HOE BELEVEN JONGE HUISARTSEN EN HUN PARTNER DE BESLISSING OM HET PAD VAN DE HUISARTSGENEESKUNDE TE VERLATEN?

Anouk Verraes, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, Universiteit Gent

Co-promotor: Lynn Ryssaert, Universiteit Gent

Praktijkopleider: Dr. Luc Termote

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

ABSTRACT

HOE BELEVEN JONGE HUISARTSEN EN HUN PARTNER DE BESLISSING OM HET PAD VAN DE HUISARTSGENEESKUNDE TE VERLATEN?

HAIO: Anouk VERRAES
Universiteit Gent
Promotor: Prof. Dr. Dirk AVONTS
Co-promotor: Lynn RYSSAERT
Praktijkopleider: Luc TERMOTE

Context:

Zowel op internationaal als op nationaal vlak is er een dreigend tekort aan huisartsen. Een groot deel van de huisartsen in Vlaanderen is ouder dan 50 jaar en zal vervangen worden door jong opgeleide huisartsen. De toenemende vervrouwelijking gaat gepaard met de wens om de job deeltijds uit te oefenen, wat leidt tot een arbeidstijdvermindering binnen het beroep. Burnout is een belangrijk probleem bij huisartsen. Bij studenten geneeskunde heeft het huisartsenberoep een lage aantrekkelijkheid. Er is echter nog maar weinig onderzoek gedaan naar de motivaties en redenen waarom huisartsen kort na het afstuderen uit het beroep stappen.

Onderzoeksvraag:

Wat zijn de redenen voor recent afgestudeerde huisartsen om uit het beroep te stappen? Hoe groot is het probleem van vroegtijdige jobverlaters in Vlaanderen? Ook de rol van de partner wordt bestudeerd.

Methode (literatuur & registratiewijze):

Literatuurstudie via volgende sleutelwoorden: burnout, jobtevredenheid, werk-privé evenwicht, beroepstrouw en aantrekkingskracht van het beroep bij huisartsen.

Opstellen van een databank van huisartsen afgestudeerd van 2005 t.e.m. 2009 en nagaan wat de huidige beroepsactiviteit is. Uit de groep van huisartsen die niet meer actief zijn als huisarts, wordt een willekeurige steekproef van 50 artsen genomen, aan wie deelname aan een internetenquête wordt gevraagd. Ook aan de partner van de arts wordt gevraagd om de vragenlijst in te vullen.

Resultaten:

Van de 602 huisartsen die in de periode 2005-2009 zijn afgestudeerd, zijn nog 498 (83%) werkzaam als huisarts. Er is geen verschil in beroepsactiviteit tussen mannen en vrouwen. De 66 voormalige huisartsen zijn momenteel vooral actief in klinische disciplines maar ook in de maatschappelijke gezondheidszorg. Van de steekproef van 50 voormalige huisartsen vulden 18 de enquête in. De voornaamste redenen waardoor ze niet meer als huisarts werken, zijn werk-privé evenwicht, problemen met collega's en werkdruk/werktijden.

Conclusies:

Jonge huisartsen die uit het beroep stappen, doen dit voornamelijk omwille van een voor hen moeilijke combinatie met het gezinsleven. Ze blijven wel nog actief als arts. Een herwaardering en betere organisatie van het huisartsberoep zal de combinatie met een bevredigend gezinsleven in de hand werken. Dit zal de beroepstrouw van jonge huisartsen ten goede komen.

E-mail: anouk.verraes@ugent.be

ICPC-code: V

INHOUDSTAFEL

ABSTRACT 2
INHOUDSTAFEL 3
INLEIDING 6
LITERATUURONDERZOEK 7
1. VRAAGSTELLING 7
2. METHODE 7
3. RESULTATEN 8
A. Internationaal 8
1) Huisartsberoep 8
2) Burnout 8
3) Jobtevredenheid 9
a) Evenwicht werk-privéleven 10
b) Artsenkoppels 10
c) Gender 10
4) Onderzoek bij recent afgestudeerde huisartsen 11
5) Keuze voor huisartsgeneeskunde 11
B. Vlaanderen 11
1) Recente veranderingen in het huisartsberoep 12
2) Aantrekkingskracht huisartsgeneeskunde 12
3) Beroepstrouw Vlaamse huisartsen 13
a) Tevredenheid 13
b) Cijfergegevens beroepstrouw 13
c) Beroepstrouw 13
d) Veranderingen in de Belgische huisartsgeneeskunde: suggesties van gestopte huisartsen versus stakeholders 14
4) Burnout 14
4. BESLUIT 15
ONDERZOEKSMETHODIEK 16
1. DOELPOPULATIE 16
2. ALGEMENE DATABANK 16
3. OPSTELLEN ENQUËTE 17
4. PILOOTSTUDIE 17
5. INTERNETENQUÊTE 18
6. STEEKPROEF 18
7. TELEFONISCH CONTACT 18
8. DEFINITIE PARTNER 19
9. ANONIMITEIT 19
10. INGEVULDE ENQUÊTES 19
11. STATISTIEK 19
RESULTATEN 20
1. ALGEMENE DATABANK - DOELPOPULATIE 20
A. Drop-out tijdens de HAIO-opleiding 20
B. Afstudeerjaartal 21
C. Geslacht 22
D. Huidige beroepsactiviteit van niet-huisartsen 23
2. CONTACTEREN PROEFPERSONEN 24
A. Steekproef 24
B. Telefonisch contact proefpersonen 24
C. Response rate 24
3. ARTSEN (TOTAAL = 18) 25
A. Persoonlijke gegevens 25

B. Persoonlijkheid, tevredenheid en tijdsbesteding 25
1) Belang levenswaarden 25
2) Huidige tevredenheid 26
3) Huidige subjectieve tijdsbesteding 26
C. Gezin en huishouden 27
1) Kinderopvang 27
D. Laatste activiteit als huisarts 27
1) Wachten en verlof 29
2) Nevenfunctie 29
3) Vormen van hulp in de praktijk 29
4) Tevredenheid en tijdsbesteding als huisarts 29
E. Carrièrewending 30
1) Tijdens welke periode heeft u de beslissing genomen dat u geen huisarts meer wou zijn? 30
2) Huidige beroepsactiviteit 31
3) Drie hoofdredenen om niet meer als huisarts te werken 32
4) Welke is volgens u de belangrijkste reden dat velen uit het huisartsenberoep stappen? 32
5) Bijkomende redenen om te stoppen 33
6) Steun van partner, gevoelens en spijt 34
7) Aantrekkelijkheid van het huisartsberoep 34
F. Evolutie tevredenheid, tijdsbesteding en jobtevredenheid 39
1) Tevredenheid 39
2) Tijdsbesteding 39
3) Jobtevredenheid 40
G. Toekomst 41
1) Waarom zou u niet meer voor huisartsgeneeskunde kiezen? 41
2) Onder welke voorwaarden ziet u zichzelf opnieuw als huisarts? Wat zou er moeten veranderen om u opnieuw voor de huisartsgeneeskunde te laten kiezen? 42
4. PARTNERS (TOTAAL = 14) 43
A. Enquête 43
B. Belang levenswaarden partner 43
C. Beroep partner 43
D. Invloed beroep partner 44
E. Drie hoofdredenen om geen huisarts meer te zijn 44
F. Rol van de partner in carrièrewending 45
DISCUSSIE 46
1. ALGEMENE DATABANK 46
A. Aantal stoppers 46
B. Ex-huisartsen: huidige beroepsactiviteit 47
C. Beroepskeuze van huisartsen na afstuderen 47
2. ENQUÊTE 48
A. Inhoudelijke aspecten 48
B. Response rate 48
C. Persoonlijkheid, tevredenheid en tijdsbesteding 49
D. Tevredenheid en tijdsbesteding als huisarts 49
E. Stopredenen 49
F. Nieuwe carrière 50
G. Stopredenen volgens partner van de arts 51
H. Wat moet veranderen in de huisartsgeneeskunde? 51
I. Reversibiliteit beslissing/ toekomstperspectief 51
J. ‘Ideale’ huisartsgeneeskunde 52

K. HAIO-opleiding versus zelfstandig huisarts? 52
3. VERDER ONDERZOEK 53
BESLUIT 54
REFERENTIES 55
BIJLAGEN 58
BIJLAGE I: E-MAIL EN VRAGENLIJST VOOR DE ARTS 58
BIJLAGE II: E-MAIL EN VRAGENLIJST VOOR DE PARTNER VAN DE ARTS .. 73

INLEIDING

Recent werd veel aandacht besteed aan het thema burnout bij huisartsen. Ook verschenen in verschillende landen onderzoeken naar de aantrekkelijkheid van het huisartsenberoep bij studenten geneeskunde. Er is echter nog maar weinig onderzoek gedaan bij de groep van huisartsen die kort na het afstuderen beslist om een andere job uit te oefenen. Deze artsen hebben gekozen voor de tweejarige opleiding tot huisarts, maar tijdens de opleiding of enkele jaren na vestiging komen zij tot de conclusie dat ze het beroep niet meer willen uitoefenen. Het is vooral het verlies van jonge huisartsen dat neerkomt op het grootste aantal verloren huisartsjaren: hoe jonger huisartsen stoppen, hoe meer potentiële jaren als actief huisarts verloren gaan. Het opleiden van huisartsen vergt een hele inspanning, zowel van de huisarts-in-opleiding (HAIO) zelf, als van de praktijkopleider en het Interuniversitair Centrum voor Huisartsgeneeskunde (ICHO). Het is jammer dat deze inspanningen verloren gaan als HAIO's na het afstuderen toch voor een andere job kiezen. Dit betekent een ondoelmatige inzet van hooggespecialiseerde opleiders en een suboptimale aanwending van beschikbare middelen.

