamen een situatieschets van de problematiek, onze onderzoeksvraag en onze vraag naar deelname aan de internetenquête aan bod. De anonimiteit en de rol van de partner werden ook besproken. Bij interesse noteerden we hun e-mailadres – en eventueel ook het e-mailadres van de partner – voor het vervolg van de studie. Indien de arts niet bereikbaar was, telefoneerden we maximaal nog driemaal opnieuw. Bij langdurige afwezigheid – zoals zwangerschapsverlof – of expliciete vraag, gaven we onze gegevens zodat zij ons konden contacteren. Op deze manier werden 44 e-mailadressen verkregen. 3 artsen wensten niet deel te nemen en 3 artsen konden niet gecontacteerd worden ondanks nalaten van onze gegevens (2 personen met zwangerschapsverlof en 1 persoon die niet terugbelde).

Op het einde van elke week stuurden we de verkregen e-mailadressen door naar onze tussenpersoon. Deze onafhankelijke tussenpersoon was een assistent-specialist in opleiding met een GCP (Good Clinical Practice) certificaat. Deze tussenpersoon codeerde de artsen en partners en stuurde hen vervolgens een e-mail met de informed consent, hun persoonlijke code en het internetadres van de enquête (zie bijlage b en c). Deze e-mails werden verstuurd tussen 14 november en 12 december. Op 25 december stuurde onze tussenpersoon een herinneringsmail naar alle artsen die op dat moment de vragenlijst nog niet hadden ingevuld.

Gegevensverwerking

Op 15 januari 2012 sloten we de enquête af. Alle gegevens werden in een Excel-bestand opgevraagd en verder verwerkt in SPSS versie 19. Eerst werden de artsen en partners afzonderlijk verwerkt om in een later stadium bepaalde vraagstellingen tussen de koppels na te gaan. Tot slot vergeleken we ook nog enkele gegevens tussen de mannelijke en vrouwelijke artsen en tussen de stoppers en blijvers. De resultaten kan u vinden bij het gedeelte “resultaten van de artsenbevraging en partnerbevraging”. De figuren werden opgemaakt in Excel en in bijlage f toegevoegd.

4. Resultaten

Resultaten van de algemene databank:

We stelden een databank op bestaande uit de 602 huisartsen die in de periode 2005-2009 aan het ICHO zijn afgestudeerd. Van de afgestudeerde huisartsen is ongeveer 1/3 man en 2/3 vrouw (208 mannen versus 394 vrouwen).

Van deze 602 recent afgestudeerde huisartsen is nog 82,7% werkzaam als huisarts, 11% heeft voor een andere job gekozen. 38 artsen, of 6,3%, bevonden zich op het moment van opstellen van de databank niet in Vlaanderen of waren niet terug te vinden.

Tabel 1. Verdeling van de populatie volgens onderzoekscriterium en geslacht. Het vetgedrukte getal beslaat de onderzoekspopulatie van deze masterproef.

Huisartsen afgestudeerd in 2005-2009	**Man**	**Vrouw**	**Totaal**
Werkzaam als huisarts in Vlaanderen	172	**326**	498 (82,7%)
Niet meer werkzaam als huisarts	21	45	66 (11%)
Niet in Vlaanderen / geen evidentie	15	23	38 (6,3%)
Totaal	208 (35%)	394 (65%)	602

De afgestudeerde huisartsen die niet meer werkzaam zijn als huisarts, hebben het beroep dus binnen de 2 tot 6 jaar na afstuderen opgegeven. Vrouwen stoppen even vaak met het huisartsenberoep als mannen (Pearson chi-square test P=0,662). De huidige beroepsactiviteit van de niet-huisartsen is in de meeste gevallen acute geneeskunde of (de opleiding tot) een specialisatie. Er is geen enkele stopper die een beroep buiten de gezondheidszorg uitoefent.

Tabel 2. Huidige beroepsactiviteit van de niet-huisartsen uit de onderzoekspopulatie.

Beroep	**Man**	**Vrouw**	**Totaal**
Klinische disciplines	**15**	**22**	**37**
Acute geneeskunde/urgentiegeneeskunde/spoed	12	15	27
Radiologie	1	1	2
Interne geneeskunde	0	1	1
Urologie	1	0	1
Kandidaat specialist	1	3	4
Diabeteskliniek	0	2	2
Wetenschap en industrie	**3**	**4**	**7**
Universiteit	1	3	4
Onderzoek	2	0	2
Farmaceutische industrie	0	1	1
Maatschappelijke gezondheidszorg en preventieve GNK	**1**	**17**	**18**
Arbeidsgeneeskunde	0	5	5
Adviserend geneesheer	0	2	2
Kind en Gezin	0	1	1
CLB	0	3	3
Bloedtransfusiecentrum	0	1	1
MSOC	0	1	1
Gehandicaptenzorg	0	2	2
Gezondheidsproject prostitutie	0	1	1
Rode Kruis	1	0	1
Fedasil	0	1	1

Andere	**2**	**2**	**4**
Accupunctuur	0	1	1
Artsen zonder grenzen	0	1	1
Militair	1	0	1
Zonder praktijk	1	0	1
Totaal	**21**	**45**	**66**

Even ter zijde vroegen we ons ook af hoeveel artsen de opleiding tot huisarts nooit afmaakten. Tijdens de HAIO-opleiding zijn 44 artsen weggevallen: hiervan zijn 37 artsen vroegtijdig gestopt, 7 zijn gestopt nadat ze niet geslaagd waren (ze hebben wel niet allemaal de herexamenmogelijkheden benut omwille van diverse redenen: ontrading om verder huisartsgeneeskunde te doen, eigen keuze voor een andere specialisatie, ziekte, …). 6,81% van de HAIO's maakt dus zijn/haar opleiding niet af. De geslachtsverdeling is 55% mannen versus 45% vrouwen.

Resultaten van het rekruteren van de doelpopulatie:

In de periode van 2 november t.e.m. 2 december 2011 werden 50 vrouwelijke huisartsen opgebeld die we willekeurig selecteerden uit de algemene databank. 47 artsen kregen we persoonlijk aan de lijn, waarvan er 44 hun e-mailadres gaven voor verdere deelname en drie artsen niet wensten deel te nemen. De overige drie artsen konden niet gecontacteerd worden. Twee personen waren in zwangerschapsverlof en reageerden niet op de achtergelaten boodschap en één arts belde nooit terug. De telefonische contactmethode gaf dus een responsratio van 88%. Van de 44 artsen gaf er één arts aan geen partner te hebben.

Van de 44 vrouwelijke huisartsen en hun 43 partners, vulden er 20 artsen en 11 partners de vragenlijst volledig in. Zo werden er tien koppels gevormd. Er was één arts die de partnervragenlijst had ingevuld. Via de tussenpersoon werd aan deze arts gevraagd om alsnog de vragenlijst voor de arts in te vullen, wat ze ook deed. Haar antwoorden op de vragenlijst van de partner werden gewist. Bij de artsen was er een responsratio van 45% en bij de partners een ratio van 26%.

Resultaten van de artsenbevraging:

De internetenquête werd ingevuld tussen 5 en 29 december door 20 vrouwelijke huisartsen.

Persoonlijke gegevens:

De ondervraagde huisartsen zijn geboren tussen 1976 en 1982 (mediaan= 1981). Het gaat hier dus om artsen met een leeftijd van minimum 28 en maximum 35 jaar. 19 van de 20 artsen hebben een partner. Deze artsen wonen allemaal samen met hun partner. Bij 15 huisartsen zijn er geen artsen in de familie. Bij drie artsen is de moeder en/of de vader ook arts, niemand heeft een grootouder als arts, éénmaal is een broer en/of zus vermeld en bij twee artsen zijn oom en/of tante arts.

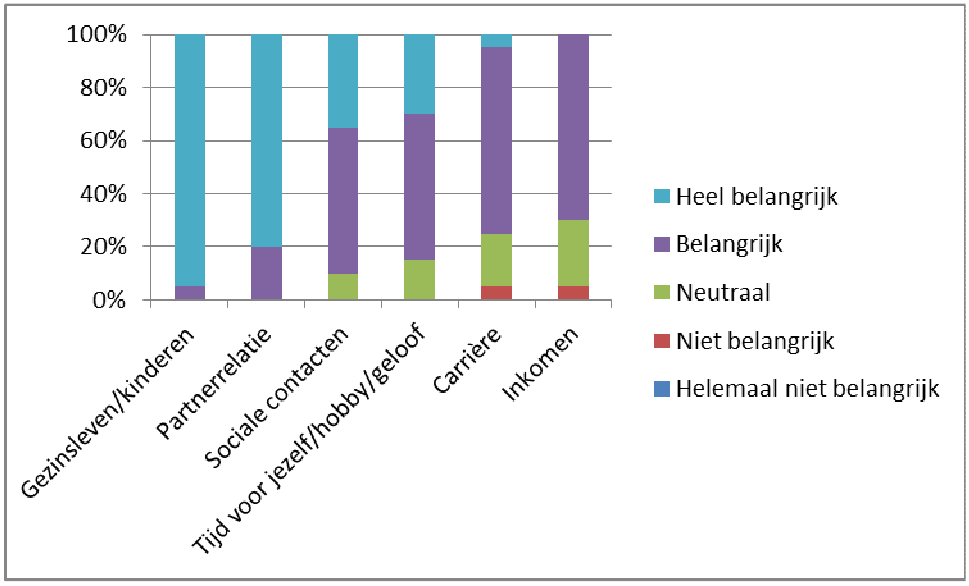
Tabel 3. Verdeling van de artsen in de familie (n=5).

	vader	moeder	grootouder(s)	broer(s)/zus(sen)	oom(s)/tante(s)
arts 1					x
arts 2		x			x
arts 3	x	x			
arts 4	x				
arts 5	x	x		x	x

Er zijn vier artsen die zich kandidaat stelden voor een specialisatie, waarvan er slechts één aanvaard werd.

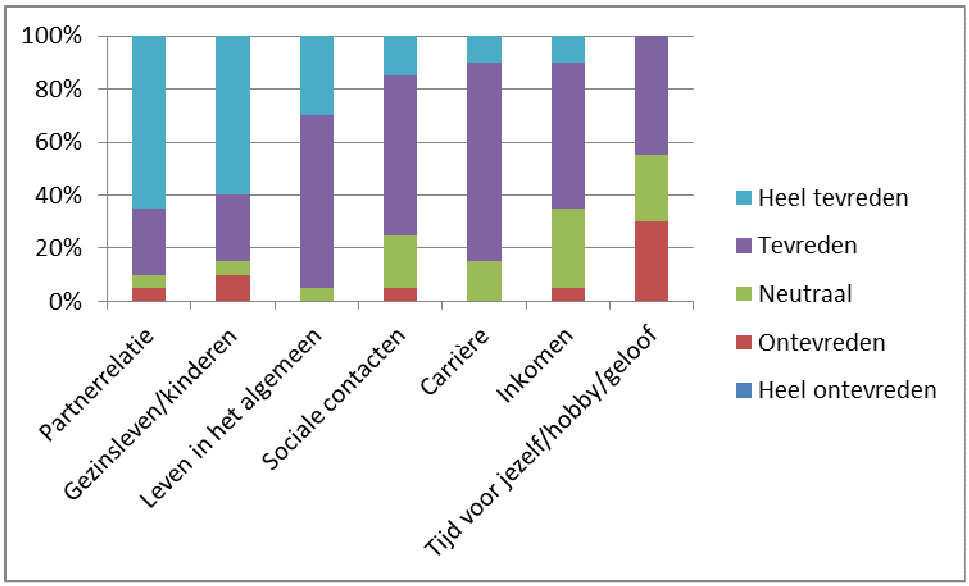
Persoonlijkheid:

Bij de vraagstelling "Geef aan hoe belangrijk volgende elementen voor u zijn om een gelukkig leven te leiden" zijn het vooral het gezinsleven/kinderen en de partnerrelatie die heel belangrijk zijn. De sociale contacten, tijd voor zichzelf, de carrière en het inkomen zijn voor het merendeel van de artsen ook nog belangrijk tot heel belangrijk. De carrière en het inkomen zijn in vergelijking het minst belangrijk om een gelukkig leven te leiden.



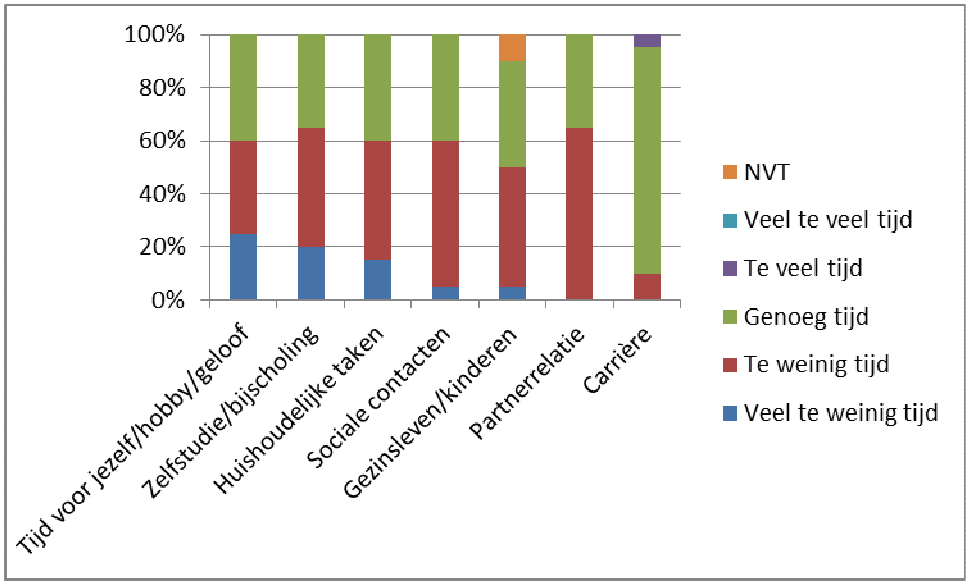
Grafiek 1. Geef aan hoe belangrijk volgende elementen voor u zijn om een gelukkig leven te leiden (n=20).

De vrouwelijke huisartsen in deze studie zijn vooral heel tevreden met hun partnerrelatie en hun gezinsleven. Meer dan de helft is ook tevreden met haar carrière, leven in het algemeen, sociale contacten en inkomen. De meeste ontevredenheid noteren we bij de tijd voor zichzelf/hobby/geloof.



Grafiek 2. Hoe tevreden bent u momenteel met uw …? (n=20).

De vraagstelling i.v.m. de tijdstekorten geven gelijkaardige resultaten. Men heeft voor alles behalve de carrière te weinig tijd, maar vooral de tijd voor zichzelf/hobby/geloof, tijd voor zelfstudie en tijd voor huishoudelijke taken worden als deficiënt gezien.

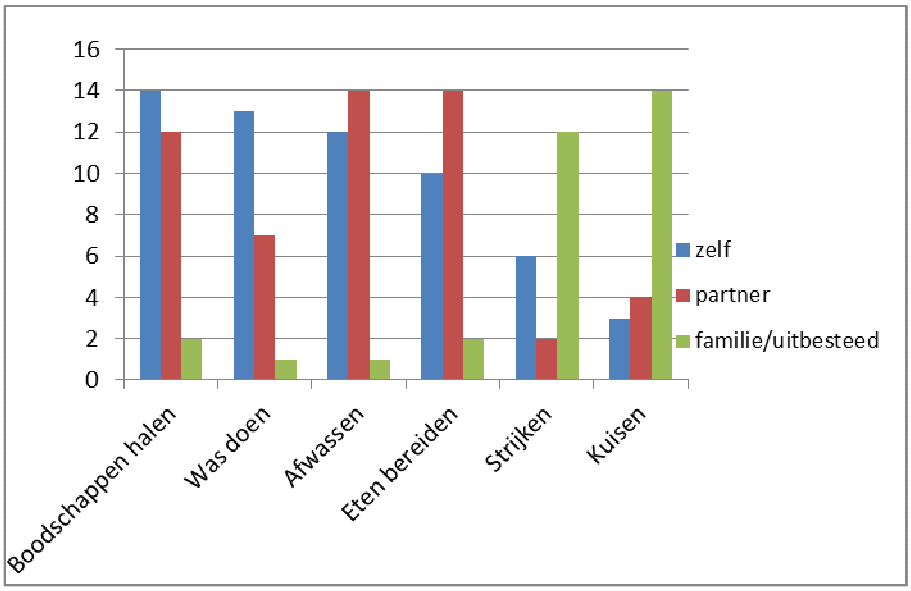


Grafiek 3. Vindt u dat u voldoende tijd heeft voor …? (n=20).

Van de 20 vrouwelijke huisartsen zijn er vijf die ooit al gestopt of verminderd zijn met werken. Men benutte de vrijgekomen tijd voor zichzelf (reizen, gezondheid), de kinderen of de combinatie van het huisartsenberoep met een andere carrière.

Organisatie huishouden:

Wanneer we kijken wie de meeste huishoudelijke taken uitoefent, valt op dat meer dan de helft van de artsen meestal instaat voor de boodschappen, de was en het afwassen. De partners nemen vooral de boodschappen, afwas en het koken voor zich. De huishoudelijke taken die men het meest uitbesteed zijn strijken en kuisen.



Grafiek 4. "Wie oefent meestal volgende taken uit?" (n=20).

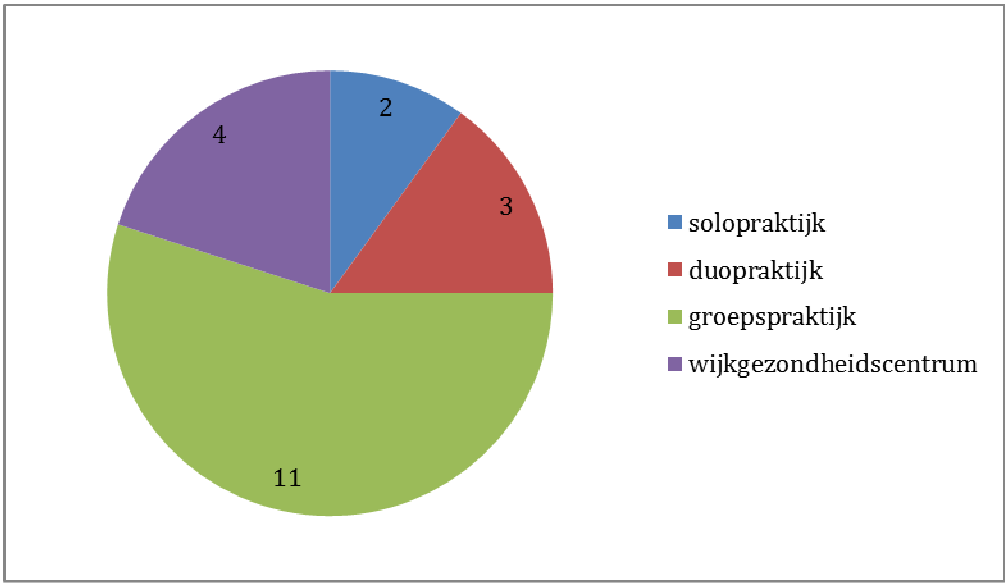
Vijf van de 20 huisartsen hebben geen hulp in het huishouden. De andere 15 artsen hebben 2 tot 10 uur per week hulp met een gemiddelde van 3 uur per week.
Er zijn drie vrouwelijke huisartsen die zeggen dat ze hun kinderwens uitstellen of hebben uitgesteld waarbij de drukte in de praktijk de belangrijkste reden is naast het ontbreken van een partner.
11 van de 20 vrouwelijke huisartsen hebben kinderen. Van die 11 hebben er tien niet-schoolgaande kinderen en zes schoolgaande kinderen. 4 artsen hebben één kind, 4 artsen hebben twee kinderen en 3 artsen hebben drie kinderen. Er zijn geen artsen die meer dan drie kinderen hebben.
De vrouwelijke huisartsen met kinderen hebben gemiddeld 1,9 kinderen waarvan 57% nog niet schoolgaand is.
Bij navraag naar de opvang van de niet-schoolgaande kinderen, gaan 9 van de 10 kinderen overdag naar een kinderdagverblijf of onthaalouder. Af en toe worden ze ook opgevangen door de arts zelf, de partner en bij één persoon door de (schoon)ouders. 's Avonds daarentegen vangen de ouders hun kinderen zelf op (zie ook grafiek 5). Bij de schoolgaande kinderen is de vraagstelling naar kinderopvang anders gesteld. Vóór men naar school gaat, zorgen de ouders zelf voor de kinderen of gaan ze naar de voorschoolse opvang. Tijdens de middag blijven de zes schoolgaande kinderen allemaal op school met uitzondering van één kind die 's middags geregeld ook door de huisarts zelf wordt opgevangen. Na schooltijd maakt men gebruik van de verschillende mogelijkheden (zie ook grafiek 6).