Via dit onderzoek wordt de grootte van dit probleem in Vlaanderen nagegaan. Wat zijn de redenen dat recent afgestudeerde huisartsen voor een andere carrière kiezen? Heeft dit te maken met de veeleisendheid van het beroep en de impact op het evenwicht tussen werk en privéleven? Kiezen huisartsen voor een ander beroep vanuit een positieve motivatie (graag een andere job willen doen) of vanuit een negatieve motivatie (geen huisarts meer willen zijn)? Hoe beleven de jonge huisartsen en hun partner deze beslissing en voor welke carrière kiest de ex-huisarts? Wat is het effect van de gemaakte beslissing op de levenskwaliteit van de arts en zijn/haar partner?

Enerzijds wordt via literatuurstudie nagegaan welke gegevens met betrekking tot dit onderwerp bekend zijn, internationaal en specifiek in Vlaanderen. Anderzijds wordt in dit onderzoek de grootte van dit probleem bij recent afgestudeerde huisartsen in Vlaanderen bestudeerd, meer specifiek bij de cohorte van 602 huisartsen die is afgestudeerd in 2005 tot en met 2009 aan het Interuniversitair Centrum voor Huisartsopleiding. Bij al deze huisartsen wordt nagegaan of zij momenteel nog actief zijn als huisarts, en indien niet, welke job zij momenteel uitoefenen. Via een steekproef uit deze populatie van artsen, die één tot zes jaar na het beëindigen van hun HAIO-opleiding geen huisarts meer zijn, kunnen we een beeld vormen van hun motivatieredenen. Het doel van deze studie is een zicht te krijgen op de redenen waarom recent afgestudeerde huisartsen uit het beroep stappen, om nadien besluiten te kunnen formuleren om de aantrekkelijkheid van het huisartsberoep te verbeteren en de juiste maatregelen te kunnen nemen om de actieve jonge huisartsen in het beroep te houden.

Dit onderzoek is gekoppeld aan de masterproeven van mijn mede-HAIO's Lieselot Smet en Evelien Veeckman:

- Hoe beleven jonge mannelijke huisartsen en hun partner de balans tussen werk en privé? (Lieselot Smet)
- Hoe beleven jonge vrouwelijke huisartsen en hun partner de balans tussen werk en privé? (Evelien Veeckman)

In deze studies wordt onderzoek gedaan naar motivatie, evenwicht werk-privéleven en aantrekkelijkheid van het huisartsberoep bij respectievelijk mannelijke en vrouwelijke recent afgestudeerde huisartsen die geselecteerd worden uit dezelfde populatie van huisartsen afgestudeerd in de periode 2005–2009 aan het ICHO.

LITERATUURONDERZOEK

1. VRAAGSTELLING

In deze literatuurstudie wordt nagegaan welke factoren leiden tot een verminderde aantrekkingskracht van het huisartsberoep enerzijds en een verminderde jobtevredenheid en bijgevolg toenemend aantal stoppende huisartsen anderzijds.

Zowel internationale gegevens, als gegevens in Europa en meer specifiek in Vlaanderen worden opgezocht. Welke elementen zorgen ervoor dat studenten steeds minder voor het huisartsberoep kiezen? Wat zorgt ervoor dat oudere artsen een burnout krijgen en uit het beroep stappen? En, meer specifiek voor deze studie, wat zorgt ervoor dat huisartsen na hun tweejarige opleiding er al toe komen om uit het huisartsberoep te stappen?

2. METHODE

Voor deze literatuursearch werd beroep gedaan op verscheidene bronnen: hoofdzakelijk Pubmed, maar ook ISI Web of Science en de grijze literatuur (NIVEL, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, masterproeven van het ICHO, Google, …). Hierbij werd gezocht naar recente artikels die betrekking hebben op jobtevredenheid bij (recent afgestudeerde) huisartsen, carrièrewendingen bij huisartsen en aantrekkelijkheid van het huisartsberoep voor studenten geneeskunde.

In Pubmed werden volgende Mesh terms gebruikt: family physician en family practice (voor artikels tot 2010), general practitioner en general practice (voor artikels na 2010), job satisfaction, career mobility, career choice, career choice regret, burnout, life style, workload, family conflict, sex factors. Hierbij richtte ik mij vooral op artikels na 1990 die interessant waren voor Europa en Vlaanderen. Artikels die handelden over jobtevredenheid in landen die qua gezondheidszorgsysteem te veel verschillen van België (bijvoorbeeld UK door recente hervormingen, Litouwen, Noorwegen, …) werden geëxcludeerd.

Initieel werd vooral naar reviews gezocht. Van interessante artikels werden ook de related articles en referenties nagegaan. Voor de sociologische kant van het onderzoek (o.a. jobtevredenheid, contactmethode enquête, titel van de e-mail, ideaal tijdstip van herinneringse-mail) werd beroep gedaan op ISI Web of Science.

3. RESULTATEN

A. Internationaal

1) Huisartsberoep

Het gros van de internationale instellingen beschouwt de huisarts als het hart van de gezondheidszorg. Huisartsen spelen in de gezondheidszorg een centrale rol. Zij zijn persoonsgeoriënteerde artsen, verantwoordelijk voor het verlenen van integrale en continue zorg aan ieder individu dat medische hulp zoekt, ongeacht leeftijd, sekse of aandoening. Huisartsen bevorderen de gezondheid van de gemeenschap en zorgen voor een efficiënt gebruik van financiële middelen voor de gezondheidszorg (Europese Wonca definitie)[1]. Een recent Amerikaans cross-sectioneel onderzoek ondersteunt de hypothese dat een groter aantal eerstelijnsartsen leidt tot gezondere patiënten[2].

Enerzijds stellen we vast dat studenten geneeskunde niet enthousiast zijn om in de eerstelijnsgezondheidszorg te stappen. Anderzijds keren huisartsen zelf hun beroep de rug toe[3]. Deze laatste groep kunnen we onderverdelen in artsen die na jarenlange beroepservaring beslissen om uit het beroep te stappen en aan de andere kant jong opgeleide huisartsen die het beroep nooit uitoefenen of er na enkele jaren terug uitstappen.

2) Burnout

De laatste jaren is er een toename van burnout bij huisartsen. Burnout staat voor professionele uitputting. Jobtevredenheid speelt hierbij een belangrijke rol. Het syndroom van burnout is multifactorieel. Het is een proces dat gewoonlijk wordt onderverdeeld in verschillende dimensies zoals beschreven door Maslach *et al.*: emotionele uitputting (gebrek aan motivatie en enthousiasme voor het werk en een gevoel dat alles onoverkomelijk is), depersonalisatie (onpersoonlijke, afstandelijke houding, cynische kijk) en een gevoel van verminderde persoonlijke verwezenlijking (gebrek aan zelfachting, gevoel van nutteloosheid en van incompetentie). Het verstoort de geestelijke en lichamelijke gezondheid, de sociale relaties en de beroepsactiviteiten[4].

Artsen zijn mogelijkerwijs kwetsbaar voor burnout. Deze kwetsbaarheid wordt veroorzaakt door de aard van hun werk, door de relatie met de patiënten, waarbij de verwachtingen en de verzoeken toenemen en vaak de medische sfeer overstijgen (sociale, familiale of economische problemen), door hun zeer grote professionele inzet en door de noodzaak om de zorgcontinuïteit te waarborgen aan de bevolking ook al zit de context niet mee. Bovendien zijn huisartsen geneigd hun persoonlijk welzijn, en zelfs hun eigen gezondheid, te verwaarlozen en hun problemen te ontkennen. Ze doen vaak aan zelfbehandeling en zijn terughoudend om een collega te raadplegen. Omdat de meesten echter zelfstandigen zijn, hebben ze geen toegang tot de structuren van preventieve geneeskunde zoals de arbeidsgeneeskunde en aarzelen ze om hun beroepsactiviteit te onderbreken om gezondheidsredenen, gezien de moeilijkheid om vervanging te vinden en het niet-gecompenseerde inkomstenverlies[5].

Uit de EGPRN studie blijkt dat burnout een belangrijk probleem is bij huisartsen in Europa (twaalf Europese landen werden onderzocht). De studie onderzocht de drie peilers van burnout, namelijk emotionele uitputting, depersonalisatie en verminderde persoonlijke verwezenlijking. Slechts 35 % van de respondenten scoorde in geen enkele dimensie van

burnout hoog. Hoge burnout was gerelateerd aan factoren eigen aan het land van herkomst, lage jobtevredenheid, uitgedrukte wens om van job te veranderen, gebruik/misbruik van alcohol, tabak en psychotrope medicatie, ziekteverzuim, jongere leeftijd, mannelijk geslacht en type werk[6].