Men laat de opvang niet systematisch over aan andere familieleden, vrienden, au pair of babysit. Deze mogelijkheden werden geen enkele keer aangevinkt.

Praktijkgegevens:

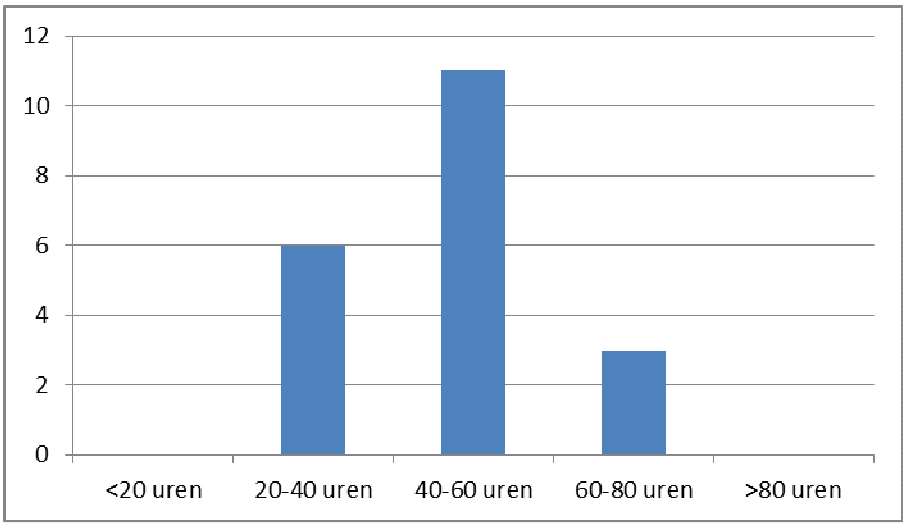
De vrouwelijke huisarts werkt minimaal 4 maanden en maximaal 7,5 jaar in de huidige praktijk met een gemiddelde van ongeveer 3 jaar. De ondervraagde huisartsen wonen tussen de 0 en 20 kilometer van hun praktijk met een gemiddelde van iets meer dan 5 kilometer.

Vier van de 20 huisartsen hebben een eigen praktijk opgestart. Van de 20 huisartsen zijn er 11 die in een groepspraktijk werken, 4 in een wijkgezondheidscentrum, 3 in een duopraktijk en 2 artsen werken solo. De vier artsen die in een wijkgezondheidscentrum werken, zijn bediende van statuut. De andere artsen werken zelfstandig.



Grafiek 8. Praktijkvorm – de absolute aantallen staan vermeld (n=20).

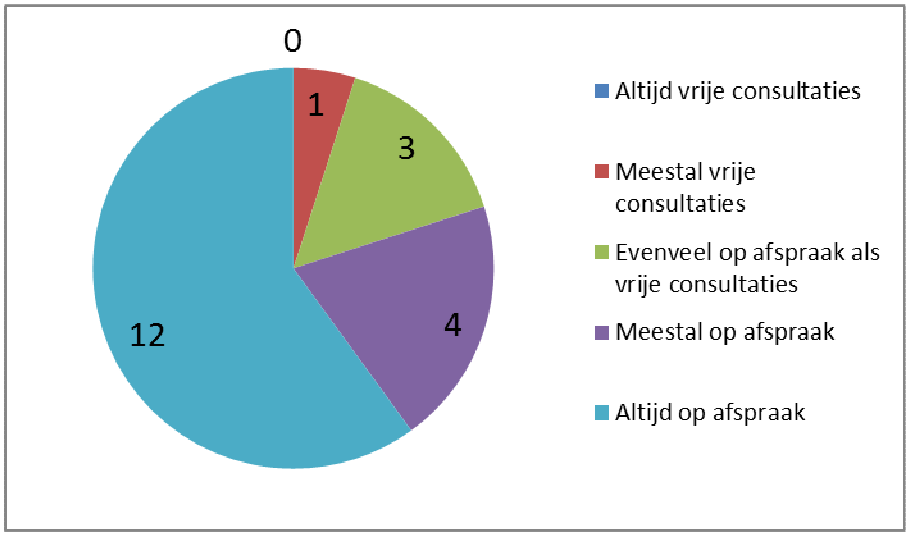
Er zijn geen vrouwelijke huisartsen die minder dan 20 of meer dan 80 uur per week werken. Iets meer dan de helft van de artsen is 40 tot 60 uur per week bezig met haar huisartsenfunctie. Men werkt 3 tot 5,5 dagen per week met een gemiddelde van 4,5 dagen per week.



Grafiek 9. Gemiddeld aantal uur dat men bezig is met zijn huisartsenfunctie (consultaties, huisbezoeken, administratie en bijscholing) (n=20).

Zeven van de 20 vrouwelijke huisartsen geven aan 10 tot 20 patiënten te zien per dag. De overige 13 zien er 20 tot 30. Het aantal huisbezoeken per werkdag is bij 16 van de 20 huisartsen minder dan 5 en de overige 4 huisartsen doen er 5 tot 10 per dag.

80% van de vrouwelijke huisartsen werkt meestal of altijd op afspraak. Slechts één huisarts gaf aan meestal met vrije consultaties te werken.



Grafiek 10. De verdeling van het soort consultaties (n=20).

De ondervraagde huisartsen zijn minimum 4 en maximum 18 keer 24 uur van wacht tijdens het weekend met een gemiddelde van 7,3 weekenddagen per jaar. Tijdens de week zijn ze tussen de 5 en 104 nachten van wacht met een gemiddelde van 21 weeknachten per jaar.

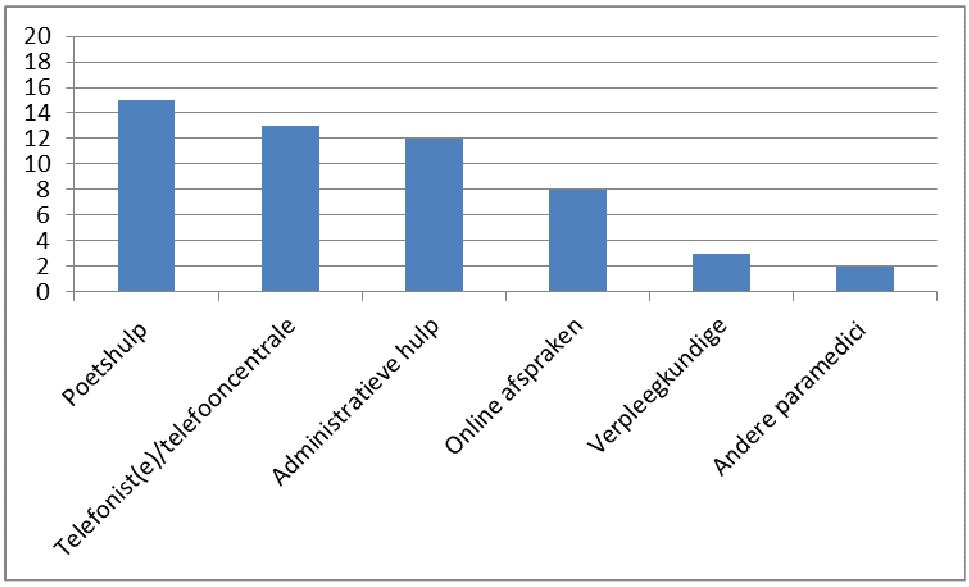
De artsen nemen 15 tot 30 dagen verlof per jaar met een gemiddelde van 23 dagen.

Van de 20 vrouwelijke huisartsen zijn er 11 die naast hun huisartsenpraktijk nog andere functies uitoefenen. Een vierde werkt bij Kind en Gezin of heeft een onderwijsfunctie.

Tabel 4. Nevenfuncties (n=20).

Geen nevenfunctie	9
Wel nevenfunctie(s)	11
Kind en Gezin	5
Onderwijsfunctie	5
Kringactiviteiten	3
CRA	2
EHBO	1

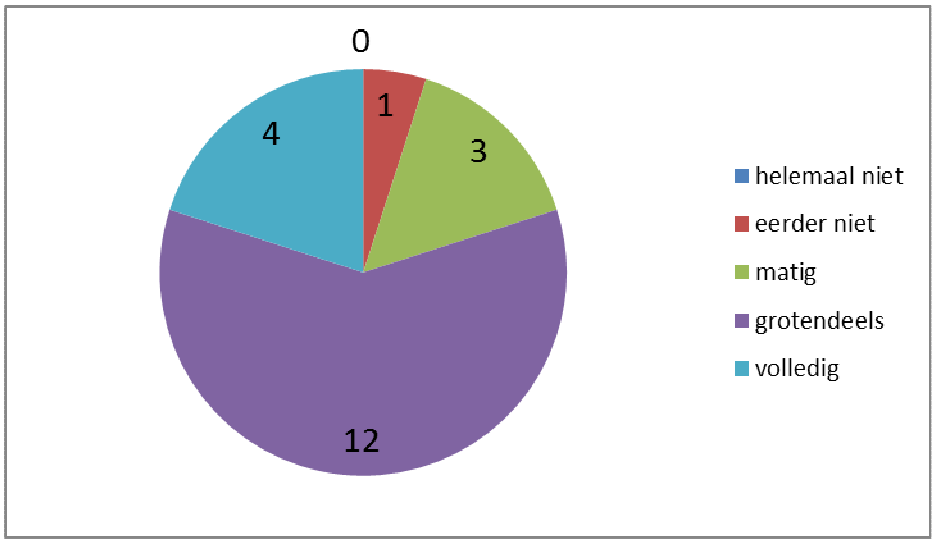
Alle 20 vrouwelijke huisartsen hebben een of andere vorm van hulp in hun praktijk. Bij 15 huisartsen is er poetshulp, bij 13 artsen maakt men gebruik van een telefonist(e) of telefooncentrale, 12 artsen hebben administratieve hulp en bij 8 artsen kan men zijn afspraak online maken. De hulp van een verpleegkundige of ander paramedici om bepaalde taken over te nemen ziet men enkel in sommige wijkgezondheidscentra.



Grafiek 11. Vormen van hulp in de praktijk (n=20).

Jobtevredenheid:

Voor 16 van de 20 artsen komt het huisartsenberoep grotendeels of volledig overeen met wat men er zich van had voorgesteld toen men nog student was (vóór de start van de HAIO-opleiding).



Grafiek 12. Komt uw huidige job als huisarts overeen met wat u zich ervan voorstelde toen u nog student was (vóór u uw HAIO-opleiding begon)? (n=20).

De 20 vrouwelijke huisartsen zijn stelselmatig bevraagd naar de aantrekkelijkheid van enkele elementen uit de kerncompetenties van de huisartsgeneeskunde volgens de CanMEDS (Canadian Medical Education Directions for Specialists). Hieronder worden de grote lijnen geschetst. De exacte cijfers kan men vinden in de bijlage f "Grafieken en tabellen" van grafiek 13 t.e.m. 19.

Het brede karakter van de huisartsgeneeskunde en de afwisseling van soorten problematiek zijn aantrekkelijk tot zeer aantrekkelijk voor de huisartsen. Het sociale contact met de patiënt, de technische handelingen, de mogelijkheid om zelf hun werk te regelen en de werkzekerheid vinden de meeste huisartsen ook aantrekkelijk tot zeer aantrekkelijk, maar scoren bij een klein percentage neutraal. De vrouwelijke huisartsen zijn meer verdeeld bij het aanvinken van "het contact met collega's (huisartsen en specialisten)", "omgaan met onzekerheden", "complexe problematiek", "aanzienlijke mentale inspanningen", "urgenties", " aantal werkuren", "inkomen", "grote verantwoordelijkheid t.o.v. patiënten", "sociale dimensie van het beroep", "aanbod van niet-medische problemen", "continu bijscholen", "het opleiden van jongeren (stagiair, HAIO)", "aanzien als arts in de maatschappij" en het "omgaan met emotioneel zware problematiek bv. palliatief". Van neutraal tot helemaal niet aantrekkelijk zijn de inmenging van andere instanties bv. RIZIV. De vragen waarbij één op de 20 artsen "een reden om te stoppen" aanvinken, zijn de eenzaamheid van het beroep (vooral voor solo-artsen), de huisbezoeken, de werkuren 's avonds en/of op zaterdagochtend, de patiëntgebonden administratie, de administratie verbonden aan het zelfstandig zijn en de hulpvragen buiten de "werkuren". Voor 10% van de vrouwelijke huisartsen zijn de wachtdienst, de stress door het werk in het algemeen en de werkdruk een reden om te stoppen.

Zes van de 20 huisartsen weten niet of ze opnieuw voor huisartsgeneeskunde zouden kiezen. De andere 14 blijven overtuigd van hun studiekeuze. Er is geen enkele huisarts

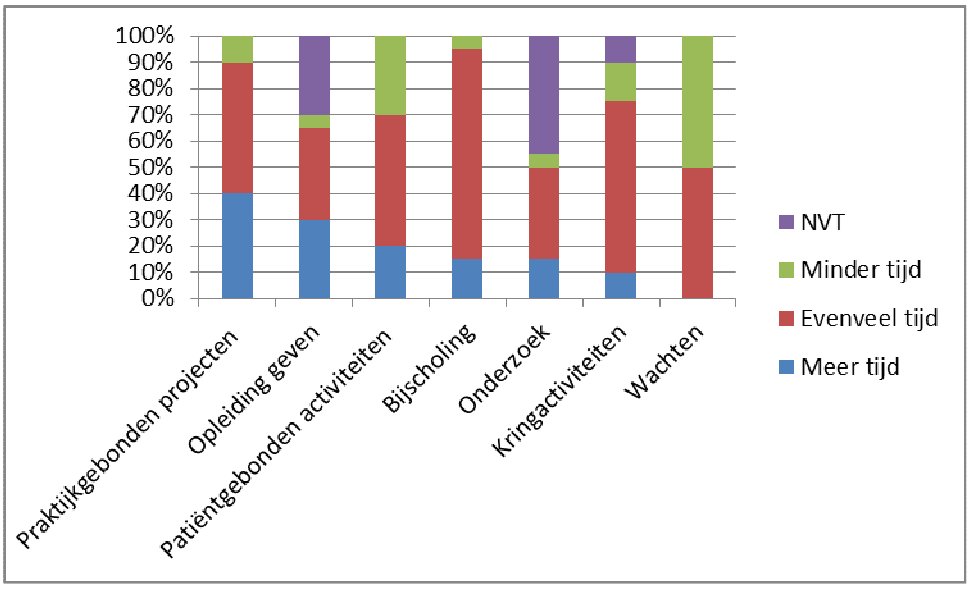
die met zekerheid niet opnieuw aan de studies zou beginnen. Bij de open vraag waarom men niet meer voor huisartsgeneeskunde zou kiezen, vermeldt men tweemaal de werkstress en administratie en eenmaal het inkomen, het contact met collega's, de wachtdiensten, het brede karakter van de huisartsgeneeskunde en het werken in de avond. We vroegen hen ook wat er zou moeten gebeuren om hen toch weer voor de huisartsgeneeskunde te laten kiezen. Twee artsen vermelden een vermindering van de werkdruk en het beter opvoeden van de patiënt. Ook het dichten van de kloof tussen specialist en huisarts, het veranderen van de wachtdienstregeling, een ander regeringsbeleid, het verminderen van de administratie en een betere organisatie van de eerste lijn zou hun keuze voor huisartsgeneeskunde verzilveren.

Alle artsen vulden de open vraag in welke volgens hen de belangrijkste reden(en) was (waren) dat velen het huisartsenberoep verlaten. De werkdruk werd acht keer vermeld, de moeilijke combinatie werk-privé zeven keer en vijfmaal de administratie en de werkuren. Vier keer had men het over de veeleisende of respectloze patiënten en driemaal over de wachtdienst en het niet kunnen bewaken van zijn grenzen. In mindere mate had men het over burn-out/stress, de complexe problematiek, slechte organisatie, inmenging van andere instanties en het relatief lage inkomen. Verderop in de resultaten staat dat slechts één van de 20 vrouwelijke huisartsen het mogelijk acht om binnen de vijf jaar niet meer actief te zijn als huisarts. Voor de overige 19 artsen was de kans klein tot onbestaande.

Zes van de 20 vrouwelijke huisartsen vindt dat men als vrouw voordelen heeft verbonden aan het huisartsenberoep. Ze vinden dat ze meer tijd nemen om te luisteren naar de patiënt, meer empathie hebben, holistischer denken en meer gynaecologische en pediatrische problemen zien in hun praktijk. Ook kiezen sommige patiënten uit geloofsovertuiging liever voor een vrouwelijke huisarts en wordt parttime werken bij een vrouw beter aanvaard.