Uit een literatuurstudie, uitgevoerd in het KCE rapport 165A, blijkt dat er talrijke factoren zijn die met een burnout bij huisartsen worden geassocieerd, die zijn in te delen in drie categorieën:

- de individuele factoren, zoals de sociaal-demografische kenmerken van de artsen (geslacht, leeftijd, burgerlijke stand, aantal kinderen, enz.), hun loopbaan, hun psychologische kenmerken, het gebruik van verslavende middelen, de manier waarop ze met stress omgaan en de sociale ondersteuning waarop ze al dan niet een beroep kunnen doen;
- de intrinsieke factoren**,** die samenhangen met het beoefenen van de geneeskunde. Het betreft de relatie met patiënten, de verantwoordelijkheid bij het stellen van een diagnose, de keuze van een behandeling en het nemen van medische beslissingen in het algemeen, vaak als geïsoleerde autoriteit, en de factoren met betrekking tot beroepsstress;
- de extrinsieke factoren, die samenhangen met de werkomgeving en de organisatie van het beroep. Het gaat om factoren met betrekking tot de werklast, het evenwicht tussen privéleven en beroepsleven, permanente vorming, relaties met andere professionele zorgverleners, de organisatie en de locatie van de praktijk, financiële en juridische aspecten en tenslotte het gezondheidszorgsysteem waarbinnen de huisarts functioneert. Hierbij wordt geen oorzakelijk verband gevonden, het gaat eerder om een statistische correlatie[5].

Balint groepen kunnen huisartsen helpen om te volharden in hun job en meer plezier te vinden in het contact met patiënten. Voor sommige huisartsen is dit een effectieve manier om met een veeleisend werkleven om te gaan en burnout te voorkomen[7].

3) Jobtevredenheid

Gezien de toegenomen prevalentie van burnout bij huisartsen, is het belangrijk een inzicht te hebben in de factoren die een invloed hebben op de jobtevredenheid bij huisartsen, om knelpunten te kunnen aanpakken. Uit de literatuur blijkt dat vooral de inhoud van de job als huisarts de jobtevredenheid verhoogt, maar dat de tewerkstellingscondities de jobtevredenheid verlagen. Factoren die de jobtevredenheid van huisartsen verlagen, zijn: laag inkomen, te veel werkuren, administratieve rompslomp, zware werklast, tijdsgebrek, gebrek aan erkenning en psychische belasting. Daarentegen zijn de diversiteit van het werk, de relatie en het contact met collega's, en betrokkenheid bij de opleiding van studenten factoren die de tevredenheid van huisartsen in het werk doen toenemen[8-9]. In het licht van het tekort aan huisartsen is het belangrijk aandacht te hebben voor verbetering op het vlak van betaling en werkconditie[9].

Het belang van jobtevredenheid en werklast blijkt des te meer uit de invloed op de werkstijl van huisartsen: het soort interventies die door de huisarts worden uitgevoerd, communicatiestijl, duur van consultaties, beslissing om een probleem dieper te exploreren of de consultatie te eindigen met een verwijzing of voorschrift, en het plannen van herhaalconsultaties. Er is een positieve relatie tussen jobtevredenheid en de kwaliteit van het werk dat huisartsen leveren. Ook de kwaliteit van de arts-patiëntrelatie blijkt beïnvloed te zijn door de werklast[10].

a) Evenwicht werk-privéleven

Vooral huisartsen van de jongere generatie en vrouwelijke huisartsen prioritiseren meer en meer het evenwicht tussen werk en privéleven (*work-life balance*). Dit is dan ook de reden dat studenten minder voor huisarts als specialisatie kiezen en vormt vaak ook een reden voor oudere artsen om vroeger met pensioen te gaan. Een goed werk-privé evenwicht is geassocieerd met flexibele werkuren, mogelijkheid tot vrije tijd en een goede gezondheid. Daarentegen wordt moeilijkheid om vrij te nemen, onvoorspelbare en lange uren werken geassocieerd met een slechte balans tussen werk en privéleven. Vaak is zo'n slechte balans geassocieerd met een toegenomen intentie om de totale werkuren te reduceren[11].

In een Amerikaanse studie bij chirurgen, bleken werk-thuis conflicten een majeure bijdrage te leveren tot burnout. Factoren onafhankelijk geassocieerd met burnout waren recente werk-thuis conflicten, het oplossen van de meest recente werk-thuis conflicten in het voordeel van het werk en het aantal uren werken per week[12]. Niet alleen bij chirurgen, maar ook bij andere specialiteiten blijkt het belang van deze factoren in het ontstaan van burnout[13]. Een goede werk-privé balans is dus van belang om een grotere participatie van huisartsen aan het werkgebeuren stimuleren, zowel door het aantrekken van jonge huisartsen als door het voorkomen van burnout[11].

b) Artsenkoppels

Het komt vaak voor dat beide partners artsen zijn. Chirurgen met een arts als partner hebben grotere moeilijkheden om hun persoonlijk en professioneel leven in evenwicht te houden dan chirurgen met een partner die geen arts is of een partner die thuisblijft. Dit werd geconcludeerd in een Amerikaans onderzoek. Hieruit bleek dat chirurgen getrouwd met een arts meer geneigd waren om hun kinderwens uit te stellen en geloofden dat het opbrengen van kinderen hun carrièrevooruitgang vertraagd had. Zij hadden subjectief minder tijd voor hun persoonlijk en gezinsleven, vergeleken met collega's wiens partner geen arts was of thuisbleef. Artsen getrouwd of in een relatie met een andere arts zijn meer geneigd om depressieve symptomen te vertonen en een lage mentale *quality of life* te hebben[14]. Studies over huisartsenkoppels werden niet teruggevonden.

c) Gender

Het etiologisch proces van burnout verschilt tussen mannen en vrouwen: bij mannen wordt het getriggerd door depersonalisatie, terwijl het bij de vrouw vaker getriggerd wordt door emotionele uitputting[15].

Vrouwelijke chirurgen blijken meer werk-thuis conflicten te ervaren dan mannen. Vrouwen hebben ook meer burnout en depressieve symptomen dan mannen[12]. Daarnaast blijkt dat zij ook minder steun rondom zich hebben, zoals steun van ouders, echtelijke steun in het huishouden en ondersteuning door collega's. Het is aangetoond dat een gebrek aan dit soort steun geassocieerd is met een hoger niveau van werk-thuis conflicten[16].

Ondanks het feit dat vrouwen meer werk-thuis conflicten ervaren en minder steun rondom zich hebben, blijken zij wel meer tevreden over hun werk, wat ook werd vastgesteld in een Duitse studie naar arbeidstevredenheid bij huisartsen[9].

4) Onderzoek bij recent afgestudeerde huisartsen

Er is slechts heel weinig onderzoek bij recent afgestudeerde huisartsen. Lemkau *et al.* onderzochten in de USA bij vijftig recent gestarte huisartsen of deze spijt hadden van hun carrièrekeuze. 52 % rapporteerde dat zij zeker opnieuw een medische carrière zouden kiezen, 70 % beweerde dat zij opnieuw voor huisartsgeneeskunde zouden kiezen. Er was een significante relatie tussen emotionele uitputting (gerelateerd aan burnout) en vele uren werken. Degenen die kinderen hadden en degenen met meerdere kinderen onder de vijf jaar vertoonden minder depersonalisatie (ook gerelateerd aan burnout). Uit dit onderzoek bleek ook dat burnout minder prevalent was bij recent afgestudeerde huisartsen dan bij degenen die nog in opleiding waren. Vooral de overweldigende tijdrovendheid van de job werd als een uitlokkende factor van uitputting gezien[17].

5) Keuze voor huisartsgeneeskunde

Het percentage jong afgestudeerde artsen dat voor huisartsgeneeskunde kiest, neemt de laatste tien jaar af. Vele Europese landen worden geconfronteerd met een dalende en vergrijzende huisartsenpopulatie. Onder andere in Zwitserland en Duitsland worden pogingen ondernomen om het huisartsberoep te promoten, en aldus wordt onderzoek gedaan naar de aantrekkelijkheid van het huisartsberoep bij studenten geneeskunde. Factoren die van belang zijn in de keuze voor huisartsgeneeskunde boven een andere medische carrière zijn: variatie binnen het beroep, de korte duur van opleiding, socio-demografische factoren, individuele factoren (o.a. patiëntoriëntatie), persoonlijke ervaring in huisartspraktijken en een vertrouwensrelatie met huisartsen tijdens de opleiding. Het laag niveau van beheersbaarheid van de huisartsgeneeskunde schrikt studenten af. De grootste obstakels tot vestiging zijn de hoge kosten om een praktijk te starten en de beperkte beschikbaarheid van praktijklicenties. Familiale beperkingen en condities die een goede werk-privé balans bevorderen zijn doorslaggevend voor de praktijklocatie. Beslissend voor de praktijkvorm zijn persoonlijke en professionele relaties met huisartsen en het potentieel voor flexibele werkuren[18]. Men kan dus besluiten dat betere jobomstandigheden in termen van compatibiliteit met een gezin en werk-privé evenwicht, niet alleen helpen in het voorkomen van burnout maar ook om de aantrekkelijkheid van het huisartsberoep te vergroten[11,19].