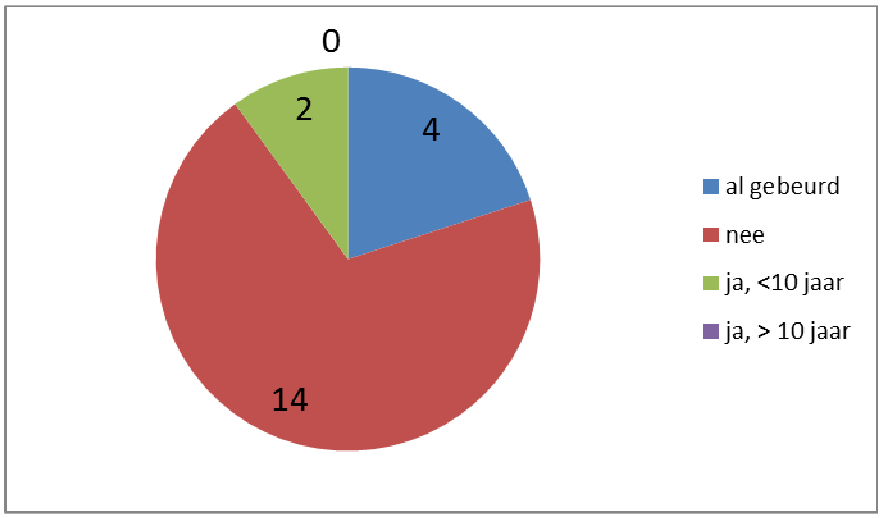
Toekomstperspectieven:

Indien de vrouwelijke huisartsen meer tijd willen besteden aan activiteiten, is het vooral aan praktijkgebonden projecten, opleiding geven en in mindere mate aan, bijscholing, onderzoek en kringactiviteiten. Voor wachten wil men geen extra tijd uittrekken. Omgekeerd wil men minder tijd spenderen aan wachten en kringactiviteiten en een enkeling aan de andere voorgestelde activiteiten. De tijd voor patiëntgebonden activiteiten geeft een zeer uiteenlopend resultaat; ongeveer evenveel artsen wensen hier minder, dan wel meer tijd aan te besteden. Ook valt op dat 9 van de 20 huisartsen zich niet bezighouden met onderzoek, zes huisartsen geen opleidingen geven en twee huisartsen geen tijd spenderen aan kringactiviteiten.



Grafiek 20. Wenst u in de toekomst minder, meer of evenveel tijd te besteden aan volgende activiteiten? (n=20).

Vier van de 20 artsen hebben reeds een eigen praktijk opgestart. Een ruime meerderheid van de vrouwelijke huisartsen nl. 14 wenst echter geen eigen praktijk op te starten.



Grafiek 21. Bent u van plan een eigen (nieuwe) praktijk op te starten? (n=20).

Drie van de 20 artsen wensen over te stappen naar een andere praktijkvorm. Eén arts wenst zelfstandig te worden en de twee andere artsen zouden graag van solo naar duo- of groepspraktijk overstappen.

Twaalf van de 20 vrouwelijke huisartsen zouden meer hulp willen aannemen in hun praktijk. Men wil er vooral een collega-arts bij, hulp voor de telefoon en administratieve hulp. Ook wensen 12 van de 20 huisartsen meer hulp in te schakelen in het huishouden. Vooral het schoonmaken wil men meer uitbesteden en in mindere mate het strijken, koken en opvang van de kinderen. Acht huisartsen wensen zowel meer hulp in de praktijk als in het huishouden.

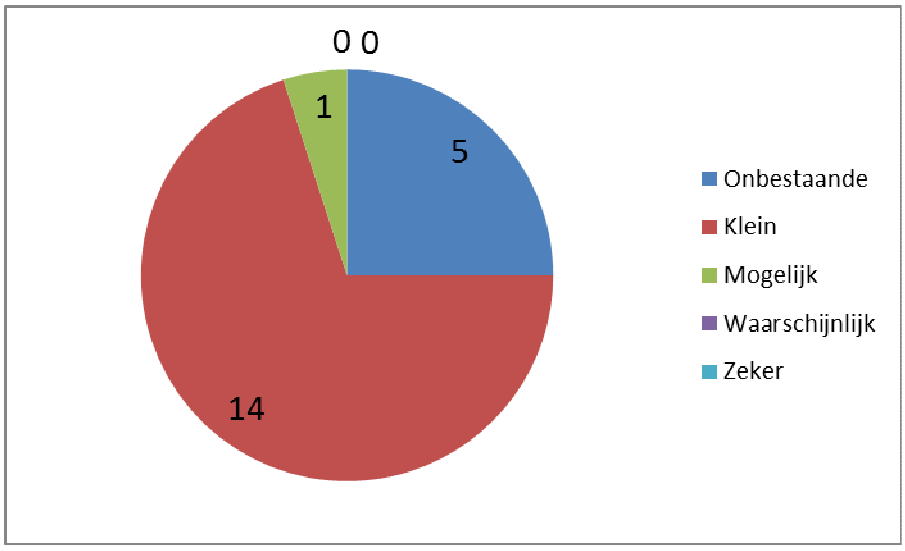
Tabel 5 en 6. Zou u en onder welke vorm meer hulp willen aannemen in de huisartsenpraktijk of in het huishouden? (n=20).

Voldoende hulp in praktijk	8
Wensen meer hulp in praktijk	12
Extra collega huisarts of HAIO	10
Telefonist(e)/telefooncentrale	7
Administratieve hulp	5
Online afspraken	2
Verpleegkundige	2
Andere paramedici	2
Poetshulp	1

Voldoende hulp in huishouden	8
Wensen meer hulp in huishouden	12
Schoonmaken	10
Strijken	4
Koken	3
Kinderopvang	2

Vijf van de 20 vrouwelijke huisartsen denken er wel eens aan om van loopbaan te veranderen, maar geen enkele heeft hier reeds concrete stappen toe genomen en men weet ook nog niet goed welke job hen dan zou interesseren. De redenen die aangehaald worden, zijn vooral de werkuren (te onregelmatig, te veel en te lang), de moeilijke combinatie met het gezin en de stress. In mindere mate vernoemt men ook de veeleisende patiënten, de moeilijkheid om langdurig verlof te nemen en de wachten. De zes vrouwelijke huisartsen die niet meteen opnieuw voor huisartsgeneeskunde zouden kiezen, komen slechts in twee gevallen overeen met de huisartsen die erover nadenken om van loopbaan te veranderen.

De kans dat men binnen de vijf jaar niet meer werkzaam is als huisarts is voor meer dan drie kwart van de huisartsen klein. 25% geeft aan dat deze kans onbestaande is en één huisarts acht het mogelijk.



Grafiek 22. De kans dat u binnen de vijf jaar niet meer werkzaam bent als huisarts is ...? (n=20).

Resultaten van de partnerbevraging:

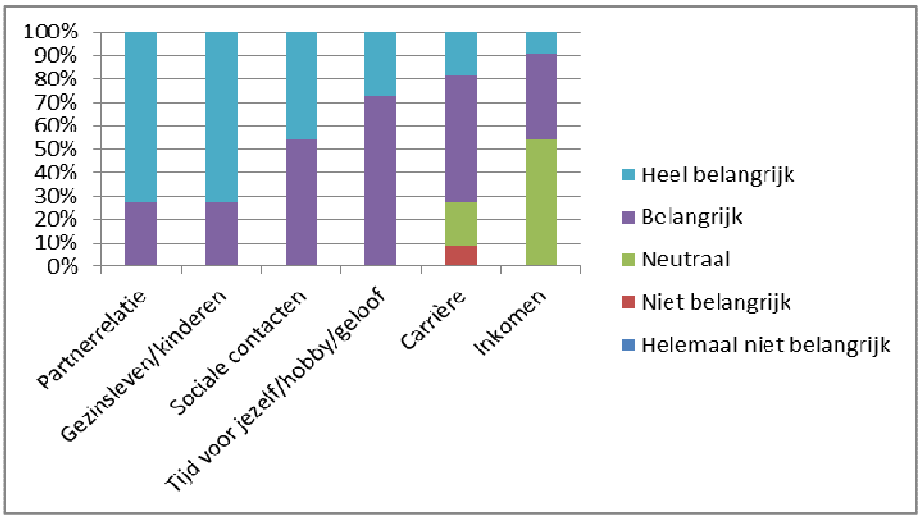
De internetenquête werd ingevuld tussen 13 en 28 december door 11 partners. Tien van de 11 partners zijn gekoppeld aan een huisarts en één partner vulde de vragenlijst in terwijl zijn vrouw dit niet deed.

Persoonlijke gegevens:

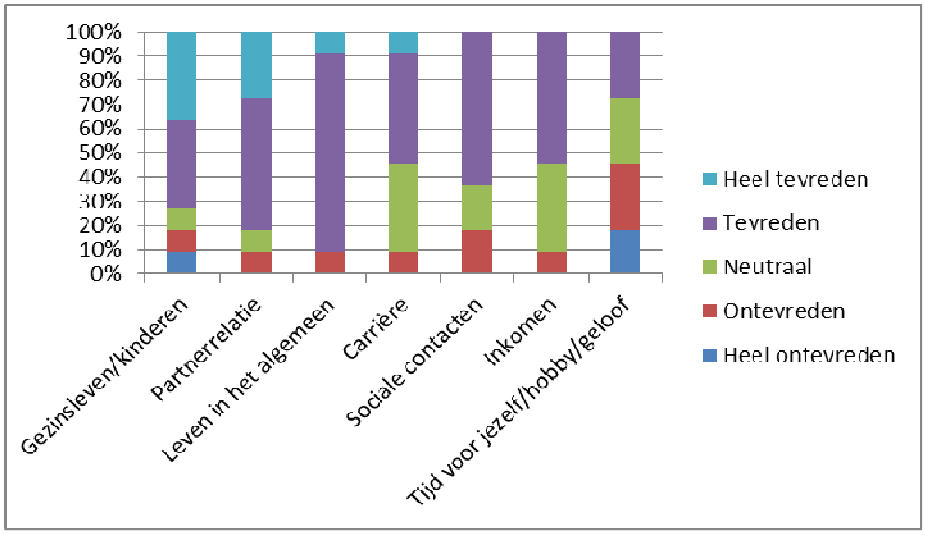
De ondervraagde partners zijn geboren tussen 1973 en 1983 (mediaan= 1979). Alle partners zijn mannen en wonen samen met hun vrouw. Bij 8 van de 11 partners zijn er geen artsen in de familie. Bij twee partners is het een oom en/of tante, bij de ander partner beide ouders, broer(s)/zus(sen) en oom(s)/tante(s). Alle partners hebben verder gestudeerd, waarvan drie partners hoger onderwijs van het korte type, drie partners een masteropleiding, vier partners een master-na-masteropleiding en één partner een postgraduaat behaalde. Meer specifiek zijn er twee partners die voor arts studeerden. Hiervan is er één werkzaam als huisarts en één als doctorandus. Het beroep van de andere partners is zeer verscheiden .

Eigen ambities en persoonlijkheid partner:

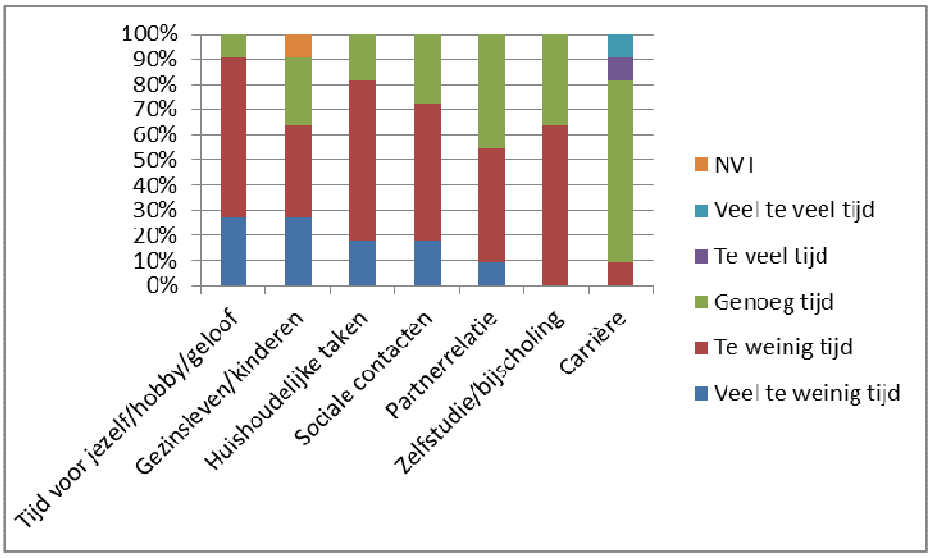
We stelden aan de partners de vraag om in te schatten hoe belangrijk bepaalde elementen zijn in het leven van hun partner om een gelukkig leven te leiden. Indien we de antwoorden vergelijken tussen wat de huisartsen zelf invulden en de inschatting van de partner, blijkt dat er eenzelfde volgorde naar voor komt. Hierbij staat de partnerrelatie en gezinsleven/kinderen voorop en gaan ze ervan uit dat de carrière en het inkomen voor hun vrouw het minst belangrijk zijn. Ook de tevredenheid van hun partner kunnen ze globaal gezien vrij goed inschatten. Opnieuw komen dezelfde trends naar voren waarbij de partnerrelatie, het gezinsleven/kinderen en het leven in het algemeen de meeste tevredenheid geven en de tijd voor jezelf/hobby/geloof het slechts scoren. Bij de vraag over de tijdsindeling echter zien we een virtuele verschuiving van de tijd voor het gezinsleven/kinderen en de zelfstudie/ bijscholing. Op het eerste zicht zou je denken dat de partners de tijd voor het gezinsleven te negatief en de tijd voor zelfstudie te positief inschatten. Indien men echter naar percentages gaat die zowel de ‘te weinig tijd’ als ‘veel te weinig tijd’ combineren, is de inschatting gelijkaardig.



Grafiek 23. Geef aan hoe belangrijk volgende elementen voor uw partner zijn om een gelukkig leven te leiden (n=11).



Grafiek 24. Hoe tevreden is uw partner momenteel met haar …? (n=11).



Grafiek 25. Vindt u dat uw partner voldoende tijd heeft voor haar…? (n=11).

Organisatie huishouden:

De vragen over de organisatie van het huishouden zijn dezelfde dan deze van de partner. Bij de verwerking van de resultaten zijn er geen andere conclusies dan deze die men terugvindt bij de bespreking van de resultaten van de artsenbevraging.

Huidige job:

Alle 11 partners werken, waarvan 10 fulltime. Er zijn zeven bedienden, drie zelfstandigen en één postdoctoraal onderzoeker. Van de 11 partners zijn er zes met vaste uren, vier met glijdende uren en één partner die in een drieploegensysteem werkt. De partners werken minimum 9 en maximum 70 uur per week, met een gemiddelde van 42,5 uur. Ook al geven slechts twee personen aan thuis te werken, er zitten grote verschillen tussen de werkuren algemeen en deze buitenshuis. Men werkt tussen de 6 en 66 uur per week buitenshuis, met een gemiddelde van 34 uur. De partners zijn gemiddeld anderhalf uur onderweg heen en terug tussen hun werk en hun woonst met een minimum van 30 min en een maximum van 2 u 45 min. Acht van de 11 partners moeten in het weekend of op feestdagen werken. Van acht partners die in het weekend en/of op feestdagen werken, is men hier 6 t.e.m. 62 dagen per jaar mee bezig. Indien we de outlier van 62 dagen door de groenteteler even buiten beschouwing laten, werkt men gemiddeld 13 dagen op feest- en/of weekenddagen. Ook zijn 7 van 11 partners op bepaalde dagen 's nachts niet thuis. Die zeven partners zijn gemiddeld 20 nachten weg van huis met een minimum van 4 en een maximum van 35 dagen per jaar.

Zeven van de 11 partners geven aan dat hun vrouw door haar werk wordt opgeslorpt. Drie partners vinden dat het beroep van hun partner een invloed heeft gehad op hun beroepskeuze. Er is ook één partner die aangeeft dat hij kansen heeft moeten laten schieten als gevolg van het beroep van de partner. Het zijn vooral het gezin en de sociale contacten die hier hebben ingeboet. Diezelfde partner geeft aan dat hij meer tevreden zou zijn als zijn partner voor een ander beroep koos. Niet toevallig is deze partner ook huisarts van beroep.

5. Discussie

Bij het opstellen van onze algemene databank geraakten we moeilijk aan de correcte gegevens. Ook al weten de overheid en de mutualiteiten perfect welke huisarts nog werkzaam is, deze informatie valt onder het privacybeleid. Daarom ontwikkelden we een methode om onze gegevens op een zo correct mogelijke manier te vergaren via de onofficiële kanalen. We kunnen er echter niet van uitgaan dat alle gegevens in de algemene databank stroken met de werkelijkheid. Tevens waren er acht artsen waarvan er geen gegevens terug te vinden waren. Toch schatten we dat ongeveer vier op de vijf afgestudeerde huisartsen tussen 2005 en 2009 nog werkzaam was als huisarts in de zomer van 2011 en is één op de tien definitief gestopt. Bij de stoppers is er geen significant genderverschil terug te vinden. Daarnaast zijn er tijdens de vijf studiejaren die wij bestuderen nog eens 44 artsen die tijdens hun opleiding stopten. Deze cijfers kan men op twee manieren bekijken. Enerzijds heeft de maatschappij veel geld en tijd gestoken in de huisartsenopleiding van meer dan 100 artsen op vijf jaar tijd die uiteindelijk niet voor de huisartsgeneeskunde kiezen. Anderzijds blijkt dat de meeste van deze (huis)artsen het medische terrein niet verlaten en ze op een andere manier renderen voor de maatschappij. Wat men wel kan doen is een betere selectie maken vóór het starten van de opleiding tot huisarts om de beschikbare middelen zo efficiënt mogelijk te gebruiken. Volgens de literatuur is dit een mogelijke maatregel om meer huisartsen in het beroep te houden die in de praktijk echter niet zo eenvoudig uit te voeren is. Wat vooral opvalt bij het bestuderen van het beroep van de huisartsen die na afstuderen een andere carrière verkozen, is dat 17 van de 18 jobs in de maatschappelijke gezondheidszorg en preventieve geneeskunde worden uitgevoerd door vrouwen. Van deze sector is algemeen gekend dat de werkuren beter combineerbaar zijn met een gezin. Het gezinsvriendelijker maken van de huisartsgeneeskunde zou dus ook meer huisartsen opleveren, zoals het artikel van Mevr Van Baelen reeds liet uitschijnen [7].

Tijdens het rekruteren van de doelpopulatie viel op dat veel jonge, vrouwelijke huisartsen bezig zijn met het thema van deze masterproef nl. de combinatie tussen werk en privéleven als huisarts. Meermaals kreeg ik heel enthousiaste reacties en enkele huisartsen stuurden zelfs een e-mail om het eindresultaat op te vragen. De responsratio van 40% was echter vrij laag in tegenstelling tot de moeite die het gekost heeft om de 50 artsen op te bellen. Waarschijnlijk ligt dit aan de logistieke problemen die er zijn geweest met de site waarop men de enquête moest invullen. De responsratio van de partners is nog eens de helft lager, maar dit ligt in de lijn der verwachtingen aangezien de partners niet persoonlijk gecontacteerd werden.

Doordat er slechts 20 artsen en 11 partners de vragenlijst invulden, kunnen we de volgende stellingen niet veralgemenen naar de volledige vrouwelijke huisartsenpopulatie die recent afstudeerde. Daarnaast moet men rekening houden met enkele biassen tijdens het interpreteren van de gegevens. Ook al hebben we de 50

huisartsen willekeurig geselecteerd uit de volledige populatie van afgestudeerden om een selectiebias te vermijden, de artsen met het meeste werk en de minste vrije tijd zullen minder gemakkelijk tijd hebben vrijgemaakt voor het invullen van de enquête. Door deze antwoordbias zullen de resultaten meer rooskleurig worden voorgesteld dan ze in werkelijkheid zijn.