B. <u>Vlaanderen</u>

De vraag die wij in dit onderzoek beantwoord willen zien, is hoe de toestand in Vlaanderen is, en wat de redenen voor Vlaamse recent afgestudeerde huisartsen zijn om vroegtijdig uit het beroep te stappen. Ook in Vlaanderen is er een dreigend tekort aan huisartsen. Beleidvoerders voorspellen dat we in België afstevenen op een relatief en/of absoluut huisartsentekort waardoor belangrijke veranderingen in de organisatie van de Belgische eerstelijnsgeneeskunde noodzakelijk zijn. Twee rapporten van het Federaal Kenniscentrum (KCE rapport 76A en KCE rapport C) en statistische gegevens van het RIZIV en de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid geven een betere kijk op het artsenbestand in België[20-23].

1) Recente veranderingen in het huisartsberoep

Het huisartsberoep is de laatste jaren enorm geëvolueerd. Enerzijds zijn de demografische veranderingen van belang: een groot deel van de huisartsen in België is ouder dan vijftig jaar en zal binnen niet aanzienlijke tijd zijn huisartsactiviteit stopzetten[22]. Hun functie zal moeten worden overgenomen door jong afgestudeerde artsen, die steeds meer kiezen voor een evenwicht tussen hun professionele en privéleven. Het beroep vervrouwelijkt: bij de recent afgestudeerde huisartsen zien we een verdeling van twee derde vrouwen en één derde mannen. Hieruit volgt vaker de wens om de job deeltijds uit te oefenen, wat leidt tot een arbeidstijdvermindering binnen het beroep. Vrouwelijke studenten hechten significant meer waarde aan het aspect "tijd voor het gezin"[24]. Bovenstaande factoren leiden ertoe dat het huisartsberoep meer en meer een andere invulling krijgt: er wordt nog zelden gekozen om een solopraktijk op te starten, huisartsen werken meer en meer samen in groepspraktijken. Georganiseerde wachtdiensten worden ingevoerd.

Anderzijds is er een evolutie in de status van de arts, met name de huisarts in de maatschappij. De houding en verwachtingen van de patiënt zijn veranderd, en deze gedraagt zich meer en meer als een mondige consument[5]. Ze zijn niet alleen mondiger, maar ook kritischer, en genieten van toegenomen legale protectie. Daarnaast zijn ze beter geïnformeerd sinds het Internet[8]. Verder is er de explosie van kennis en technologie in de geneeskunde, waarbij dan nog de vaak omslachtige administratieve taken komen. Dit zijn allemaal factoren die het er voor de huisarts niet gemakkelijker op maken[5]. Tot slot wordt ook heel veel waarde gehecht aan de kwaliteit en internationale erkenning van de opleiding. Huisartsgeneeskunde is een specialisatie op zich, een master na master.

2) Aantrekkingskracht huisartsgeneeskunde

In België is er een dalende attractiviteit van de huisartsenspecialisatie. Jarenlang was de interesse voor huisartsgeneeskunde bij studenten geneeskunde kleiner dan het aantal opleidingsplaatsen dat beschikbaar was volgens het contingent[25]. In een onderzoek bij 304 studenten geneeskunde van de Universiteit Gent werd vastgesteld dat de aspecten die het meest doorwegen in het maken van een carrièrekeuze, de volgende zijn: werksfeer, tijd voor het gezin en variatie in het werk[24]. Het blijkt echter dat het beeld dat studenten hebben over hun toekomstige carrière, niet geheel overeenstemt met de realiteit. Vooral de werkdruk van huisartsen blijken studenten zwaarder in te schatten dan de inschatting die de artsen zelf maken[26]. Uit een jaarlijkse bevraging bij masterstudenten geneeskunde blijkt dat de interesse in huisartsgeneeskunde doorheen de masterjaren stabiel blijft, ongeveer 25 %[25].

In de aantrekking van het huisartsberoep in Vlaanderen vinden we globaal dezelfde elementen als in de internationale literatuur terug: naast de medische faculteiten spelen persoonlijke en psychosociale factoren een sterke rol (relaties met patiënten, contact met andere collega's, verscheidenheid van de taken, …), alsook factoren die betrekking hebben op professionele identiteit (autonomie) en levensstijl (flexibiliteit van het werk). Toekomstige huisartsen nemen de mogelijkheden voor hun familie in overweging wanneer ze een vestigingsplaats zoeken[3]. Een vroeg contact met de huisartsgeneeskunde, waarbij goede en motiverende stageplaatsen cruciaal zijn, zou een positief effect hebben op de interesse in de huisartsgeneeskunde[3,27].

3) Beroepstrouw Vlaamse huisartsen

a) Tevredenheid

Uit een onderzoek van Ryssaert *et al.* in 2009 blijkt dat huisartsen in Nederlandstalig België in de leeftijdscategorie 30-39 jaar hun levenskwaliteit een gemiddelde score van 7,6 op 10 geven. Deze huisartsen zijn tevreden over het werk op zich, doch minder tevreden over de werkdruk. Meer dan 10 % van de huisartsen had zich bij nader inzien liever toegelegd op een andere specialisatie. Beroepsliefde, professionele bevrediging, verantwoordelijkheid tegenover patiënten en financiële redenen blijken bij deze huisartsen de belangrijkste interne motivators. 17 % van de huisartsen in de studie blijkt al één of meerdere keren last te hebben gehad van een burnout. De helft van de huisartsen verlangt meer tijd voor zichzelf en persoonlijke interesses[28].

b) Cijfergegevens beroepstrouw

Uit de longitudinale follow-up studie in de CIPMP database blijkt dat het aandeel huisartsen dat vier tot zes jaar na het behalen van hun huisartsdiploma inactief was in de curatieve sector steeg van 12,7 % (1994) tot 19,2 % (2005). De percentages inactiviteit waren bij vrouwen iets hoger dan bij mannen. In 1999 had 7,5 % van de huisartsen die negen tot elf jaar voordien afgestudeerd waren (1988-1990) en die vier tot zes jaar na het behalen van hun diploma nog actief waren, de curatieve sector verlaten. In 2005 steeg dit percentage (afgestudeerd 1993-1995) tot 14,6 %[3].

Van Baelen *et al.* deden in het verleden een onderzoek naar carrièremobiliteit bij Vlaamse huisartsen. Van de groep artsen, afgestudeerd in Vlaanderen in 1990 in de richting huisartsgeneeskunde, bleek (uit een schriftelijke enquête, responsratio 71 %), dat na vijf jaar nog 52,4 % huisartsgeneeskunde als hoofdberoep uitoefent, een afname vergelijking met de promotie van 1985, en dit vooral bij de vrouwelijke afgestudeerden. De auteurs menen dat voor mannen de keuze van de afstudeerrichting “huisartsgeneeskunde” vaak een voorlopige keuze is (springplank naar een uitgestelde specialisatie), en dat vrouwen kiezen voor de uitoefening van een medisch beroep dat combineerbaar is met een gezinsleven. Dit artikel formuleert ook het concept deeltijdse huisartsfuncties in een voltijdse praktijk in plaats van voltijdse huisartspraktijk. Vrouwen kiezen vaker voor deeltijdse banen[29].

c) Beroepstrouw

Uit onderzoek bij Belgische huisartsen blijken volgende factoren de belangrijkste invloed te hebben op beroepstrouw: moeilijke werkomstandigheden (bv. werkbelasting, flexibiliteit van het uurrooster), evenwicht tussen werk en gezin, inkomensniveau, professionele ondersteuning (bv. ondersteuning door specialisten, opleidingsmogelijkheden, plaatselijke ziekenhuizen) en omkadering voor de familie (bv. vrije tijd, culturele en schoolactiviteiten)[3].

De voornaamste redenen bij huisartsen van 30-49 jaar die hun praktijk verlaten hadden, waren de moeilijke werkomstandigheden, die interfereerden met hun privéleven en professionele ontwikkeling: een gebrek aan jobcontrole, stresserende situaties, een hoge werkbelasting en moeilijke relaties met patiënten en/of met andere huisartsen. Sommigen maakten een positieve keuze voor een andere carrière. Financiële aspecten werden niet vermeld als een majeure reden[3].

d) Veranderingen in de Belgische huisartsgeneeskunde: suggesties van gestopte huisartsen versus stakeholders

Concrete suggesties die geïnterviewde huisartsen uit het KCE rapport 90A zelf formuleerden ter bevordering van de beroepstrouw zijn de volgende: promotie van groepspraktijken, organisatie van wachtdiensten, financiële ondersteuning van de praktijken, continue medische opleidingen tijdens de werkuren en een verbeterde huisartsenopleiding[3].

Enerzijds zijn de Belgische "stakeholders" het erover eens dat, vanuit het standpunt van de huisarts, levenskwaliteit en een beter evenwicht tussen werk en privéleven van zeer groot belang zijn om het aantrekken en werven van huisartsen te verbeteren. Anderzijds scoren maatregelen die dit evenwicht tussen werk en privéleven moeten verbeteren (bv. deeltijds werken) eerder matig, omdat deze een negatieve invloed kunnen hebben op de toegankelijkheid en de kosten voor de gemeenschap. Er is dus een discrepantie tussen wat huisartsen willen en de voorkeur van de stakeholders.

Het KCE rapport 90A besluit met aanbevelingen om de aantrekkingskracht en beroepstrouw van het huisartsberoep te bevorderen: deze zijn verspreid over initiatieven op het niveau van de medische faculteiten, initiatieven om de werkomstandigheden te verbeteren en initiatieven om de financiële omstandigheden te verbeteren.

4) Burnout

Burnout bij huisartsen is zowel in het buitenland als hier een thema dat grote zorgen baart. Burnout bij een arts tast immers niet alleen zijn eigen gezondheid aan, maar bedreigt ook onrechtstreeks de gezondheid van patiënten. Er bestaat geen enkele goede studie over de prevalentie van burnout bij Belgische artsen. De "Fédération des maisons médicales" schatte in 2005 dat 10 % van de huisartsen aan burnout leden[30].

In het KCE rapport 165A worden concrete aanbevelingen geformuleerd betreffende de preventie en aanpak van burnout bij huisartsen: om de professionele verplichtingen en individuele bescherming in evenwicht te brengen stelt het KCE bijvoorbeeld voor om een goede gezondheidszorg voor huisartsen te organiseren (bijvoorbeeld een eigen huisarts voor elke huisarts of een gezondheidsprogramma voor huisartsen volgens het model van de arbeidsgeneeskunde) en om de sociale bescherming van de huisartsen te verbeteren. Ook worden in dit KCE rapport aanbevelingen geformuleerd om huisartsen meer controle te laten krijgen over hun beroepsactiviteit: de flexibiliteit van de uurroosters, de lange werkdagen, de opvang van spoedgevallen en het moeilijke evenwicht tussen privé- en beroepsleven zijn factoren die kunnen bijdragen tot een burnout. Dit verklaart waarom sommige technieken van time management een gunstige invloed blijken te hebben en worden aanbevolen als preventieve maatregel. Maatregelen om de overbelasting van huisartsen te vermijden en leren omgaan met stress maken tevens deel uit van de actielijnen ter preventie van burnout[5].

4. BESLUIT

Huisartsen spelen een belangrijke rol als eerste schakel in de gezondheidszorg. We zien dat er in vele landen een tekort aan huisartsen dreigt te ontstaan. Een groot deel van de huisartsen is ouder dan vijftig jaar en zal vervangen worden door jong opgeleide huisartsen[22]. Een toenemend percentage van huisartsen stopt als gevolg van burnout[6]. De aantrekking van het huisartsberoep bij studenten staat op een laag pitje. Daarnaast stopt een deel van de jonge huisartsen om verschillende redenen. Het is belangrijk om aandacht te besteden aan het aantrekken en behouden van jonge huisartsen en veranderingen in de Belgische huisartsgeneeskunde te implementeren.

In de aantrekking van jonge huisartsen spelen zowel individuele factoren als persoonlijke ervaring in huisartspraktijken en een vertrouwensrelatie met huisartsen tijdens de opleiding een rol. Jonge huisartsen hechten steeds meer belang aan werk-privé evenwicht[18-19,24]. Het is ook aangetoond dat werk-thuis conflicten een majeure bijdrage leveren tot burnout[12-13]. De inhoud van het huisartsberoep op zich verhoogt de jobtevredenheid. Het zijn vooral de werkomstandigheden die een negatief effect hebben op de jobtevredenheid en bijgevolg een risico op burnout met zich meedragen, zoals het lage inkomen, de zware werklast, de vele werkuren, administratieve rompslomp, tijdsgebrek en gebrek aan erkenning[8-9].

Mogelijke maatregelen ter bevordering van de aantrekking en beroepstrouw van de huisartsgeneeskunde in België situeren zich op niveau van de medische faculteiten, initiatieven om de werkomstandigheden te verbeteren en initiatieven om de financiële omstandigheden te verbeteren. Ter preventie van burnout is een goede gezondheidszorg en sociale bescherming van huisartsen belangrijk, alsook maatregelen om het werk-privé evenwicht te bevorderen[3,5].

Er zijn nog maar weinig gegevens bekend over recent afgestudeerde huisartsen en hun redenen om uit het beroep te stappen. Ook de rol van de partners van huisartsen werd zelden bestudeerd.

ONDERZOEKSMETHODIEK

1. DOELPOPULATIE

Dit onderzoek betreft de huisartsen die kort na het beëindigen van hun HAIO-opleiding besluiten om niet meer als huisarts te werken. We gingen ervan uit dat deze beslissing meestal valt binnen het jaar na afstuderen en besloten dus om artsen te rekruteren die minstens één en maximum zes jaar zijn afgestudeerd: concreet betekent dit de huisartsen afgestudeerd van 2005 tot en met 2009. De voorkeur ging uit naar een kwantitatief onderzoek. Dit vooral om cijfergegevens te kunnen verzamelen over deze groep huisartsen bij wie nog maar weinig onderzoek is gebeurd. We maakten uiteindelijk ook de keuze om met enquêtes te werken in plaats van interviews te doen.

2. ALGEMENE DATABANK

We stelden een algemene databank op van de huisartsen afgestudeerd van 2005 tot en met 2009 en zochten van elke huisarts de huidige beroepsactiviteit op. We vertrokken hierbij van de lijst van afgestudeerden, verkregen van het ICHO. Deze lijst telde 602 huisartsen. Van het ICHO ontvingen we ook cijfergegevens over het aantal artsen dat tijdens de HAIO-opleiding afhaakten of niet geslaagd waren en anders zouden afgestudeerd zijn in de periode 2005-2009.

Om de huidige beroepsactiviteit te weten te komen, voornamelijk het al dan niet werken als huisarts, deden we beroep op verscheidene officiële instanties, doch kregen weinig medewerking. Van twee provinciale ordes verkregen we een ledenlijst. De Erkenningscommissie, het RIZIV, Domus Medica en Mediwacht konden ons heel beperkte informatie leveren onder strikte voorwaarden, die voor ons onmogelijk waren, of waardoor de informatie niet meer nuttig was.

Uiteindelijk besloten we ons te baseren op vrije beschikbare informatie: de ledenlijsten van de provinciale ordes, de website van de Nationale Raad (Ordomedic), Mediwacht, websites van huisartsenkringen, Internet, etc.[31-32]. Alle 602 huisartsen werden onderverdeeld in de volgende categorieën.

Huisarts

Artsen werden als “actief huisarts” bestempeld, als we bewijs van huisartsactiviteit terugvonden in minstens twee van volgende bronnen:

- Ledenlijst Provinciale Orde
- Mediwacht
- website van de huisartsenkring (indien deze niet deelneemt aan Mediwacht)
- heel recente website van een huisartspraktijk (geüpdatet in 2011)
- telefonisch bevestigde activiteit/ actief antwoordapparaat

Geen huisarts

Volgende artsen werden bestempeld als inactief huisarts:

- Indien duidelijk bleek uit de ledenlijst van de Provinciale Orde én de website van de Nationale Raad dat deze persoon een andere job/ specialisatie uitoefent.
- Indien na telefonisch informeren werd bevestigd dat deze persoon niet meer actief was als huisarts.

Geen evidentie

Indien van bepaalde artsen geen evidentie werd teruggevonden, werd alsnog geprobeerd telefonisch te informeren of deze persoon nog werkzaam was als huisarts. Telefoonnummers uit de ledenlijst van de Provinciale Orde, of op Ordomedic of Internet gevonden, werden gebruikt.

Niet in Vlaanderen

Van sommige artsen vonden we in de ledenlijst van de Orde, via Ordomedic of via Internet terug dat ze zich in het buitenland bevonden.

3. OPSTELLEN ENQUËTE

Voor de volledige vragenlijsten, zie bijlage I en II.

De topics, behandeld bij arts en partner zijn opgesomd in tabel 1.

Tabel 1: bevraagde topics bij arts en partner in de vragenlijsten

Arts	**Partner**
Persoonlijkheid	Eigen ambities en persoonlijkheid partner
Organisatie huishouden	Organisatie huishouden
Laatste huisartsactiviteit	Huidige job
Carrièrewending	Carrièrewending partner
Huidige jobtevredenheid	
Persoonlijke gegevens	Persoonlijke gegevens

Om de aantrekkelijkheid van het huisartsberoep te evalueren, werd gebruik gemaakt van de verschillende competentiegebieden van de huisarts volgens CanMeds[33].

1. medical expert and decisionmaker (medisch handelen)
2. communicator (communicatie)
3. collaborator (samenwerking)
4. manager (organisatie)
5. health advocate (maatschappelijk handelen)
6. scholar (kennis en wetenschap)
7. professional (professionaliteit)

4. PILOOTSTUDIE

De bedoeling van de pilootstudie was het optimaliseren van de vragenlijst om bij de definitieve vragenlijst zo weinig mogelijk opmerkingen of problemen te weerhouden.

De pilootstudie werd uitgevoerd bij drie gestopte huisartsen en hun partner (waarvan één deel uitmaakte van de steekproef), bij twee huisartsen en hun partner, bij één huisarts, bij één specialist en haar partner, en bij één specialist.

De vragenlijst werd ingevuld in aanwezigheid van de onderzoeker en er werd gevraagd om kritisch te zijn op alle vlakken: inhoudelijk, formulering van vragen, eventuele spel- of grammaticale fouten, onduidelijkheden, voorstel tot extra vragen, totaliteit van de vragenlijst (tijdsduur, niet te vermoeiend, …), volgorde van vragen, …

Opmerkingen konden bij voorkeur onmiddellijk of na afronden van de vragenlijst worden besproken. De onderzoeker vermeldde ook dat de vragenlijst anoniem was – de ondervraagden mochten de vragenlijst achteraf zelf bijhouden.