Onze bedoeling was om de vrouwelijke huisartsen te ondervragen die nog niet zo lang afgestudeerd zijn en dus volop in de fase zitten waarbij jonge kinderen de balans tussen werk en privéleven beïnvloeden. Uit de leeftijd (tussen de 28 en de 35 jaar) en het aantal artsen met kinderen (11 artsen met in totaal 16 kinderen waarvan tien niet-schoolgaande kinderen) kunnen we afleiden dat we de juiste doelgroep bereikt hebben.

Bij driekwart van de huisartsen zijn er geen artsen in de nabije familie (ouders, grootouders, broers, zussen, ooms en tantes). De meesten hebben dus geen direct rolmodel die hen een voorbeeld biedt over het regelen van het evenwicht tussen hun private leven en hun beroep.

Het gezinsleven en de partnerrelatie zijn de twee meest belangrijke elementen voor onze onderzoekspopulatie om een gelukkig leven te leiden. De carrière en het inkomen hinken helemaal achterop. Zoals reeds werd aangegeven in de literatuurstudie mogen we verwachten dat deze huisartsen dus eerder van job veranderen dan hun privéleven aan te passen bij een groot onevenwicht. Toch stellen drie van de 20 huisartsen hun kinderwens uit wegens drukte in de praktijk en werken 14 huisartsen gemiddeld meer dan 40 uur per week, waarbij drie huisartsen zelfs 60-80 uur per week. Daarnaast geven de meeste huisartsen in de enquête aan het meest ontevreden te zijn over en het minst tijd vrij te hebben voor zichzelf en hun hobby's. Ook zegt meer dan de helft van de artsen te weinig tijd te hebben voor het gezinsleven en hun partnerrelatie. Dus zelfs al zijn de ondervraagde artsen momenteel tevreden met hun gezinsleven en partnerrelatie, toch zijn er een aantal factoren die dit tegenspreken. Als antwoord hierop vinden zeven van de 11 partners dat hun vrouw wordt opgeslorpt door haar werk. Ook de partners van de recent afgestudeerde mannelijke huisartsen geven in de helft van de gevallen aan dat hun partner opgeslorpt wordt door zijn werk. Waarschijnlijk is dit dus beroepsgebonden en niet gendergebonden.

Eén manier om een goede balans tussen werk- en privéleven te verkrijgen, is het uitbesteden van huishoudelijke taken. In onze enquête gaven 14 van de 20 huisartsen aan het kuisen uit te besteden en 12 artsen het strijken. Daarnaast helpt de partner in gelijke mate mee met de meeste huishoudelijke taken, behalve met het wassen en strijken, waar ze slechts in de helft van de gevallen voor instaan. Ook de opvang van de kinderen wordt voor het grootste deel aan een kinderdagverblijf, onthaalouder of de school overgelaten. Toch wensen 12 van de 20 ondervraagde artsen meer hulp in het huishouden. We vroegen echter niet na waarom ze niet meer hulp aannemen, maar denken dat het financiële aspect hier een rol speelt.

Een tweede mogelijkheid is extra hulp aan te nemen in de praktijk. Alle 20 huisartsen maken hier op de een of andere manier gebruik van en acht huisartsen hebben zelfs meer dan drie vormen van hulp in de praktijk (poetshulp, telefonist, administratieve hulp,…). Van deze acht artsen werkt de helft in een wijkgezondheidscentrum en de andere helft in een groepspraktijk. Het werken in een wijkgezondheidscentrum of groepspraktijk biedt dus de kans om zich meer met het praktiserende deel van het huisartsenberoep bezig te houden en de organisatorische elementen aan anderen over te laten. Toch werkt 25% van de ondervraagde huisartsen nog in een solo- of duopraktijk. Beide huisartsen die solo werken wensen wel over te stappen naar een andere praktijkvorm.

Een volgende maatregel die men gemakkelijk kan invoeren is het werken op afspraak om zo een betere controle te krijgen over het werk. Bij 80% van de ondervraagde huisartsen werd er dan ook meestal of altijd op afspraak gewerkt. Deze maatregel heeft dus reeds zijn weg gevonden naar de huisarts.

Zoals in de literatuurstudie naar voor komt, zijn de ondervraagde huisartsen in deze studie voornamelijk aangetrokken door de jobinhoud en ontevreden over de werkomstandigheden. Men voelt zich het meest aangetrokken tot het brede karakter van de huisartsgeneeskunde, de afwisseling, het sociale contact, de technische handelingen,… welke men kan classificeren onder jobinhoud. Anderzijds zijn de voornaamste redenen dat velen het huisartsenberoep verlaten volgens onze populatie de werkdruk, moeilijke combinatie tussen werk en privéleven, administratie en werkuren. Dit zijn dan weer voorbeelden van problemen met de werkcondities. In de masterproef van collega dr. Anouk Verraes waarin men de huisartsen ondervroeg die daadwerkelijk stopten met het beroep, was het moeilijke evenwicht tussen werk en privé de belangrijkste reden om te stoppen met het huisartsenberoep, naast problemen met collega's, de wachtdienst en de werkdruk. Dit komt dus grotendeels overeen.

In onze studie valt op dat de vrouwelijke huisarts dicht bij haar praktijk woont (gemiddeld 5,4 km en een maximum van 20km) t.o.v. hun partner die gemiddeld anderhalf uur onderweg is van en naar zijn werk. Ook kiezen huisartsen voor hoog opgeleide partners. Alle partners hebben een diploma aan de hoge school of universiteit behaald en zijn werkzaam op de arbeidsmarkt, waarvan 10 van de 11 fulltime. De vrouwelijke huisarts kan dus niet volledig terugvallen op haar partner om de huishoudelijke taken te laten uitvoeren. De mannelijke huisartsen van vroeger hadden doorgaans wel een vrouw die instond voor het gezin, het huishouden en soms zelfs de administratie. De maatschappij moet dus het beeld en de verwachtingen van de huidige huisartsen aanpassen aan de tegenwoordige tijd.

De vrouwelijke huisartsen in deze enquête zien hun toekomst als huisarts in bijna alle gevallen verzekerd. Negentien van de 20 vrouwelijke huisartsen schat de kans dat ze binnen de vijf jaar niet meer werkzaam zijn als huisarts onbestaande tot klein. Slechts één arts achtte het mogelijk. Ook kon men een goede inschatting maken van het beroep.

Voor 16 van de 20 artsen komt het huisartsenberoep grotendeels of volledig overeen met wat men er zich van had voorgesteld toen men nog student was (vóór de start van de HAIO-opleiding).

De moeilijkste balans tussen het privéleven en het huisartsenberoep vindt men ongetwijfeld bij huisartsen waarvan de partner zelf ook (huis)arts is. Dit kwam duidelijk naar voor in onze studie, waarbij de partner had ingeboet aan sociale contacten en gezinsleven en zelfs wenste dat zijn vrouw een ander beroep koos.

Welke algemene lessen kan men ten slotte trekken uit deze masterproef om zoveel mogelijk huisartsen aan het werk te houden? Na de opleiding tot huisarts dient men een goede selectie te maken vooraleer artsen toe te laten tot de huisartsenopleiding. Zo kan men de beperkte middelen zo efficiënt mogelijk gebruiken. Daarnaast biedt het werken in groepsverband enkele voordelen. Zo kan men zich meer toespitsen op het jobinhoudelijke aspect van het huisartsenberoep, welke de hoogste jobtevredenheid geeft. Ook is er een betere werk-privé balans mogelijk in groepspraktijken omdat men er voor de continuïteit van zorg niet alleen voor staat. De overheid moet dus verder investeren in financiële tegemoetkomingen voor extra hulp in de praktijk en het huishouden en een efficiëntere manier van wachtdienst zoals de wachtposten.

6. Besluit

Van de 602 afgestudeerde huisartsen vanaf 2005 t.e.m. 2009 was 2 tot 6 jaar na afstuderen nog 83% werkzaam als huisarts en 11% definitief gestopt met het huisartsenberoep. Daarnaast waren er 30 artsen die niet meer in Vlaanderen werkten en acht waarvan men geen gegevens kon terugvinden. Van de 326 recent afgestudeerde, vrouwelijke huisartsen die actief het huisartsenberoep uitoefenen, belden we er willekeurig 50 op voor deelname aan een internetenquête over de balans tussen werk en privéleven.

Twintig artsen en 11 partners vulden de vragenlijst in. Zo werden er tien koppels gevormd. Globaal genomen zijn de ondervraagde huisartsen 'tevreden' met hun gezinsleven en partnerrelatie. Toch zijn er aanwijzingen voor druk op het privéleven: uitstel kinderwens, vele werkuren, gevoel van te weinig tijd voor gezin, partner en eigen ontwikkeling. Acht van de 11 partners geeft aan dat hun vrouw (huisarts) wordt opgeslorpt door de job.

Het is vooral de jobinhoud (het brede karakter van de huisartsgeneeskunde, de afwisseling, het sociale contact, de technische handelingen,…)die de huisartsen aanspreekt, maar de jobomstandigheden die de huisartsen afstoot (wachtdienst, werkdruk, administratie, huisbezoeken,…). Het opzetten van samenwerkingsverbanden in de eerste lijn kan een betere balans tussen werk en privéleven mogelijk maken door de jobomstandigheden voor jonge huisartsen te verbeteren. Zo zal men mogelijks meer huisartsen in het beroep houden.

Daarnaast bleek bij de ondervraagde huisartsen een goede verdeling van de huishoudelijke taken binnen het gezin. Toch wensen 12 van de 20 huisartsen meer hulp in het huishouden. Het rollenpatroon van vroeger, waarbij de huisarts zich kon toespitsen op zijn beroep doordat de partner alle huishoudelijke taken op zich nam, is vandaag de dag niet meer aan de orde. Hier kan de overheid via financiële tegemoetkomingen en een goede uitwerking van kinderopvang vermijden dat jonge artsen voor hun gezin kiezen en afhaken als huisarts.

Uiteindelijk blijven bijna alle ondervraagde vrouwelijke huisartsen positief over hun toekomst als huisarts.

7. Referenties

[1] Cramm M. Powerpointpresentatie De vrouwelijke huisarts en haar praktijk – evenwicht tussen zorg voor continuïteit en zelfzorg. Vrouwenstudies Universiteit Antwerpen 28/02/2005. Beschikbaar via: http://www.slidefinder.net/v/vrouwelijke_huisarts_haar_praktijk_evenwicht/vrouwelijkehuisarsten/13455900. Geraadpleegd 2011 november 7.

[2] Haerynck Bernd en Clerebaut Nele. Hoe beleven huisartsen hun beroep in België? Kwalitatief onderzoek van diepte-interviews afgenomen bij Belgische huisartsen. Masterproef voor de opleiding tot huisarts, academiejaar 2008-2010.

[3] Ryssaert L, Gielis G en De Maeseneer J. Het leven en werk van jonge huisartsen. Beschrijving van praktijksituatie, beroepsactiviteiten, levenskwaliteit, carrièreperspectief en motivatie van huisartsen in Nederlandstalig België. ISHO (Interuniversitair samenwerkingsverband huisartsenopleiding). November 2009.

[4] Lorant V, Geerts C, et al. Huisartsgeneeskunde: aantrekkingskracht en beroepstrouw bevorderen. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2008. KCE reports 90A (D/2008/10.273/63).

[5] RIZIV studies en onderzoek jaar 2008. Register van de huisartsen: aantal en profiel van de huisartsen in 2005. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study40/index.htm. Geraadpleegd 2012 februari 16.

[6] Hingstman L en Kenens RJ. Cijfers uit de registratie van huisartsen- peiling 2009. Nivel (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg). Beschikbaar via: http://www.nivel.nl/pdf/cijfers-uit-de-registratie-van-huisartsen-peiling-2009.pdf. Geraadpleegd 2011 november 7.

[7] Van Baelen S, Goedhuys J et al. Beroepskeuze van huisartsen vijf jaar na afstuderen: promotie 1990 vergeleken met promotie 1985. Tijdschrift voor geneeskunde 1998; 54(12): 824-8.

[8] Van Ham Irene. De arbeidssatisfactie van de Nederlandse huisarts. Beschikbaar via: http://dissertations.ub.rug.nl/faculties/medicine/2006/i.van.ham/. Geraadpleegd 2011 november 9.

[9] Frank E, McMurray JE, et al. Career Satisfaction of US Women Physicians. Results From the Women Physicians' Health Study. Arch Intern Med. 1999; 159: 1417-1426.

[10] Van Ham I, Verhoeven A, et al. Job satisfaction among general practitioners: a systematic literature review. European Journal of General Practice 2006; 12: 174-180.

[11] Chambers R and Campbell I. Gender differences in general practitioners at work. British Journal of General Practice 1996; 46: 291-293.

[12] Appleton K, House A and Dowell A. A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among general practitioners in Leeds. British Journal of General Practice 1998; 48: 1059-1063.

[13] Buddeberg-Fischer B, Stamm M et al. The impact of gender and parenthood on physicians' careers – professional and personal situation seven years after graduation. BMC Health Services Research 2010; 10: 40.

[14] Simoens S, Scott A and Sibbald B. Job satisfaction, work-related stress and intentions to quit of scottisch GP's. Scott Med J. 2002; 47(4): 80-6.

[15] Gotz K, Broge B, et al. Die Arbeitszufriedenheit von Allgemeinmedizinern. Med Klin 2010; 105: 767–71.

[16] Robinson GE. Stresses on women physicians: consequences and coping techniques. Depression and Anxiety 2003; 17: 180–189.

[17] Lepnurm R, Dobson R, et al. Factors associated with career satisfaction among general practitioners in Canada. Can J Rural Med 2007; 12 (4): 217-230.

[18] Whalley D, Bojke C, et al. GP job satisfaction in view of contract reform: a national survey. British Journal of General Practice 2006; 56: 87–92.

[19] O'Sullivan B, Keane AM and Murphy AW. Job stressors and coping strategies as predictors of mental health and job satisfaction among Irish general practitioners. Ir Med J. 2005; 98(7): 199-202.

[20] Nylenna M, Gulbrandsen P et al. Job satisfaction among Norwegian general practitioners. Scandinavian Journal of Primary Health Care 2005; 23: 198-202.

[21] Buddeberg-fisher B, Stamm M, et al. The new generation of family physicians--career motivation, life goals and work-life balance. Swiss Med Wkly 2008; 138(21-22): 305-12.

[22] Töyry S, Kalimo R, et al. Children and work-related stress among physicians. Stress and Health 2004; 20: 213–221.

[23] Hudson CP, Kane-Berman J and Hickman R. Women in medicine – a literature review 1985-1996. SAMJ 1997 (87); 11: 1512-7.

[24] Shrestha D and Joyce CM. Aspects of work–life balance of Australian general practitioners: determinants and possible consequences. Aust J Prim Health 2011; 17(1): 40-7.

[25] Dyrbye LN, Shanafelt TD, et al. Physicians married or partnered to physicians: a comparative study in the American College of Surgeons. Journal of the American College of Surgeons 2010; 211(5): 663-71.

[26] Schrager S, Kolan A and Dottl SL. Is that your pager or mine: a survey of women academic family physicians in dual physician families. WMJ. 2007; 106(5): 251-5.

8. Bijlagen

a. Pilootstudie:

Eerste arts + partner:

Vragenlijst arts:

Informed consent: Geen opmerkingen.
Deel 1: Geen opmerkingen.
Deel 2: Geen opmerkingen.
Deel 3: Bij de keuze uit de verschillende tabellen voor kinderopvang werd gekozen voor de tabelvorm i.p.v. voor de uitgeschreven vorm.
Deel 4: In de vraagstellingen over de consultaties steeds bijvermelden dat er een gemiddelde tussen zomer en winter moet gemaakt worden. Ze stelde ook voor om na te gaan of men voldoende tijd had voor zelfstudie.
Deel 5: Voor het overzicht over de aantrekkelijkheid van het huisartsenberoep stelde ze voor om een tabelvorm te maken met een onderverdeling volgens thema. Zij vond de vraag over de voordelen als man vs vrouw zeker te behouden.
Deel 6: Geen opmerkingen.
Contactmethode: Voor het contant zou ze e-mail voorstellen, maar indien de adressen inderdaad zo verouderd zijn, is telefoon de handigste manier. Enventueel kan men via de kringvoorzitter aan de correcte e-mailadressen geraken. Op zich zou ze de vragenlijst zowel via internet als via de post wel invullen. Een telefonische enquête –zeker voor zo een lange lijst vragen – lijkt haar geen goed idee.
Algemeen: Het is een vlotte vragenlijst over het globale beeld van de professionele en persoonlijke activiteiten van een huisarts.

Vragenlijst partner:

Informed consent: Geen opmerkingen.
Deel 1: De vraagstelling naar het aantal broers en zussen vindt hij niet relevant.
Deel 2: Vraagstelling over de tijd die de partner voor bepaalde zaken heeft, moet anders geformuleerd worden: “Heeft uw partner voldoende tijd voor…” zou duidelijker zijn.
Deel 3: Ouderschapsverlof: opsomming van de regelingen rond ouderschapsverlof. Van welke regelingen kon de partner gebruik maken? Heeft de partner hier dan ook gebruik van gemaakt? Bij de keuze uit de verschillende tabellen werd gekozen voor de tabelvorm i.p.v. de uitgeschreven vorm. In de tabel kan “Naschoolse opvang” vervangen worden door “Opvang in de school” en dan kan men het tweede deel over de schoolgaande kinderen laten vallen. Bij de tabel over de taken i.v.m. de kinderen dient misschien nog een extra opsplitsing gemaakt te worden over wie het avondmaal gereed maakt.

Deel 4: Er word geen vermelding gemaakt van de verschillende ploegensystemen. Eventueel kan men in die vraagstelling ook weekendwerk nagaan i.p.v. enkele vragen verderop. Verkeerde zinsconstructie ("hoeveel aantal") moet aangepast worden.

Contactmethode: Via de arts is goed.

<u>Tweede arts (recent gebroken met partner):</u>

Vragenlijst arts:

Informed consent: Geen opmerkingen.

Deel 1: Geen opsplitsing maken bij de duur van de partnerrelatie en bij de duur van het samenwonen, maar werken met "…maanden…jaren". Vragen die niet relevant zijn: Woont u samen met uw partner in dezelfde woning? Aan welke universiteit behaalde u uw artsdiploma?

Deel 2: De eerste tabel vindt ze irrelevant. Als je jonge huisartsen ondervraagd, heb je reeds een algemeen beeld van deze personen bv. als huisarts moet je wel empatisch zijn en mag je niet te angstig zijn. Bij de volgende 3 tabellen zou ze alle onderverdelingen gelijk maken bv. in de ene tabel wordt naar de "relatie" en bij de andere naar "partner" gevraagd; maak hiervan "partnerrelatie". Zo gaan we alles gemakkelijker kunnen vergelijken.