De belangrijkste opmerkingen uit de pilootstudie hadden betrekking tot:

- anonimiteit: de meeste deelnemers van de pilootstudie benadrukten het belang van anonimiteit van het onderzoek, zowel naar de onderzoeker toe als tussen de partners onderling;
- onduidelijkheden bij bepaalde vragen;
- probleem van tabellen bij navragen taakverdeling in het huishouden en opvang van de kinderen: gezien de grote moeilijkheden die de meeste deelnemers ondervonden bij het inschatten van de taakverdeling volgens het aantal dagen, werden deze tabellen vereenvoudigd naar “wie vangt de kinderen meestal op/ wie voert meestal volgende taken uit”;
- bij het aanduiden van de redenen om geen huisarts meer te zijn, werd als gevolg van de pilootstudie besloten om de proefpersonen eerst hun drie voornaamste redenen te laten omschrijven als antwoord op een open vraag, vooraleer een lijst met redenen te laten verschijnen waarop ze items kunnen aanvinken. Dit omdat de lijst te suggestief kon zijn en niet de meest eerlijke of voor die persoon belangrijkste reden zou weergeven.

5. INTERNETENQUÊTE

De enquêtes werden opgesteld aan de hand van de website www.enquetemaken.be. De enquêtes werden door de onderzoekers telkens opnieuw ingevuld tot er geen opmerkingen/ fouten te weerhouden waren. Er werd voornamelijk gebruik gemaakt van meerkeuzevragen (al dan niet meerdere antwoorden mogelijk, naargelang het type vraag), in combinatie met enkele open vragen.

6. STEEKPROEF

Uit de algemene databank bleek dat 66 huisartsen niet meer actief zijn als huisarts. Uit deze populatie werd via randomisatie een steekproef van 50 artsen genomen. Deze 50 artsen werden telefonisch gecontacteerd om toestemming te vragen tot deelname aan onze internetenquête.

Telefoonnummers werden verzameld via de website van de nationale raad (www.ordomedic.be), ledenlijsten van de orde of een aangepaste zoekmethode indien voornoemde bronnen niet beschikbaar of onjuist bleken te zijn (Google, telefoonnummer voormalige praktijkopleider, …).

7. TELEFONISCH CONTACT

De proefpersonen werden opgebeld op hun huidige werkplaats indien dit telefoonnummer beschikbaar was. Indien dit telefoonnummer niet ter beschikking was, werden ze in volgorde opgebeld op hun gsmnummer of privénummer. Elk nummer werd maximaal vier maal geprobeerd op verschillende tijdstippen, tenzij er een duidelijke vraag was (door secretariaat, etc.) om terug te bellen op een ander tijdstip. Bij het horen van een voicemail werd een kort bericht ingesproken met de vraag de onderzoeker terug te bellen.

Tijdens het telefoongesprek stelde de onderzoeker zich kort voor, vroeg of zij niet stoorde, legde kort de bedoeling van de masterproef uit en vroeg of de persoon en zijn/haar eventuele

partner bereid waren om de internetenquête in te vullen. Bij akkoord gaf de arts zijn/haar e-mailadres door en eventueel dat van zijn/haar partner, of vroeg om de enquête bestemd voor de partner ook naar hem/haar te sturen, zodat hij/zij die zelf kon doorsturen naar zijn/haar partner.

De enquêtes werden begin november verstuurd. Op 25 december werd een herinneringse-mail gestuurd naar de personen van wie we nog geen resultaat hadden ontvangen, met de vraag de enquête alsnog in te vullen. Op 15 januari 2012 werd de enquête afgesloten.

Bij het verkrijgen van dubbele codes of verkeerd ingevulde vragenlijsten (bijvoorbeeld arts heeft de vragenlijst van de partner ingevuld), contacteerden we onze onafhankelijke tussenpersoon (zie verder) met de vraag om de betreffende proefpersoon te mailen om de juiste vragenlijst in te vullen.

8. DEFINITIE PARTNER

Het begrip “partner” werd op twee manieren gedefinieerd. Vooreerst vroegen we de arts aan de telefoon of hij/zij een partner heeft. Als de arts in de enquête zelf ook “ja” antwoordde op de vraag “woont u samen met u partner”, dan beschouwden we deze als een partner die we konden includeren in ons onderzoek.

9. ANONIMITEIT

Aan de proefpersonen werd meegedeeld – en dit stond ook uitdrukkelijk vermeld in de informed consent – dat de enquête in absolute anonimiteit gebeurde.

Achteraf kan de onderzoeker enkel de resultaten van arts en partner aan elkaar koppelen, maar niet weten van wie die afkomstig zijn. Arts en partner kunnen ook elkaars resultaten niet inkijken.

Dit alles werd bekomen door met een onafhankelijke tussenpersoon te werken: een assistent-specialist in opleiding met het attest Good Clinical Practice. Wekelijks werden de via telefoon verkregen e-mailadressen doorgegeven aan deze tussenpersoon, die aan elke persoon een persoonlijke code toekende. Om de internetenquête in te vullen, moesten de proefpersonen een wachtwoord en persoonlijke code invullen.

10. INGEVULDE ENQUÊTES

Als resultaten verkregen we de ingevulde vragenlijst, zonder naam van de arts of de partner, maar enkel gekoppeld aan een persoonlijke code, voorafgegaan door een A voor de arts en een P voor de partner.

Hiermee werd een volledig nieuwe databank opgesteld. Het was namelijk niet de bedoeling de resultaten te koppelen aan de algemene databank, maar via een betrouwbare steekproef een beeld te krijgen van de motivatie en het werk-privé evenwicht van de 66 artsen die momenteel geen huisarts meer zijn.

11. STATISTIEK

Alle resultaten werden ingebracht in SPPS 13.0. De resultaten van de artsen en van de partners werden op een beschrijvende manier verwerkt. Grafieken werden verkregen via Excel. Nadien werden de gepaarde koppels in een nieuwe databank samengevoegd.

RESULTATEN

1. ALGEMENE DATABANK – DOELPOPULATIE

De databank telt 602 huisartsen, afgestudeerd van 2005 t.e.m. 2009 aan het ICHO. Deze bestaat uit ongeveer een derde mannen en twee derde vrouwen (208 mannen versus 394 vrouwen). De huidige beroepsactiviteit van elke arts werd nagegaan. 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 % bevond zich op het moment van opstellen van de databank niet in Vlaanderen of was niet terug te vinden. (zie tabel 2)

De populatie die onderwerp was van mijn onderzoek, is de groep van 66 artsen die niet meer werkzaam is als huisarts.

Tabel 2: algemene databank met huidige beroepsactiviteit

Huisartsen afgestudeerd in 2005-2009	**Man**	**Vrouw**	**Totaal**
Werkzaam als huisarts in Vlaanderen	172 (34,5 %)	326 (65,5 %)	498 (82,7 %)
Niet meer werkzaam als huisarts	**21 (31,8 %)**	**45 (68,2 %)**	**66 (11 %)**
Niet in Vlaanderen / geen evidentie	15 (39,5 %)	23 (60,6 %)	38 (6,3 %)
Totaal	208	394	602

66 huisartsen of 11 % van de artsen afgestudeerd van 2005 t.e.m. 2009, hebben ondertussen beslist om niet meer als huisarts te werken. Dit zijn artsen die binnen de één tot zes jaar na hun afstuderen uit de huisartsgeneeskunde zijn gestapt. In vergelijking met de algemene databank, zien we hier een gelijkaardige verdeling volgens geslacht van ongeveer een derde mannen en twee derde vrouwen. Als we ervan zouden uitgaan dat de huisartsen van wie we nergens gegevens hebben kunnen terugvinden, hoogstwaarschijnlijk ook geen huisarts meer zijn, dan betekent dit dat 17,3 procent, of meer dan één op zes geen huisarts meer is.

A. <u>Drop-out tijdens de HAIO-opleiding</u>

Als we de groep van 602 afgestudeerde huisartsen bekijken, missen we natuurlijk degenen die reeds tijdens hun HAIO-jaren zijn afgehaakt. Van de groep huisartsen die zou afstuderen van 2005 t.e.m. 2009, zijn 44 artsen weggevallen: hiervan zijn 37 artsen vroegtijdig gestopt, 7 zijn gestopt nadat ze niet geslaagd waren (ze hebben wel niet allemaal de herexamen-mogelijkheden benut omwille van diverse redenen: ontrading om verder huisartsgeneeskunde te doen, eigen keuze voor een andere specialisatie, ziekte, …). Van alle HAIO's maakte 6,81 % zijn/haar opleiding niet af. (zie tabel 3)

Tabel 3: gestopte HAIO's volgens academiejaar waarin ze gestart zijn en geslacht

Start academiejaar	Stop **Man**	**Vrouw**	Stop - niet geslaagd **Man**	**Vrouw**	**Totaal**
2003-2004	3	2	3	2	10
2004-2005	7	6	1	1	15
2005-2006	5	1	0	0	6
2006-2007	3	5	0	0	8
2007-2008	2	3	0	0	5
Totaal	**20**	**17**	**4**	**3**	**44**

Tabel 4: huisartsen die zouden afstuderen van 2005 t.e.m. 2009

Huisartsen af te studeren van 2005 t.e.m. 2009	
Vroegtijdig gestopt	37
Niet geslaagd	7
Afgestudeerd	602
Huisarts	498
Geen huisarts	66
Niet in Vlaanderen / geen evidentie	38
Totaal	**646**

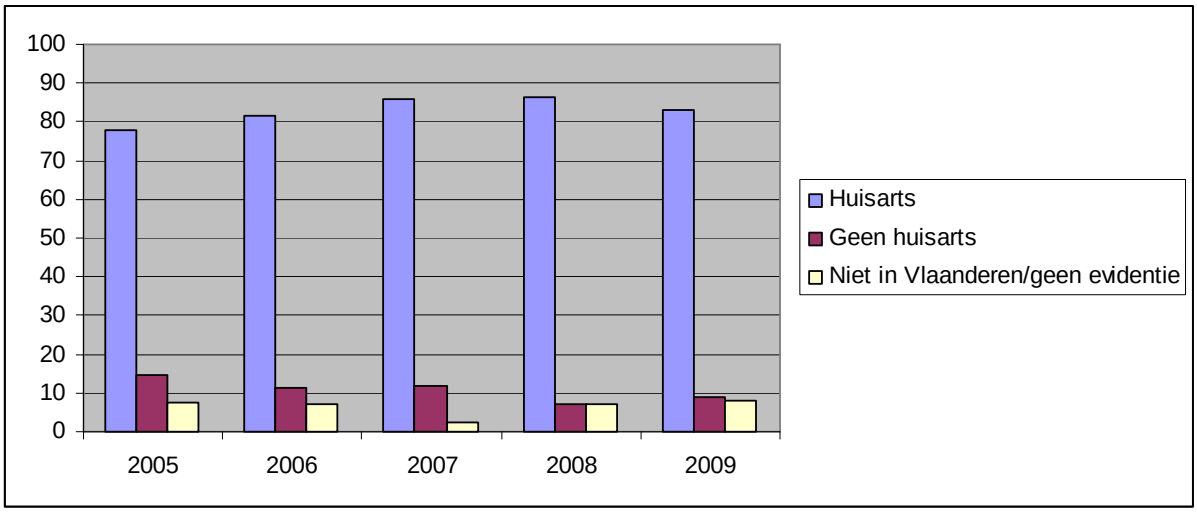
De drop-out tijdens de HAIO-opleiding meetellende, betekent dit dat van de 646 artsen die huisarts zouden worden, uiteindelijk 498 artsen of 77,1 % 3 tot 7 jaar na de start van de HAIO-opleiding nog als huisarts werkt.

B. <u>Afstudeerjaartal</u>

Gerangschikt volgens afstudeerjaar, levert dit volgende aantallen:

Tabel 5: activiteit afgestudeerde huisartsen volgens afstudeerjaartal

Afstudeerjaartal	**Aantal afgestudeerden**	**Niet in Vlaanderen/ geen evidentie (%)**	**Huisarts (%)**	**Geen huisarts (%)**
2005	131	7,6	77,9	14,5
2006	126	7,1	81,7	11,1
2007	133	2,3	85,7	12
2008	87	6,9	86,2	6,9
2009	125	8	83,2	8,8



Figuur 1: Activiteit huisartsen volgens afstudeerjaartal

In figuur 1 zien we dat hoe langer de huisartsen zijn afgestudeerd, hoe groter het aantal dat geen huisarts meer is.

C. Geslacht

Eén van de vragen die we ons in dit onderzoek stelden, is of er een verband is tussen het al dan niet huisarts zijn en geslacht (zie tabel 6). Met andere woorden, zijn er significant meer of minder vrouwelijke dan mannelijke stoppers?

De Pearson Chi-Square test levert een niet-significant resultaat (P=0,662).

Tabel 6: geslacht huisartsen en niet-huisartsen

	Huisarts	Geen huisarts
Man	172 (34,5 %)	21 (31,8 %)
Vrouw	326 (65,5 %)	45 (68,2 %)
Totaal	498	66

P Asymp. Sig. (2-sided) = 0,662

D. Huidige beroepsactiviteit van niet-huisartsen

Tabel 7: huidige beroepsactiviteit van niet-huisartsen

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

Bijna alle 66 teruggevonden niet-huisartsen blijven in de medische sector werken (zie tabel 7). Meer dan de helft is overgestapt naar een specialisatie of andere klinische discipline. De overigen beoefenen een job in maatschappelijke gezondheidszorg of preventieve geneeskunde, werken mee aan opleiding, wetenschap en industrie of blijven in hun artsenrol verbonden aan het leger, aan Artsen Zonder Grenzen of beoefenen alternatieve geneeskunde.

Slechts één man werkt in de maatschappelijke gezondheidszorg, de overige artsen zijn vrouwen.

Een verklaring voor het feit dat bijna allen in de medische sector teruggevonden worden, zou kunnen zijn dat deze artsen gemakkelijker opspoorbaar waren en dat de gestopte huisartsen die een totaal andere job beoefenen zich onder de 38 niet teruggevonden artsen bevinden.

2. CONTACTEREN PROEFPERSONEN

A. Steekproef

Uit de 66 niet-huisartsen werd een steekproef van 50 personen *at random* geselecteerd. Deze werden allen telefonisch gecontacteerd met de vraag tot deelname aan onze enquête.

B. Telefonisch contact proefpersonen

Van de 50 artsen kregen we 44 artsen in persoon aan de lijn. Bij 41 artsen werd het akkoord tot deelname verkregen. Eén persoon bleek toch nog huisarts te zijn, maar deeltijds een andere job te beoefenen. Twee artsen weigerden deelname.

Van de overige artsen bleken vijf onbereikbaar te zijn (vier artsen bevonden zich voor langere tijd in het buitenland in het kader van privé- of werkaangelegenheden, één arts was niet meer werkzaam op de plek die ik opbelde), één arts beantwoordde haar gsm niet.

C. Response rate

41 artsen beloofden telefonisch om deel te nemen aan de enquête. 39 hiervan gaven ons het emailadres van hun partner door of vroegen ons om de enquête bestemd voor hun partner ook naar hen te sturen zodat ze die zouden kunnen doormailen. Twee artsen hadden geen partner.

Achttien artsen vulden de artsenenquête en veertien partners vulden de partnerenquête in, wat leidde tot negen koppels. Dit komt overeen met een *response rate* van 43,9 % bij de artsen en 34,2 % bij de partners. Alle negen koppels zijn heterokoppels. Drie van de negen koppels zijn artsenkoppels.

De enquête werd ingevuld tussen 13 november 2011 en 26 december 2011.

3. ARTSEN (TOTAAL = 18)

Om de resultaten duidelijker te presenteren worden ze hier in een andere volgorde weergegeven dan deze waarin de vragen aan de proefpersonen werden gesteld. Voor de exacte volgorde in de enquête, zie bijlage I en II.

A. Persoonlijke gegevens

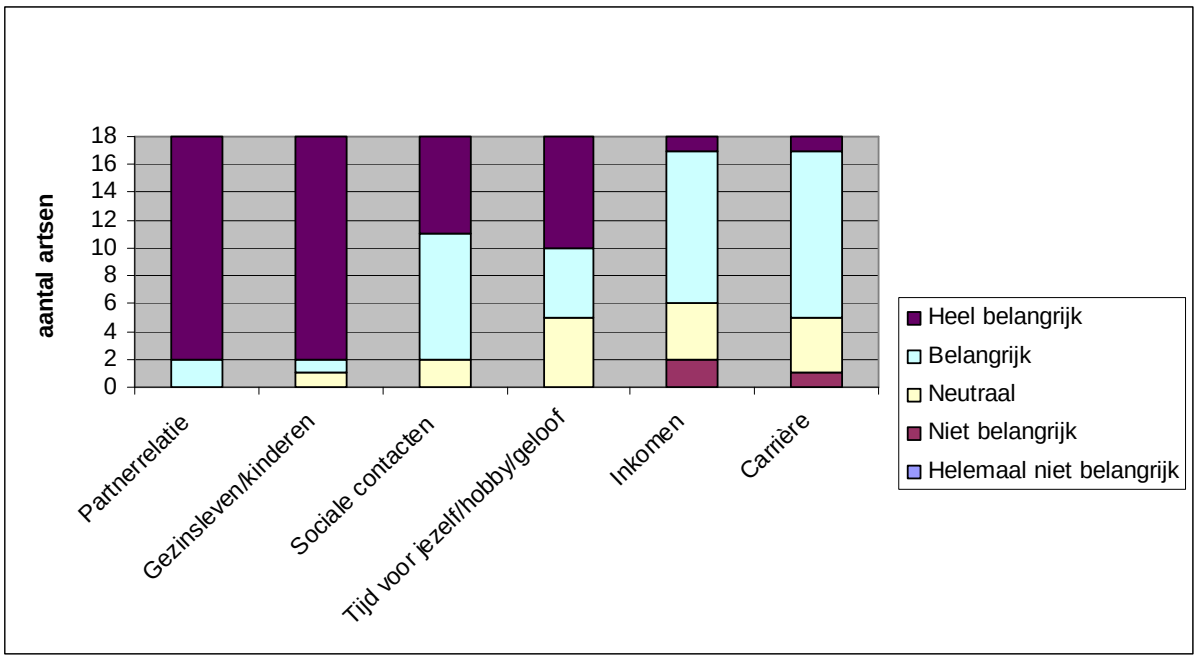
De ondervraagde artsen zijn geboren in de periode 1975-1982 met als mediaan 1978. Het gaat hier om artsen met een leeftijd van minimum 28 en maximum 36 jaar, dus jonge huisartsen. Onder de antwoordende artsen waren 14 vrouwen en 4 mannen. Alle artsen wonen samen met hun partner.