Deel 3: Zijn we echt geïnteresseerd in het aantal dagen? Volstaat bv "meestal" niet? De tabelvorm vindt ze overzichtelijker. "Grootouders" best vervangen door "uw (schoon)ouders zodat er geen verwarring is tussen de grootouders en overgrootouders. Een extra vermelding van "babysit/au pair" ontbreekt. In de andere tabellen ook niet vragen naar het exacte aantal dagen, maar naar wie meestal de taken uitvoert. "Kuisen" vervangen door "schoonmaken". Is het relevant om de dienstencheques te bevragen?

Deel 4: Er mankeert een vraag over de wachtdiensten bv aantal week/weekendwachten per jaar. Bij de vraag over de nevenfuncties "bestuursfunctie" veranderen naar "medische verenigingen".

Deel 5: Beter omschrijven van "omgaan met emotionele problematiek". De "complexe problematiek" hoort niet thuis bij het educatief aspect, maar bij de verantwoordelijkheid. Is de vraag over pensioen en echelonering relevant? Er ontbreekt nog een algemene vraag naar de combinatie werk-privé!

Deel 6: geen opmerkingen.

Contactmethode: Dit werd niet meer besproken aangezien er geen tijd meer voor was.

Vragenlijst partner:

Informed consent en deel 1 t.e.m. 3: zelfde aanpassingen dan bij vragenlijst arts

Deel 4: Bij de vraag "u bent…" ook "arts" vermelden.

Derde arts + partner:

Vragenlijst arts:

Informed consent: Misschien niet zeggen dat oudere artsen "vaak" afhaken door burn-out.
Deel 1: Geen opmerkingen.
Deel 2: Geen opmerkingen.
Deel 3: Duidelijker onderstrepen "na de geboorte". Bij de keuze uit de tabellen inderdaad werken met tabel en met de vraagstelling naar meestal. Een opsplitsing tussen schoolgaande en niet-schoolgaande kinderen zou zij toch gemakkelijker vinden.
Deel 4: Geen opmerkingen.
Deel 5: Verklaring "echelonering". Bij de vraagstelling over "weinig tijd voor…" geeft dit een raar antwoord als je vindt dat je voldoende tijd hebt voor bepaalde zaken. Misschien beter werken met "Tijd voor …".
Deel 6: Geen opmerkingen.
Contactmethode: Ofwel via post ofwel via mail zodat je het kan invullen op een moment dat het je gemakkelijk uitkomt.
Algemeen: Het zijn veel vragen. Als je dit statistisch moet verwerken, moet je je echt beperken tot het minimum!

Vragenlijst partner:

Informed consent: Geen opmerkingen.
Deel 1: Geen opmerkingen.
Deel 2: Geen opmerkingen.
Deel 3: Verduidelijking van het ouderschapsverlof bv onderscheid maken tussen voltijds 3m, halftijds 6m en 1 dag per week 15m. Hij verkiest de tabelvorm. Bij de tweede tabel moet er nog een kolom "NVT" worden bijgevoegd.
Deel 4: Bij de vraagstelling over werkafstand het woord "dagelijks" verwijderen.
Contactmethode: Contact maken via de partner moet volstaan.
Algemeen: Bij de enquête zo veel mogelijk aanvinkvakjes maken en voldoende vrije ruimte laten om iets in te vullen.

Vierde arts + partner:

Vragenlijst arts:

Informed consent: Geen opmerkingen.
Deel 1: Geen opmerkingen.
Deel 2: Misschien bij vermelden in welke context de tabellen moeten ingevuld worden. Vissen we hier naar de combinatie werk-privé of algemeen?
Deel 3: Geen opmerkingen.
Deel 4: Geen opmerkingen.

Deel 5: Geen opmerkingen.
Deel 6: Geen opmerkingen.
Algemeen: Vooral de tabellen in deel 2 zijn moeilijk om in te vullen.
Contactmethode: Lijst liefst invullen via post of e-mail/internet. Voldoende reminders sturen!

Vragenlijst partner:

Informed consent: Geen opmerkingen.
Deel 1: Geen opmerkingen.
Deel 2: Het is niet gemakkelijk om in te schatten wat de partner denkt en voelt. In hun relatie was het niet zozeer het werk van de arts, maar meer van de partner die veel organisatie vraagt, oa door de geboorte van hun kindje, maar vooral door de verbouwingen die ze tegelijkertijd aan het doen zijn.
Deel 3: Geen opmerkingen.
Deel 4: Geen opmerkingen.
Contactmethode: Lijst liefst invullen op computer.
Algemeen: Het zijn vooral de verbouwingswerken die bij hun een groot deel van hun tijd in beslag nemen en maar in mindere mate het werk en gezinsleven.

b. Tekst e-mail artsen:

Geachte dokter,
Beste collega,

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

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

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

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

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

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

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

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

Via onderstaande link krijgt u toegang tot de vragenlijst. Aangezien de vragenlijst niet toegankelijk is voor iedereen, dient u een wachtwoord in te geven:
http://www.enquetemaken.be/toonenquete.php?id=85562
Wachtwoord: **A1**
Persoonlijke code (in te vullen bij de eerste vraag): **Persoonlijke code**

Alvast bedankt voor uw medewerking.

Met vriendelijke groeten,

Evelien Veeckman
0494/42.13.10
Evelien.Veeckman@Ugent.be

c. Tekst e-mail partners:

Geachte dokter,
Beste collega,

Gelieve deze mail door te sturen naar uw partner.

Geachte Mevrouw, geachte Heer,

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

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

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

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

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

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

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

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

Via onderstaande link krijgt u toegang tot de vragenlijst. Aangezien de vragenlijst niet toegankelijk is voor iedereen, dient u een wachtwoord in te geven:
http://www.enquetemaken.be/toonenquete.php?id=86719
Wachtwoord: **P1**
Persoonlijke code (in te vullen bij de eerste vraag): **Persoonlijke code**

Alvast bedankt voor uw medewerking.
Met vriendelijke groeten,
Evelien Veeckman
0494/42.13.10
Evelien.Veeckman@Ugent.be

d. Vragenlijst artsen:

Geachte dokter, beste collega,

Alvast bedankt voor uw medewerking aan deze masterproef.

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

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

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

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

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

Met vriendelijke groeten,

Evelien Veeckman
0494/42.13.10
Evelien.Veeckman@Ugent.be

PS: Onze excuses voor de reclame tussenin. U kan deze gewoon negeren.

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

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

Deel 1: Persoonlijkheid:

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

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

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

	1) Heel ontevreden	2) Ontevreden	3) Neutraal	4) Tevreden	5) Heel tevreden
3.1 Leven in het algemeen					
3.2 Partnerrelatie					
3.3 Gezinsleven/kinderen					
3.4 Sociale contacten (vriendenkring)					
3.5 Tijd voor jezelf/hobby/geloof					
3.6 Carrière					
3.7 Inkomen					

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

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

Bent u ooit al gestopt of verminderd met werken?

1	Ja
2	Neen

Waarom bent u ooit al gestopt of verminderd met werken?

Deel 2: Organisatie huishouden:

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

7.1	Uzelf
7.2	Uw partner
7.3	Familie
7.4	Uitbesteed
7.5	NVT

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

8.1	Uzelf
8.2	Uw partner
8.3	Familie
8.4	Uitbesteed
8.5	NVT

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

9.1	Uzelf
9.2	Uw partner
9.3	Familie
9.4	Uitbesteed
9.5	NVT

Wie strijkt er meestal?

10.1	Uzelf
10.2	Uw partner
10.3	Familie
10.4	Uitbesteed
10.5	NVT

Wie kuist er meestal?

11.1	Uzelf
11.2	Uw partner
11.3	Familie
11.4	Uitbesteed
11.5	NVT

Wie doet er meestal de boodschappen?

12.1	Uzelf
12.2	Uw partner
12.3	Familie
12.4	Uitbesteed
12.5	NVT

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

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

1	Ja
2	Neen

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

Heeft U reeds kinderen?

1	Ja
2	Neen

Heeft u NIET-SCHOOLGAANDE, jonge kinderen?

1	Ja
2	Neen

Hoeveel niet-schoolgaande, jonge kinderen heeft u?

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

19.1	Uzelf
19.2	Uw partner
19.3	Kinderdagverblijf/onthaalouder
19.4	(Schoon)ouders
19.5	Andere familieleden
19.6	Vrienden/kennissen
19.7	Aupair/babysit

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

20.1	Uzelf
20.2	Uw partner
20.3	Kinderdagverblijf/onthaalouder
20.4	(Schoon)ouders
20.5	Andere familieleden
20.6	Vrienden/kennissen
20.7	Aupair/babysit

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

21.1	Uzelf
21.2	Uw partner
21.3	Kinderdagverblijf/onthaalouder
21.4	(Schoon)ouders
21.5	Andere familieleden
21.6	Vrienden/kennissen
21.7	Aupair/babysit

Heeft u SCHOOLGAANDE kinderen?

1	Ja
2	Neen

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

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

24.1	Uzelf
24.2	Uw partner
24.3	Geen opvang nodig, kind kan zichzelf opvangen
24.4	Opvang op school/kinderopvang
24.5	(Schoon)ouders
24.6	Andere familieleden
24.7	Vrienden/kennissen
24.8	Aupair/babysit

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

25.1	Uzelf
25.2	Uw partner
25.3	Geen opvang nodig, kind kan zichzelf opvangen
25.4	Opvang op school/kinderopvang
25.5	(Schoon)ouders
25.6	Andere familieleden
25.7	Vrienden/kennissen
25.8	Aupair/babysit

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

26.1	Uzelf
26.2	Uw partner
26.3	Geen opvang nodig, kind kan zichzelf opvangen
26.4	Opvang op school/kinderopvang
26.5	(Schoon)ouders
26.6	Andere familieleden
26.7	Vrienden/kennissen
26.8	Aupair/babysit

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

27.1	Kind zelf
27.2	Uzelf
27.3	Uw partner

27.4	Familie
27.5	Uitbesteed

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

28.1	Kind zelf
28.2	Uzelf
28.3	Uw partner
28.4	Familie
28.5	Uitbesteed

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

29.1	Kind zelf
29.2	Uzelf
29.3	Uw partner
29.4	Familie
29.5	Uitbesteed

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

30.1	Kind zelf
30.2	Uzelf
30.3	Uw partner
30.4	Familie
30.5	Uitbesteed

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

31.1	Kind zelf
31.2	Uzelf
31.3	Uw partner
31.4	Familie
31.5	Uitbesteed

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

32.1	Kind zelf
32.2	Uzelf
32.3	Uw partner
32.4	Familie
32.5	Uitbesteed

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

33.1	Kind zelf
33.2	Uzelf
33.3	Uw partner
33.4	Familie
33.5	Uitbesteed

Deel 3: Praktijkgegevens:

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

Hoe ver woont u van uw huisartsenpraktijk? … km

Heeft u een eigen praktijk opgestart?

1	Ja
2	Neen

In welke praktijkvorm werkt u?

1	Solopraktijk
2	Duopraktijk
3	Groepspraktijk
4	Wijkgezondheidscentrum

U bent werkzaam als?

1	Zelfstandige
2	Bediende

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

1	< 20 uren
2	20-40 uren
3	40-60 uren
4	60-80 uren
5	>80 uren

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

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

1	minder dan 10 patiënten
2	10-20 patiënten
3	20-30 patiënten
4	30-40 patiënten
5	meer dan 40 patiënten

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

1	minder dan 5 huisbezoeken
2	5-10 huisbezoeken
3	10-15 huisbezoeken
4	15-20 huisbezoeken
5	meer dan 20 huisbezoeken

U werkt…

1	Altijd met vrije consultaties
2	Meestal met vrije consultaties
3	Ongeveer evenveel op afspraak als met vrije consultaties
4	Meestal op afspraak
5	Altijd op afspraak

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

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

Hoeveel dagen verlof heeft/neemt u gemiddeld per jaar?

Welke nevenfuncties oefent u uit? (Meerdere antwoorden mogelijk)

47.1	Geen
47.2	Kind en gezin
47.3	Spoed
47.4	CLB
47.5	Arbeidsgeneeskunde
47.6	Onderwijsfunctie (bv opleiden van studenten geneeskunde of HAIO's)
47.7	Kringactiviteiten e.a. medische verenigingen

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

48.1	Geen
48.2	Telefonist(e)/telefooncentrale
48.3	Administratieve hulp
48.4	Online afspraken
48.5	Verpleegkundige om bepaalde taken over te nemen
48.6	Andere paramedici om bepaalde taken over te nemen
48.7	Poetshulp

Deel 4: Jobtevredenheid:

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

1	Helemaal niet
2	Eerder niet
3	Matig
4	Grotendeels
5	Volledig

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

Antwoordmogelijkheden:

1. Een reden om te stoppen
2. Helemaal niet aantrekkelijk
3. Niet aantrekkelijk
4. Neutraal
5. Aantrekkelijk
6. Erg aantrekkelijk

50.1 Omgaan met onzekerheden
50.2 Complexe problematiek, aanzienlijke mentale inspanningen
50.3 Technische handelingen
50.4 Sociale contact met de patiënten
50.5 Contact met collega's huisartsen en specialisten
50.6 'Eenzaamheid' van het beroep (zeker als solo-arts)

51.1 Mogelijkheid om zelf je werk te regelen
51.2 Huisbezoeken
51.3 Urgenties
51.4 Wachtdienst

51.5 Stress door het werk in het algemeen
51.6 Werkdruk, veel patiënten zien op korte tijd
51.7 Aantal werkuren
51.8 Werkuren ’s avonds en/of op zaterdagochtend
51.9 Werkzekerheid
51.10 Inkomen
51.11 Patiëntgebonden administratie
51.12 Administratie verbonden aan het zelfstandig zijn bv verzekeringen

52.1 Grote verantwoordelijkheid t.o.v. patiënten
52.2 Sociale dimensie van het beroep
52.3 Aanbod van niet-medische problemen
52.4 Inmenging van andere instanties bv RIZIV
52.5 Het brede karakter van de huisartsgeneeskunde
52.6 Afwisseling van soorten problematiek
52.7 Continu bijscholen
52.8 Opleiden van jongeren (stagiair, HAIO)
52.9 Aanzien als arts in de maatschappij
52.10 Omgaan met emotioneel zware problematiek bv. palliatief
52.11 Hulpvragen buiten de “werkuren”: medische vragen van familie en vrienden, urgenties op straat, …

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

1	Ja
2	Neen
3	Ik weet het niet

Waarom zou u niet meer voor huisartsgeneeskunde kiezen?

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

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

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

1	Ja
2	Neen

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

Deel 5: Toekomstperspectieven:

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

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

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

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

Zou u willen overstappen naar een andere praktijkvorm?

1	Ja
2	Neen

welke andere praktijkvorm zou u willen overstappen?

Zou u meer hulp willen aannemen in de huisartsenpraktijk?

1	Ja
2	Neen

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

64.1	Extra collega huisarts of HAIO
64.2	Telefonist(e)/telefooncentrale
64.3	Administratieve hulp
64.4	Online afspraken
64.5	Verpleegkundige om bepaalde taken over te nemen
64.6	Andere paramedici om bepaalde taken over te nemen
64.7	Poetshulp

Zou u meer hulp willen inschakelen in het huishouden?

1	Ja
2	Neen

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

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

1	Ja
2	Neen

Waarom wenst u van loopbaan te veranderen?

Welke job zou u dan interesseren?

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

1	Ja
2	Neen

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

1	Onbestaande
2	Klein
3	Mogelijk
4	Waarschijnlijk
5	Zeker

Deel 6: Persoonlijke gegevens:

In welk jaar bent u geboren?

U bent een … ?

1	Man
2	Vrouw

Heeft u een partner?

1	Ja
2	Neen

Woont u samen met uw partner?

1	Ja
2	Neen

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

76.1	Geen
76.2	Moeder
76.3	Vader
76.4	Grootouder(s)
76.5	Broer(s)/Zus(sen)
76.6	Oom(s)/tante(s)

Had u zich kandidaat gesteld voor specialisatie(s)?

1	Ja
2	Neen

Was u voor deze specialisatie(s) aanvaard?

1	Ja
2	Neen

e. Vragenlijst partners:

Geachte Mevrouw, geachte Heer,

Alvast bedankt voor uw medewerking aan deze masterproef.

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

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

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

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

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

Met vriendelijke groeten,

Evelien Veeckman
0494/42.13.10
Evelien.Veeckman@Ugent.be

PS: Onze excuses voor de reclame tussenin. U kan deze gewoon negeren.

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

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

Deel 1: Eigen ambities en persoonlijkheid partner:

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

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

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

	1) Heel ontevreden	2) Ontevreden	3) Neutraal	4) Tevreden	5) Heel tevreden
3.1 Leven in het algemeen					
3.2 Partnerrelatie					
3.3 Gezinsleven/kinderen					
3.4 Sociale contacten (vriendenkring)					
3.5 Tijd voor jezelf/hobby/geloof					
3.6 Carrière					
3.7 Inkomen					

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

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

Deel 2: Organisatie huishouden:

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

Wie bereidt meestal het eten?

5.1	Uzelf
5.2	Uw partner
5.3	Familie
5.4	Uitbesteed
5.5	NVT

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

6.1	Uzelf
6.2	Uw partner
6.3	Familie
6.4	Uitbesteed
6.5	NVT

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

7.1	Uzelf
7.2	Uw partner
7.3	Familie
7.4	Uitbesteed
7.5	NVT

Wie strijkt er meestal?

8.1	Uzelf
8.2	Uw partner
8.3	Familie
8.4	Uitbesteed
8.5	NVT

Wie kuist er meestal?

9.1	Uzelf
9.2	Uw partner
9.3	Familie
9.4	Uitbesteed
9.5	NVT

Wie doet er meestal de boodschappen?

10.1	Uzelf
10.2	Uw partner
10.3	Familie
10.4	Uitbesteed
10.5	NVT

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

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

1	Ja
2	Neen

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

Heeft U reeds kinderen?

1	Ja
2	Neen

Heeft u NIET-SCHOOLGAANDE, jonge kinderen?

1	Ja
2	Neen

Hoeveel niet-schoolgaande, jonge kinderen heeft u?

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

17.1	Uzelf
17.2	Uw partner
17.3	Kinderdagverblijf/onthaalouder
17.4	(Schoon)ouders
17.5	Andere familieleden
17.6	Vrienden/kennissen
17.7	Aupair/babysit

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

18.1	Uzelf
18.2	Uw partner
18.3	Kinderdagverblijf/onthaalouder
18.4	(Schoon)ouders
18.5	Andere familieleden
18.6	Vrienden/kennissen
18.7	Aupair/babysit

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

19.1	Uzelf
19.2	Uw partner
19.3	Kinderdagverblijf/onthaalouder
19.4	(Schoon)ouders
19.5	Andere familieleden
19.6	Vrienden/kennissen
19.7	Aupair/babysit

Heeft u SCHOOLGAANDE kinderen?

1	Ja
2	Neen

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

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

22.1	Uzelf
22.2	Uw partner
22.3	Geen opvang nodig, kind kan zichzelf opvangen
22.4	Opvang op school/kinderopvang
22.5	(Schoon)ouders
22.6	Andere familieleden
22.7	Vrienden/kennissen
22.8	Aupair/babysit

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

23.1	Uzelf
23.2	Uw partner
23.3	Geen opvang nodig, kind kan zichzelf opvangen
23.4	Opvang op school/kinderopvang
23.5	(Schoon)ouders
23.6	Andere familieleden
23.7	Vrienden/kennissen
23.8	Aupair/babysit

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

24.1	Uzelf
24.2	Uw partner
24.3	Geen opvang nodig, kind kan zichzelf opvangen
24.4	Opvang op school/kinderopvang
24.5	(Schoon)ouders
24.6	Andere familieleden
24.7	Vrienden/kennissen
24.8	Aupair/babysit

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

25.1	Kind zelf
25.2	Uzelf
25.3	Uw partner
25.4	Familie
25.5	Uitbesteed

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

26.1	Kind zelf
26.2	Uzelf
26.3	Uw partner
26.4	Familie
26.5	Uitbesteed

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

27.1	Kind zelf
27.2	Uzelf
27.3	Uw partner
27.4	Familie
27.5	Uitbesteed

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

28.1	Kind zelf
28.2	Uzelf
28.3	Uw partner
28.4	Familie
28.5	Uitbesteed

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

29.1	Kind zelf
29.2	Uzelf
29.3	Uw partner
29.4	Familie
29.5	Uitbesteed

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

30.1	Kind zelf
30.2	Uzelf
30.3	Uw partner
30.4	Familie
30.5	Uitbesteed

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

31.1	Kind zelf
31.2	Uzelf
31.3	Uw partner
31.4	Familie
31.5	Uitbesteed

Deel 3: Huidige job:

Bent u werkzaam op de arbeidsmarkt?

1	Ja
2	Neen

U bent ...?

1	Huisman/huisvrouw
2	Werkzoekend
3	Student

U bent ...?

1	Arbeider
2	Bediende
3	Zelfstandige

Wat is uw hoofdberoep?

Werkt u fulltime?

1	Ja
2	Neen

Werkt u ...? Meerdere antwoorden mogelijk.

37.1	Met vaste uren overdag
37.2	Met glijdende uren overdag
37.3	Vroege shift
37.4	Late shift
37.5	Nachtshift
37.6	Ploegensysteem met 2 shiften
37.7	Ploegensysteem met 3 shiften
37.8	Thuis

Hoeveel uren per week bent u gemiddeld bezig met uw job (inclusief thuiswerk)? ... uren
Hoeveel uren per week werkt u gemiddeld op een andere locatie dan thuis? ... uren

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

Moet u soms in het weekend of op feestdagen werken?

1	Ja
2	Neen

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

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

1	Ja
2	Neen

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

Kan u 's nachts opgeroepen worden voor uw werk?

1	Ja
2	Neen

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

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

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

1	Ja
2	Neen

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

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

1	Ja
2	Neen

Welke kansen heeft u laten schieten?

Heeft u het gevoel dat uw partner door haar werk wordt opgeslorpt?

1	Ja
2	Neen

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

1	Ja
2	Neen

Deel 4: Persoonlijke gegevens:

In welk jaar bent u geboren?

U bent een … ?

1	Man
2	Vrouw

Woont u samen met uw partner?

1	Ja
2	Neen

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

57.1	Geen
57.2	Moeder
57.3	Vader
57.4	Grootouder(s)
57.5	Broer(s)/Zus(sen)
57.6	Oom(s)/tante(s)

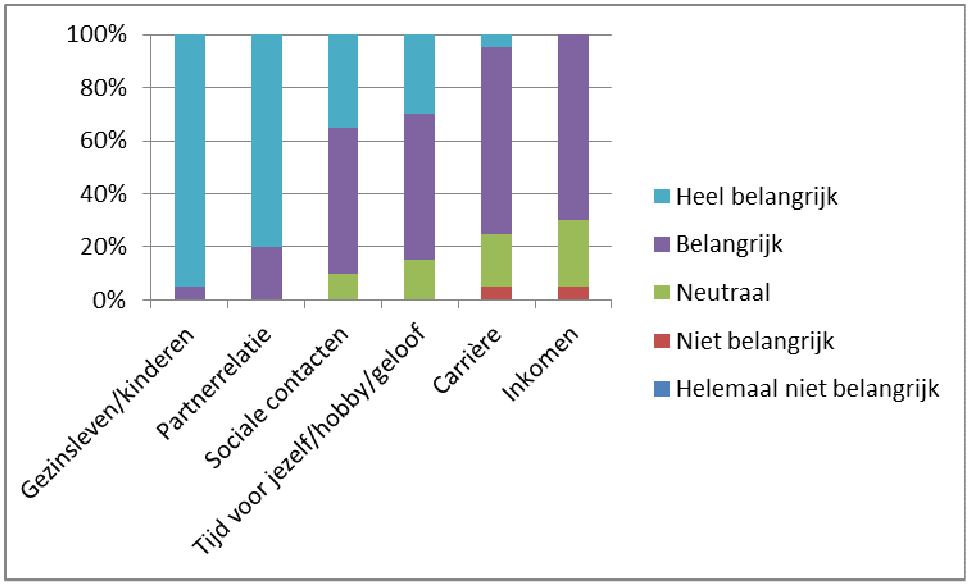
Wat is uw hoogste behaalde diploma?

1	Middelbaar onderwijs
2	Hoger onderwijs van het korte type
3	Hoger onderwijs van het lange type
4	Universitair onderwijs - Bachelor/Kandidatuurjaren
5	Universitair onderwijs - Master/Proefjaren
6	Universitair onderwijs - Master na master
7	Postgraduaat

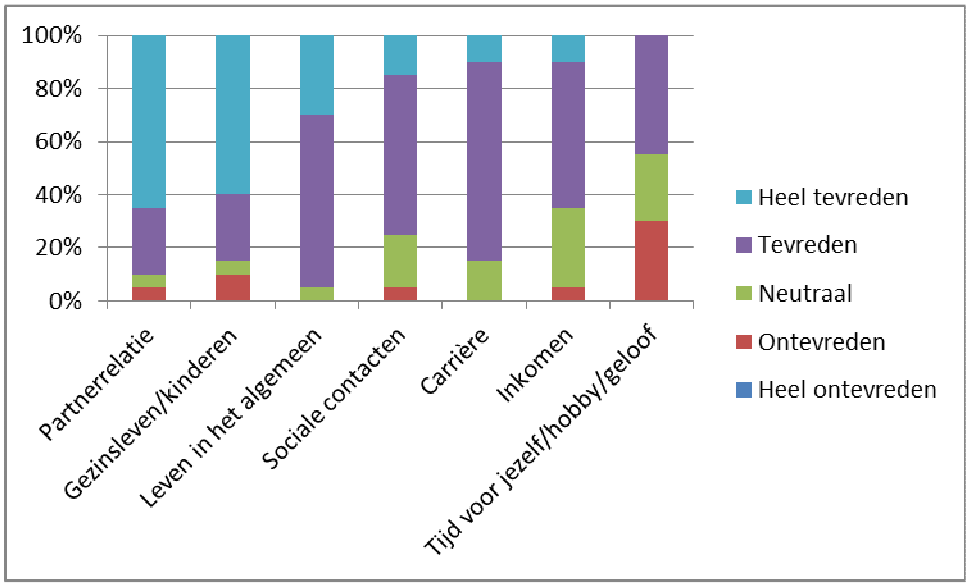
Specifieer uw hoogste behaalde diploma.

f. Grafieken en tabellen:

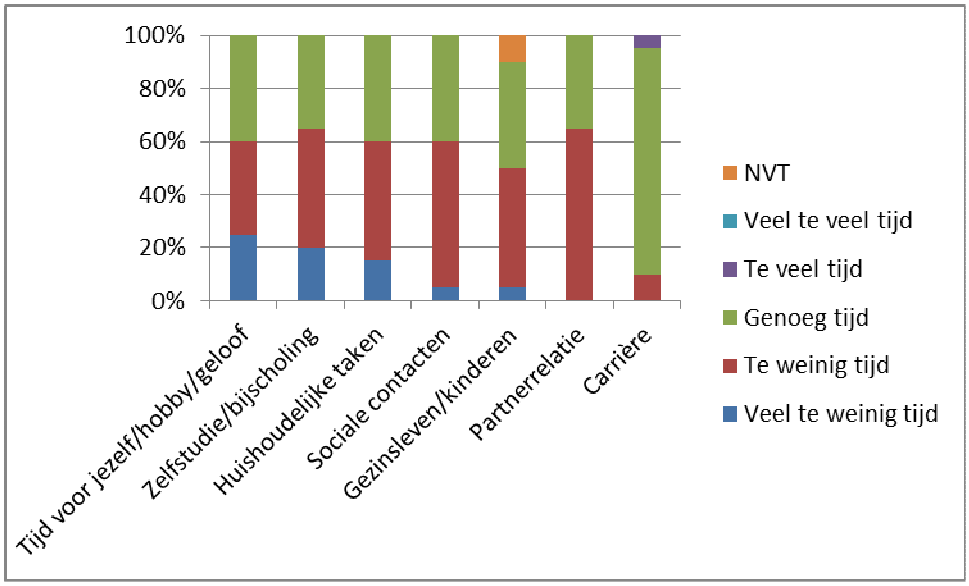
Grafieken:



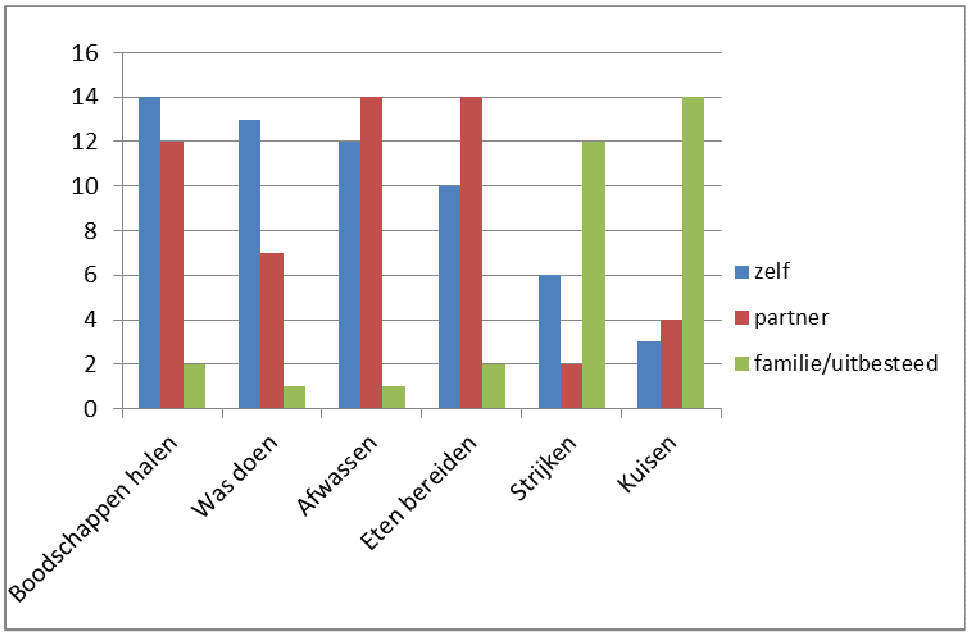
Grafiek 1. Geef aan hoe belangrijk volgende elementen voor u zijn om een gelukkig leven te leiden (n=20).



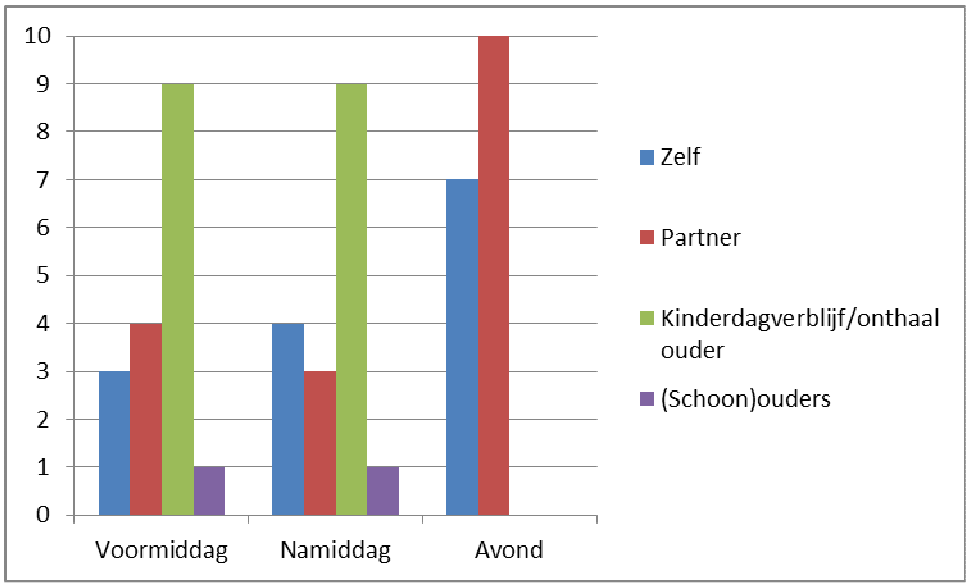
Grafiek 2. Hoe tevreden bent u momenteel met uw …? (n=20).



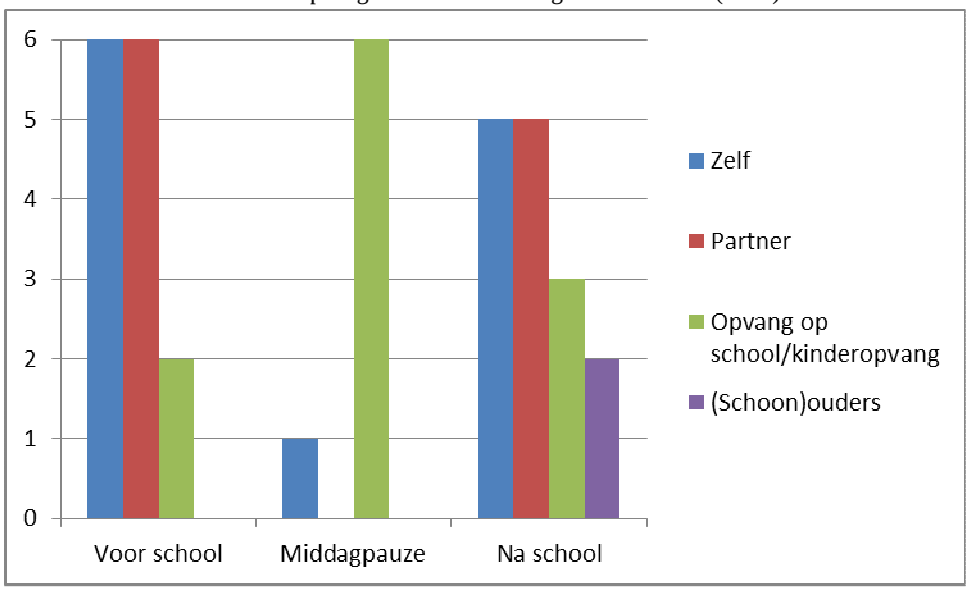
Grafiek 3. Vindt u dat u voldoende tijd heeft voor …? (n=20).



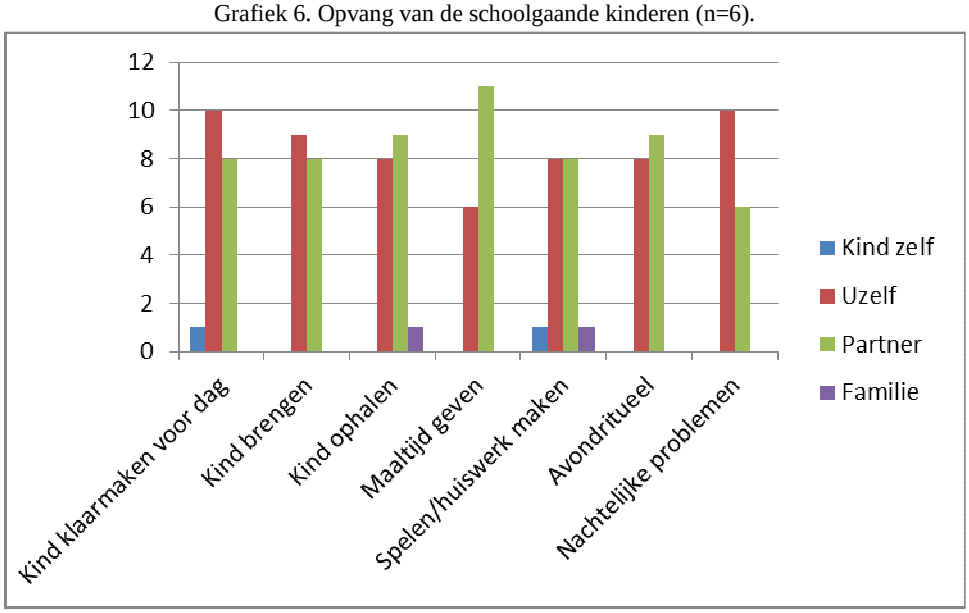
Grafiek 4. “Wie oefent meestal volgende taken uit?” (n=20).



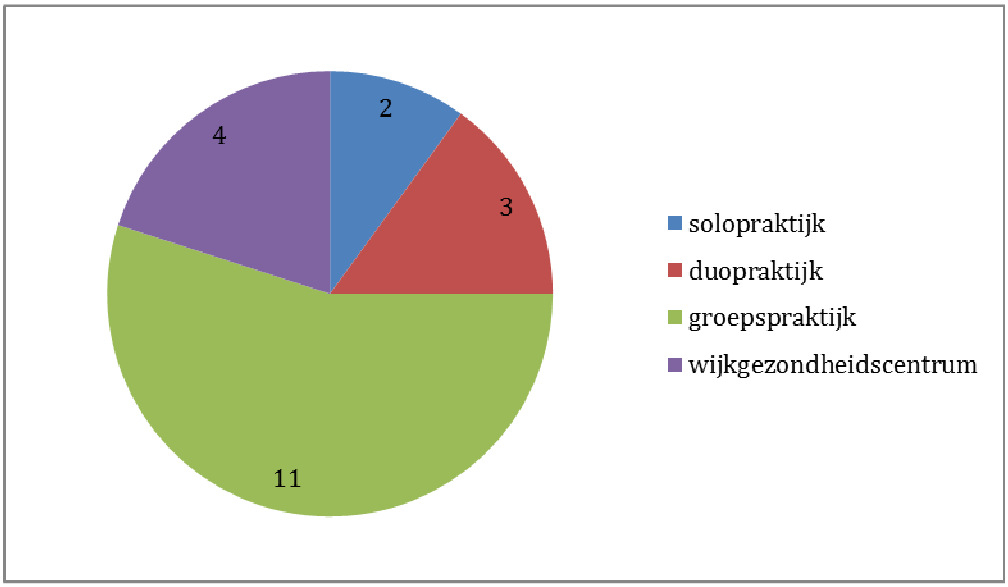
Grafiek 5. Opvang van de niet-schoolgaande kinderen (n=10)



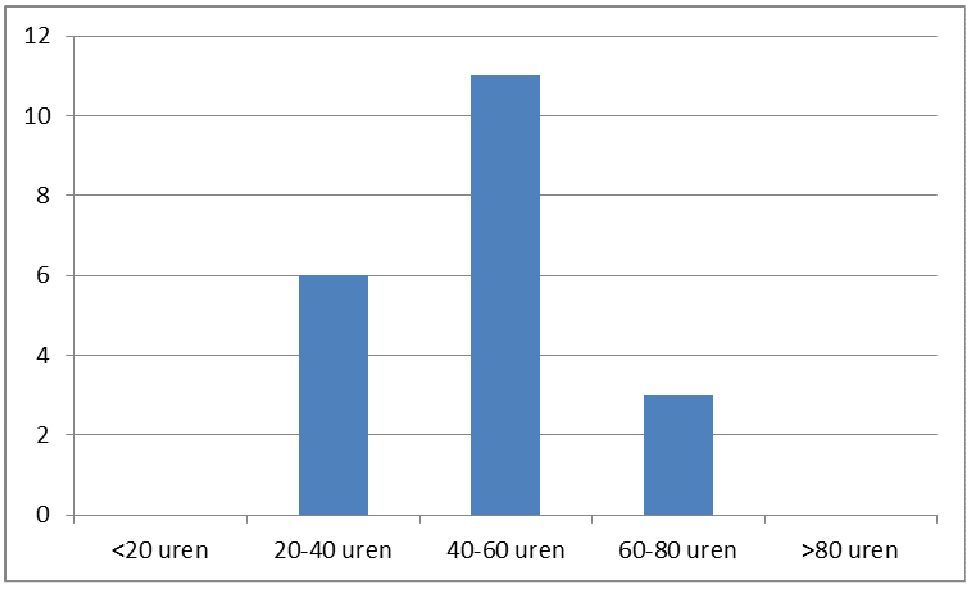
Grafiek 6. Opvang van de schoolgaande kinderen (n=6).



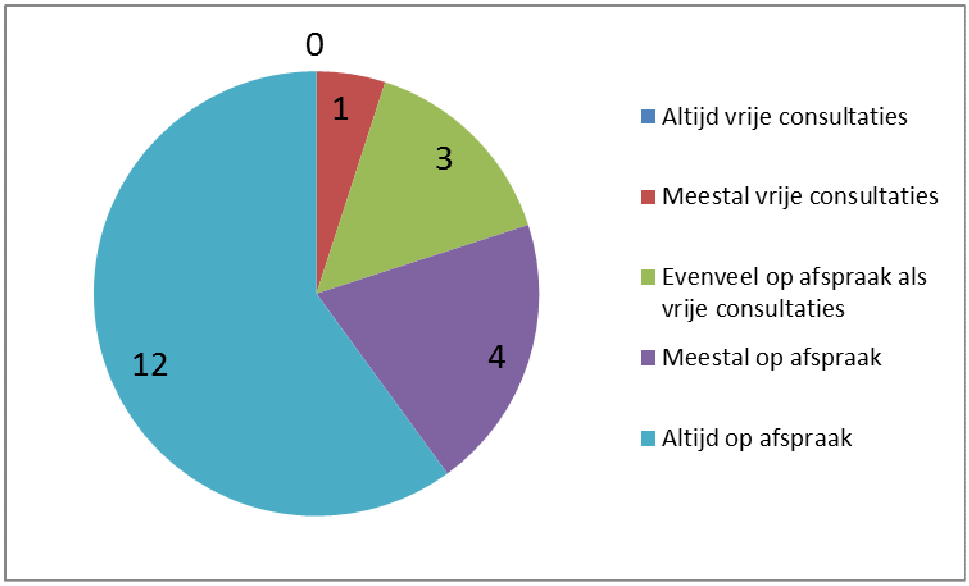
Grafiek 7. Ouderlijke taken (n=11).



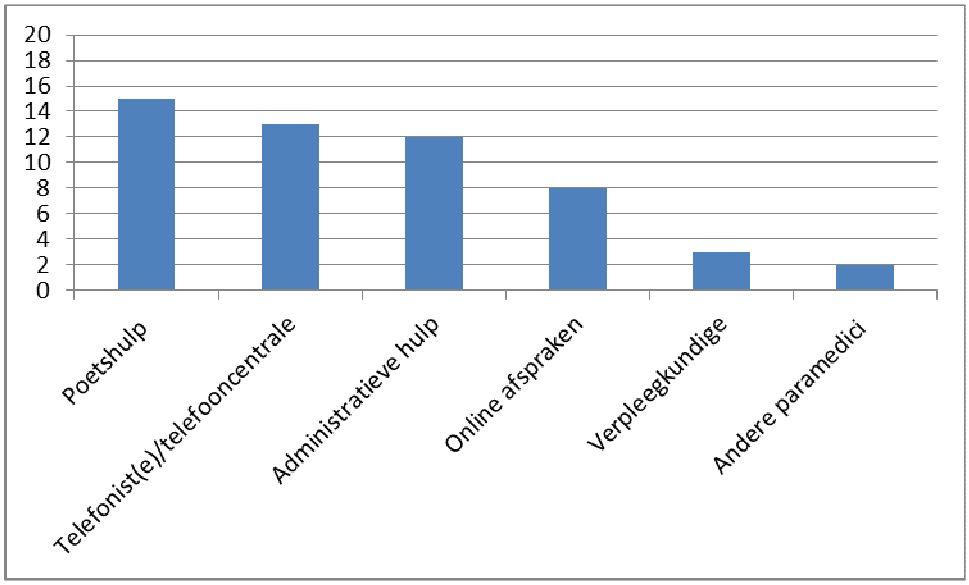
Grafiek 8. Praktijkvorm – de absolute aantallen staan vermeld (n=20).



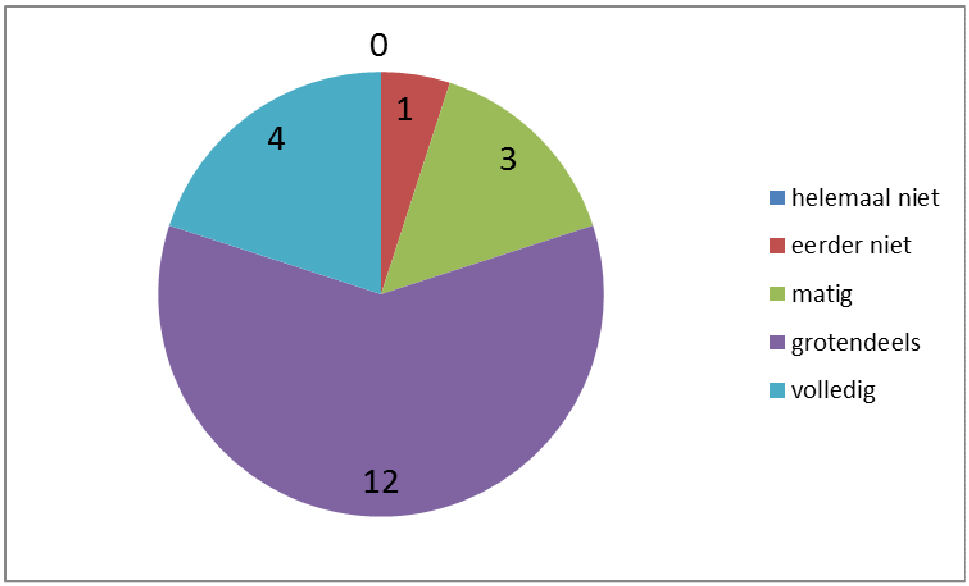
Grafiek 9. Gemiddeld aantal uren dat men bezig is met zijn huisartsenfunctie (consultaties, huisbezoeken, administratie en bijscholing) (n=20).



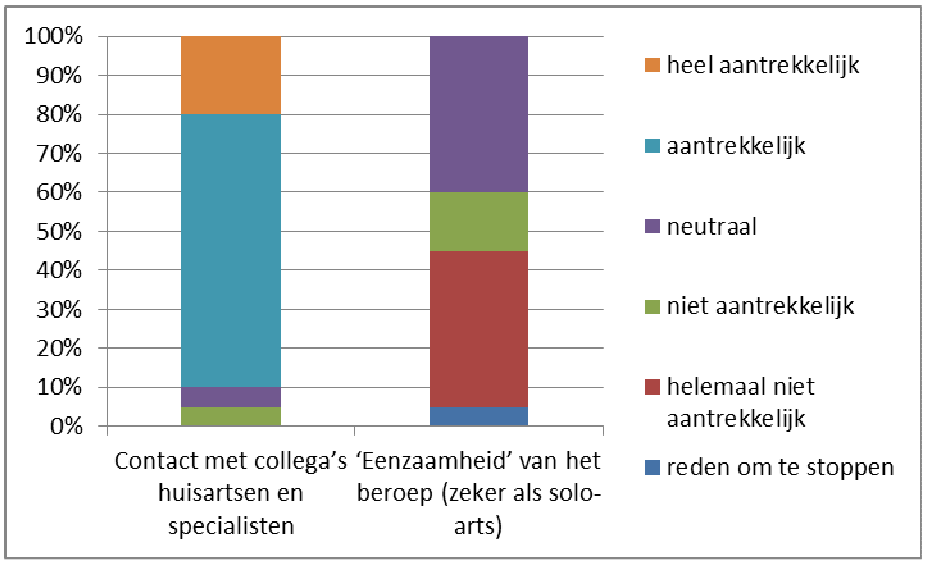
Grafiek 10. De verdeling van het soort consultaties (n=20).



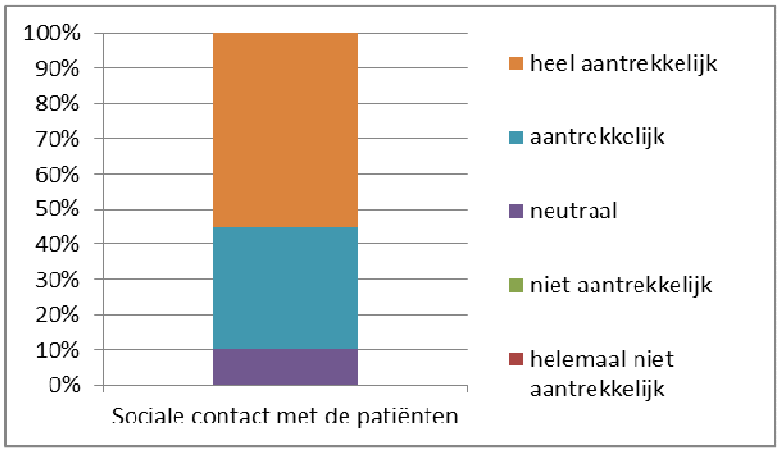
Grafiek 11. Vormen van hulp in de praktijk (n=20).



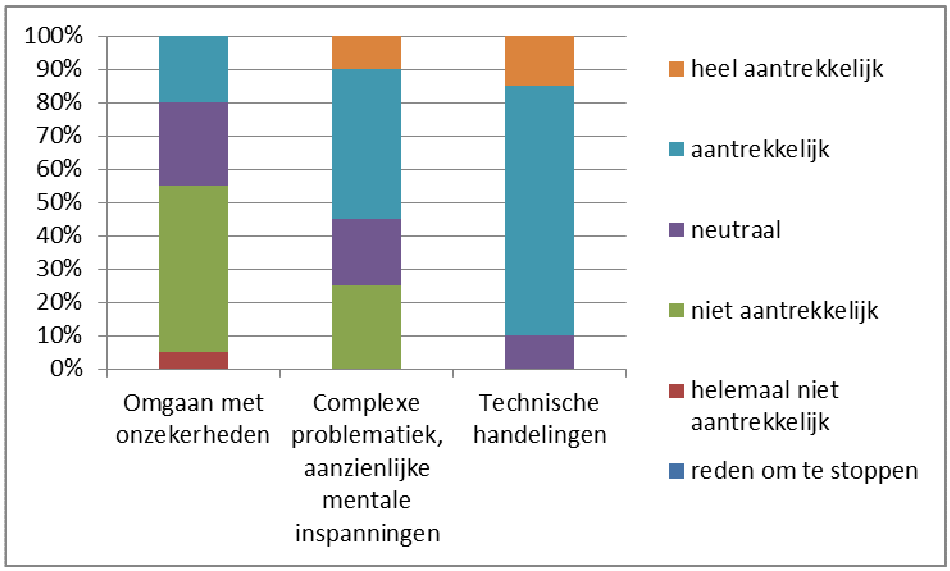
Grafiek 12. Komt uw huidige job als huisarts overeen met wat u zich ervan voorstelde toen u nog student was (vóór u uw HAIO-opleiding begon)? (n=20).



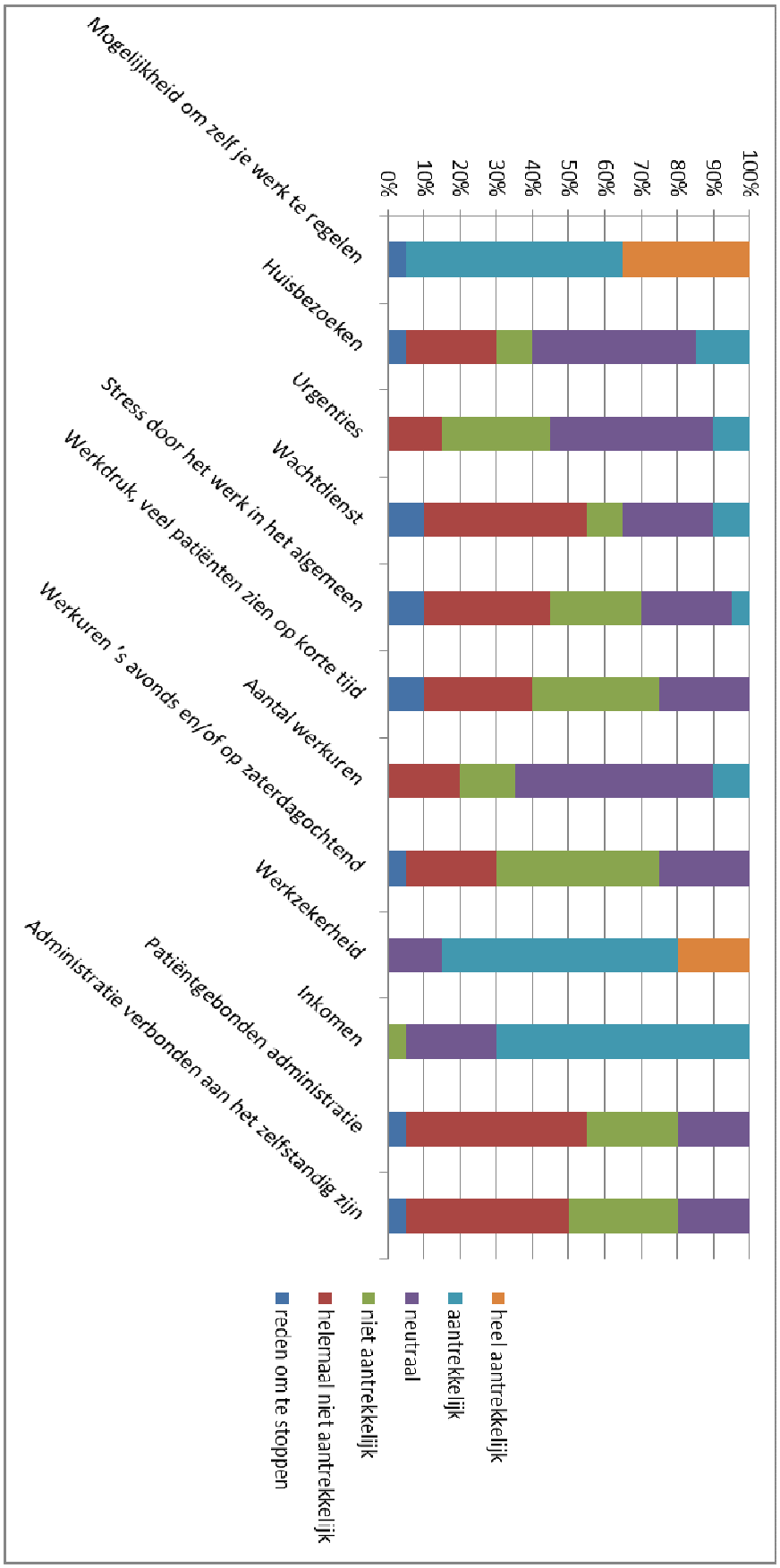
Grafiek 13. Bevraging aantrekkelijkheid volgens de CanMEDS – collaborator (n=20).



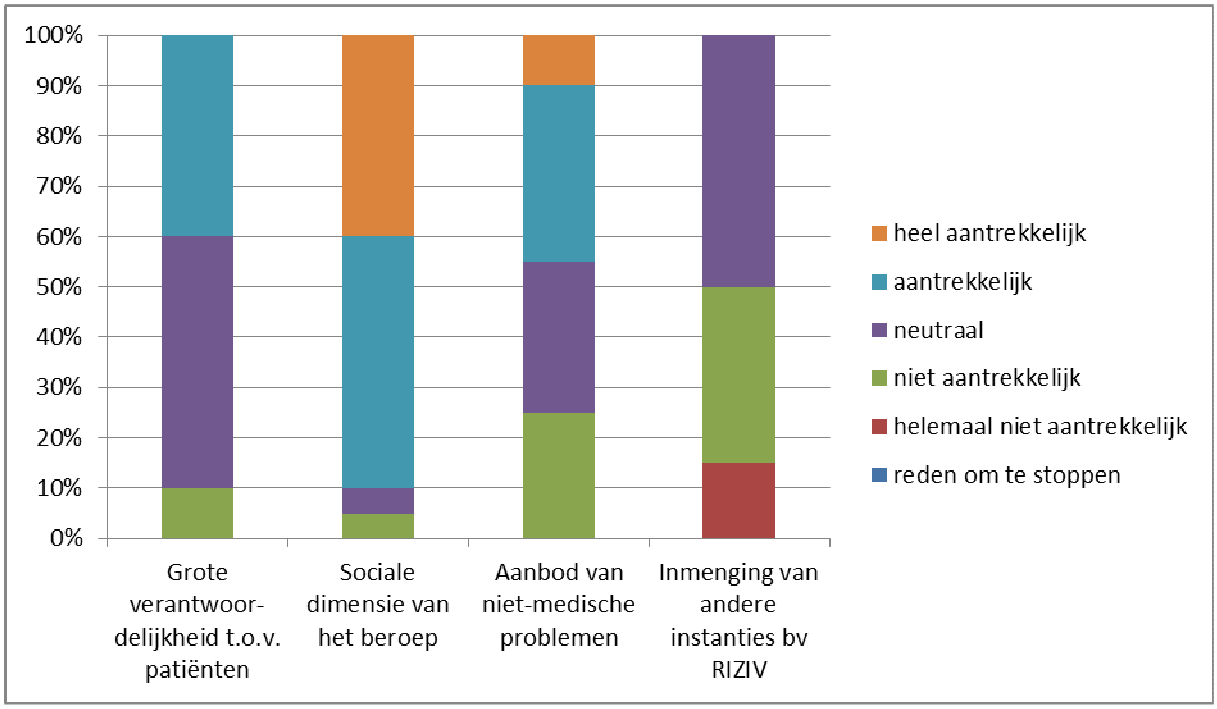
Grafiek 14. Bevraging aantrekkelijkheid volgens CanMEDS – communicator (n=20).



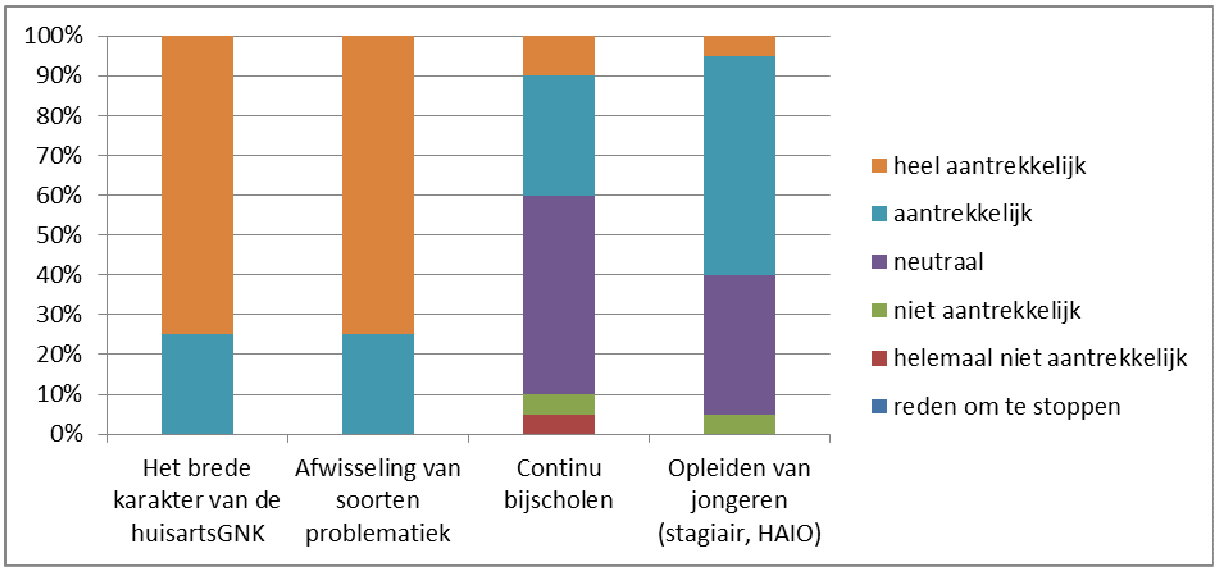
Grafiek 15. Bevraging aantrekkelijkheid volgens CanMEDS – medical expert (n=20).



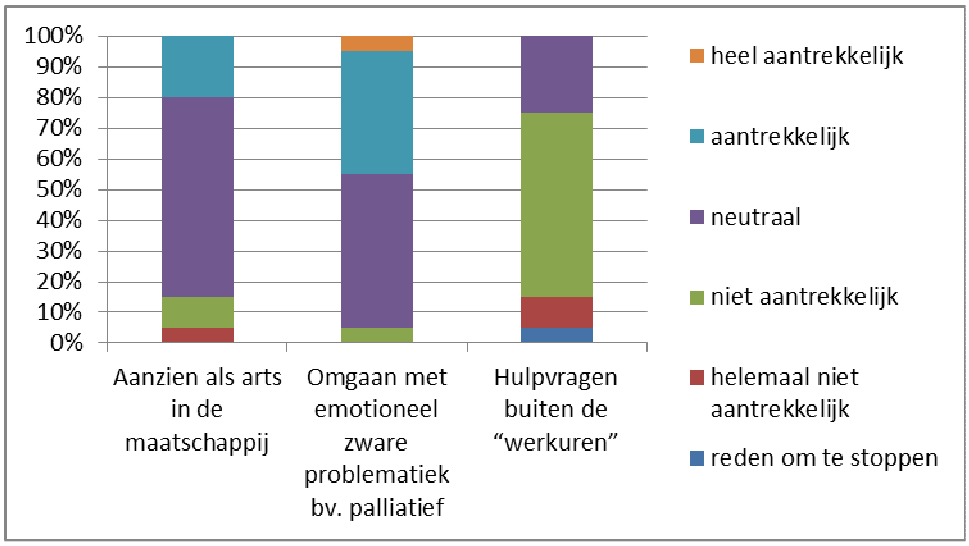
Grafiek 16. Bevraging aantrekkelijkheid volgens CanMEDS – manager (n=20).



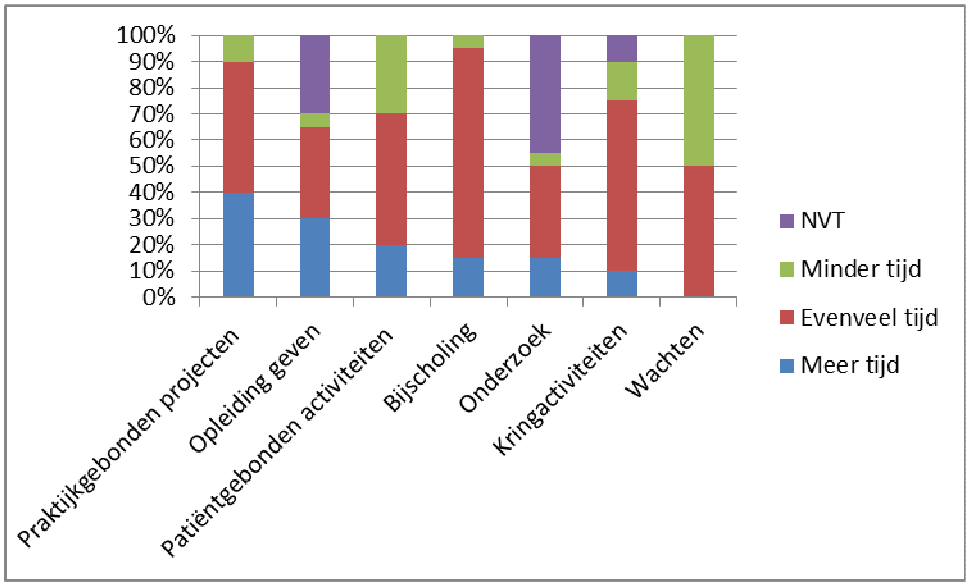
Grafiek 17. Bevraging aantrekkelijkheid volgens CanMEDS – health advocate (n=20).



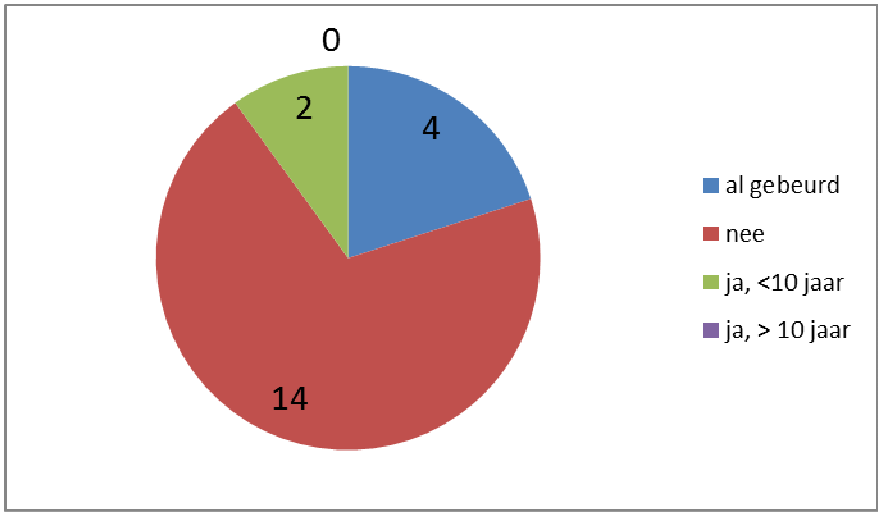
Grafiek 18. Bevraging aantrekkelijkheid volgens CanMEDS – scholar (n=20).



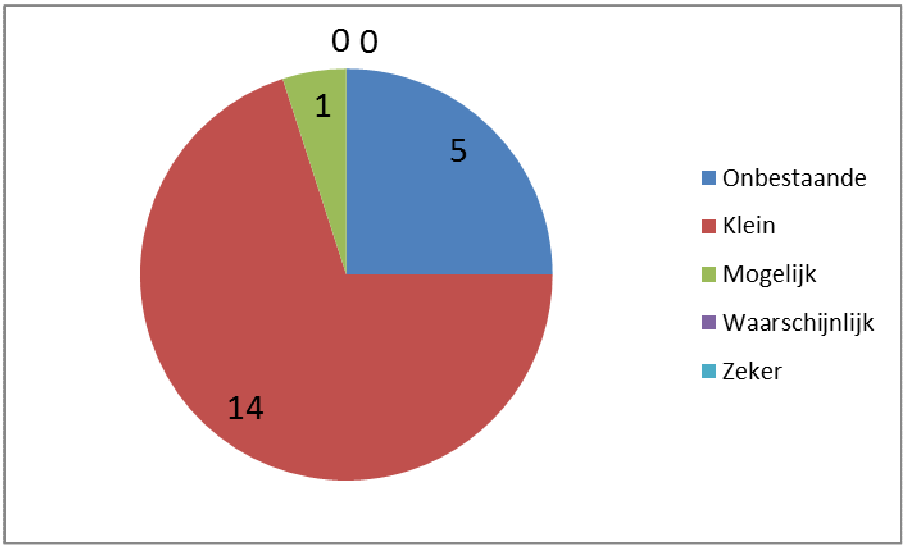
Grafiek 19. Bevraging aantrekkelijkheid volgens CanMEDS – professional (n=20).



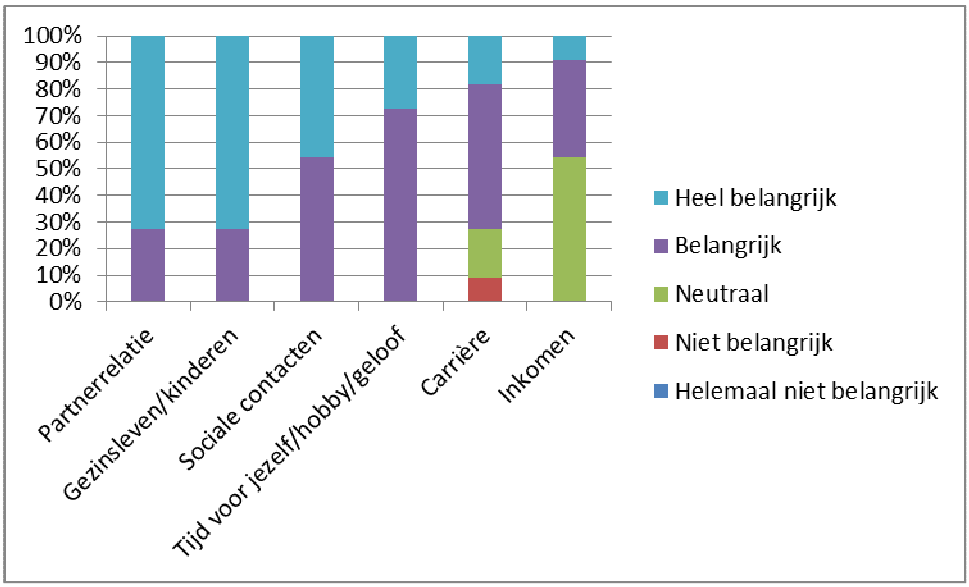
Grafiek 20. Wenst u in de toekomst minder, meer of evenveel tijd te besteden aan volgende activiteiten? (n=20).



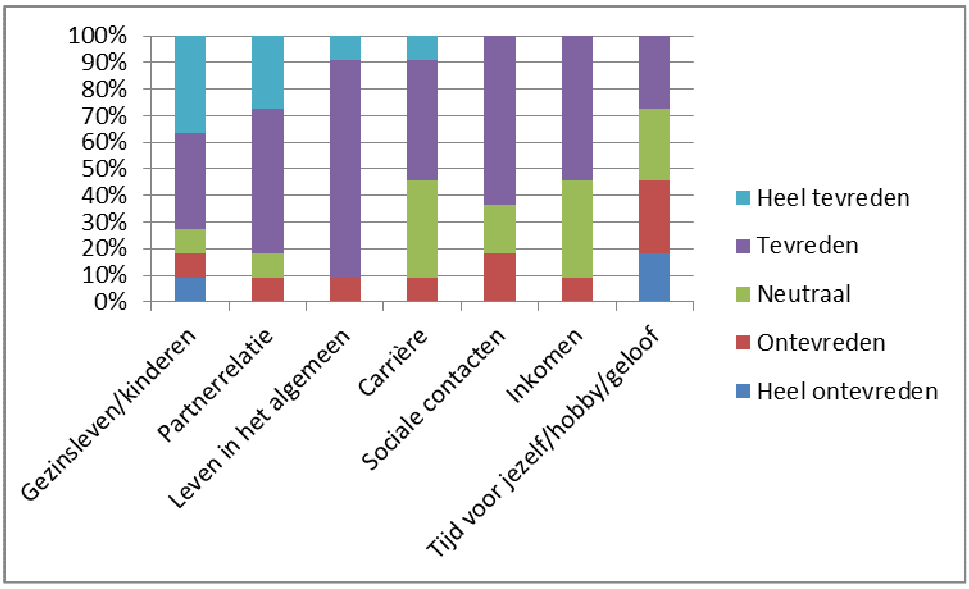
Grafiek 21. Bent u van plan een eigen (nieuwe) praktijk op te starten? (n=20).



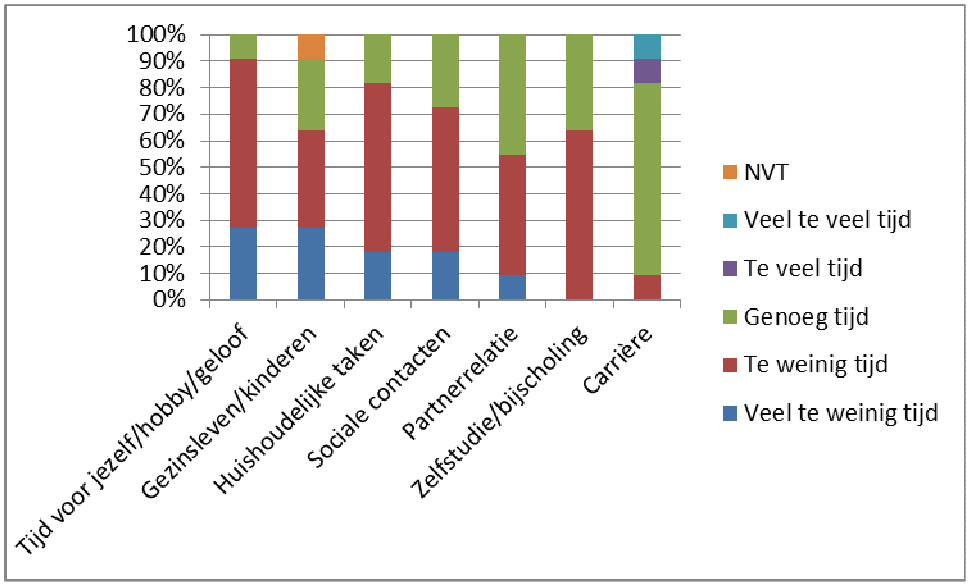
Grafiek 22. De kans dat u binnen de vijf jaar niet meer werkzaam bent als huisarts is …? (n=20).



Grafiek 23. Geef aan hoe belangrijk volgende elementen voor uw partner zijn om een gelukkig leven te leiden (n=11).



Grafiek 24. Hoe tevreden is uw partner momenteel met haar …? (n=11).



Grafiek 25. Vindt u dat uw partner voldoende tijd heeft voor haar…? (n=11).

Tabellen:

Tabel 1. Verdeling van de populatie volgens onderzoekscriterium en geslacht. Het vetgedrukte getal beslaat de onderzoekspopulatie van deze masterproef.

Huisartsen afgestudeerd in 2005-2009	**Man**	**Vrouw**	**Totaal**
Werkzaam als huisarts in Vlaanderen	172	**326**	498 (82,7%)
Niet meer werkzaam als huisarts	21	45	66 (11%)
Niet in Vlaanderen / geen evidentie	15	23	38 (6,3%)
Totaal	208 (35%)	394 (65%)	602

Tabel 2. Huidige beroepsactiviteit van de niet-huisartsen uit de onderzoekspopulatie.

Beroep	**Man**	**Vrouw**	**Totaal**
Klinische disciplines	**15**	**22**	**37**
Acute geneeskunde/urgentiegeneeskunde/spoed	12	15	27
Radiologie	1	1	2
Interne geneeskunde	0	1	1
Urologie	1	0	1
Kandidaat specialist	1	3	4
Diabeteskliniek	0	2	2
Wetenschap en industrie	**3**	**4**	**7**
Universiteit	1	3	4
Onderzoek	2	0	2
Farmaceutische industrie	0	1	1
Maatschappelijke gezondheidszorg en preventieve GNK	**1**	**17**	**18**
Arbeidsgeneeskunde	0	5	5
Adviserend geneesheer	0	2	2
Kind en Gezin	0	1	1
CLB	0	3	3
Bloedtransfusiecentrum	0	1	1
MSOC	0	1	1
Gehandicaptenzorg	0	2	2
Gezondheidsproject prostitutie	0	1	1
Rode Kruis	1	0	1
Fedasil	0	1	1
Andere	**2**	**2**	**4**
Accupunctuur	0	1	1
Artsen zonder grenzen	0	1	1
Militair	1	0	1
Zonder praktijk	1	0	1
Totaal	**21**	**45**	**66**

Tabel 3. Verdeling van de artsen in de familie (n=5).

	vader	**moeder**	**grootouder(s)**	**broer(s)/zus(sen)**	**oom(s)/tante(s)**
arts 1					**x**
arts 2		**x**			**x**
arts 3	**x**	**x**			
arts 4	**x**				
arts 5	**x**	**x**		**x**	**x**

Tabel 4. Nevenfuncties (n=20).

Geen nevenfunctie	9
Wel nevenfunctie(s)	11
Kind en Gezin	5
Onderwijsfunctie	5
Kringactiviteiten	3
CRA	2
EHBO	1

Tabel 5. Zou u en onder welke vorm meer hulp willen aannemen in de huisartsenpraktijk? (n=20).

Voldoende hulp in praktijk	8
Wensen meer hulp in praktijk	12
Extra collega huisarts of HAIO	10
Telefonist(e)/telefooncentrale	7
Administratieve hulp	5
Online afspraken	2
Verpleegkundige	2
Andere paramedici	2
Poetshulp	1

Tabel 6. Zou u en onder welke vorm meer hulp willen aannemen in het huishouden? (n=20).

Voldoende hulp in huishouden	8
Wensen meer hulp in huishouden	12
Schoonmaken	10
Strijken	4
Koken	3
Kinderopvang	2