Vier van de achttien hebben één of meerdere artsen in de familie. Eén iemand heeft een vader die arts is, één iemand een broer of zus, en twee personen hebben een oom of tante die arts is.

Zeven van de achttien artsen hadden zich kandidaat gesteld voor specialisaties, namelijk voor interne geneeskunde + pediatrie, anesthesie, psychiatrie, chirurgie (twee kandidaten), interne geneeskunde en fysische geneeskunde. Vijf artsen waren aanvaard voor hun specialisatie van keuze. Eén van de kandidaten voor chirurgie en de kandidaat voor fysische geneeskunde waren niet aanvaard.

B. Persoonlijkheid, tevredenheid en tijdsbesteding

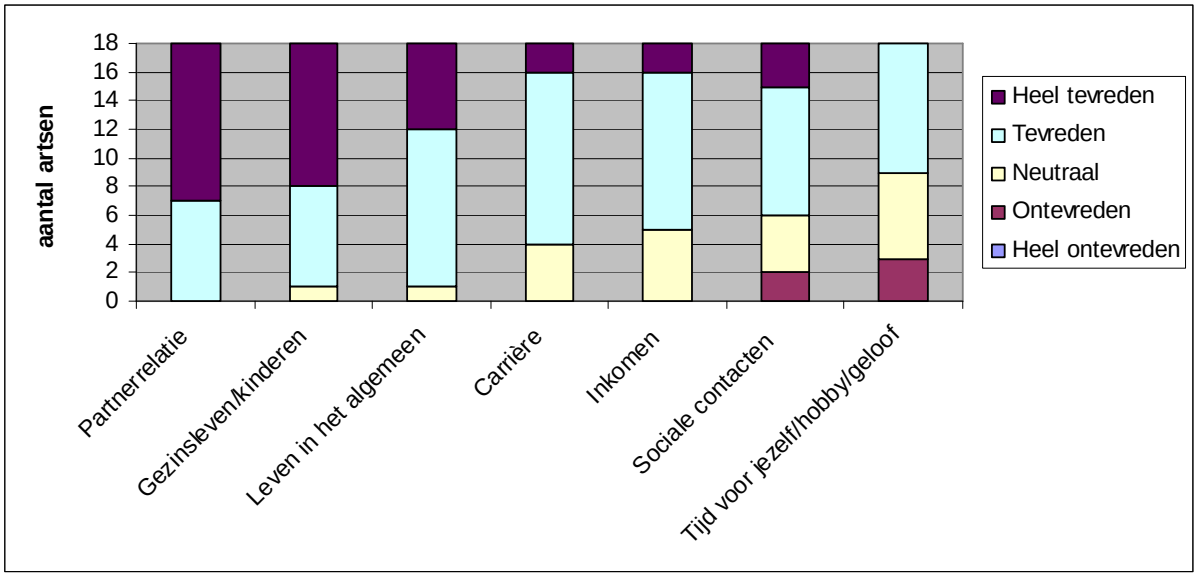
1) Belang levenswaarden



Figuur 2: hoe belangrijk zijn volgende elementen voor u om een gelukkig leven te leiden?

Voor de meeste artsen is de partnerrelatie en een gezinsleven erg belangrijk om een gelukkig leven te kunnen leiden. Hierop volgen sociale contacten en tijd voor zichzelf/hobby/geloof, wat voor de meeste artsen belangrijk tot heel belangrijk is. Inkomen en carrière spelen ook een belangrijke rol maar scoren duidelijk minder dan de overige elementen.

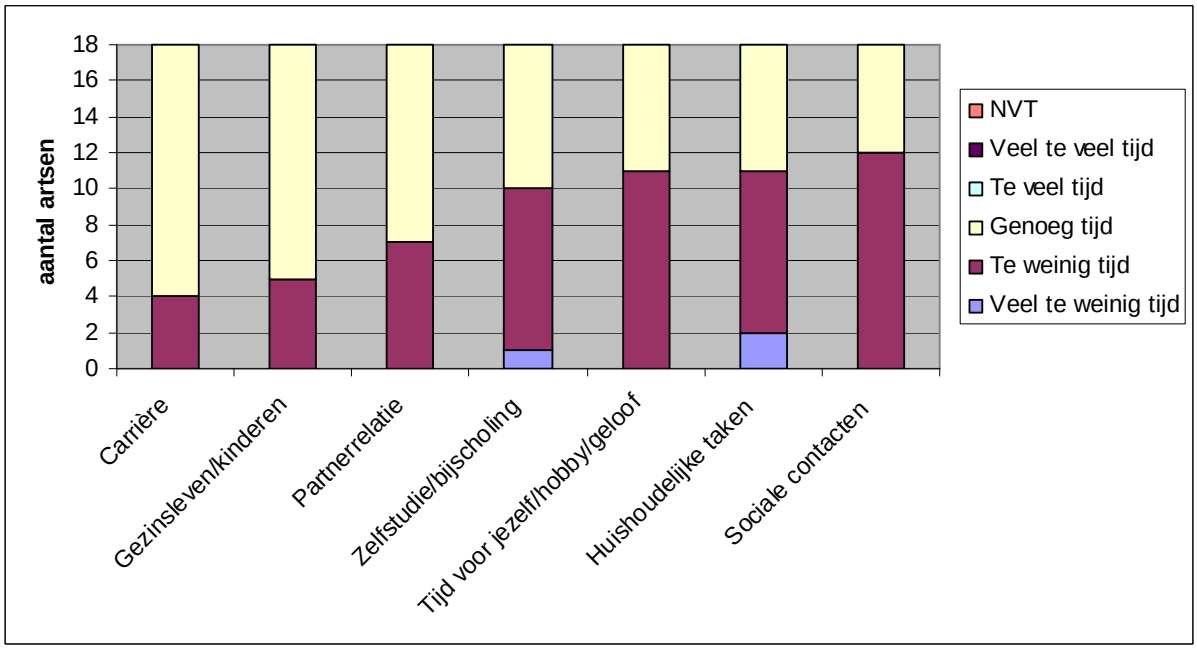
2) Huidige tevredenheid



Figuur 3: Hoe tevreden bent u momenteel met uw…?

De meeste artsen zijn momenteel op alle ondervraagde gebieden tevreden tot heel tevreden, behalve op het gebied van tijd voor zichzelf/hobby/geloof waar de helft van de artsen tevreden is en de andere helft neutraal tot ontevreden. De grootste tevredenheid situeert zich op gebied van partnerrelatie, gezinsleven/kinderen en leven in het algemeen. Ook op gebied van carrière en inkomen zijn alle artsen minstens neutraal, geen enkele arts is hierover ontevreden. (zie figuur 3)

3) Huidige subjectieve tijdsbesteding



Figuur 4: Vindt u dat u voldoende tijd heeft voor uw…?

Geen enkele arts heeft te veel tijd. De meerderheid van de artsen heeft momenteel genoeg tijd voor carrière, gezinsleven en partnerrelatie, de overigen hebben hiervoor te weinig tijd. Voor sociale contacten, huishoudelijke taken, hobby's en bijscholing/zelfstudie zijn de meeste artsen van mening dat ze te weinig tijd hebben. (zie figuur 4)

C. Gezin en huishouden

Twee van de achttien huisartsen stelden hun kinderwens uit, beide waren vrouwen. De reden die één van deze huisartsen vermeldde, was uitstel wegens jobverandering.

Veertien van de ondervraagde artsen hebben reeds kinderen, vier artsen hebben geen kinderen.

Vier artsen hebben al drie kinderen, zes artsen hebben twee kinderen, vier artsen hebben er één. Geen enkele arts heeft meer dan drie kinderen.

Zes artsen hebben enkel schoolgaande kinderen, vijf artsen hebben zowel schoolgaande als niet-schoolgaande kinderen en drie artsen hebben enkel niet-schoolgaande kinderen. Wat betreft schoolgaande kinderen werd enkel gevraagd naar kinderen die niet op internaat zitten.

De artsen hebben gemiddeld 1,56 kinderen waarvan 39 % nog niet schoolgaand is.

1) Kinderopvang

Bij de niet-schoolgaande kinderen wordt de opvang in de voor- en namiddag meestal verzorgd door een kinderdagverblijf/onthaalouder of door de arts zelf. 's Avonds zorgen de arts of zijn/haar partner meestal voor het niet-schoolgaande kind.

De schoolgaande kinderen worden voor en na school meestal opgevangen door de arts zelf of zijn/haar partner. Over de middag blijven de meeste kinderen op school.

In sommige gevallen wordt voor de opvang van de kinderen beroep gedaan op (schoon)ouders. Niemand doet voor de opvang van de kinderen beroep op andere familieleden, vrienden/kennissen of aupair/babysit. De meeste zorgtaken, zoals opstaan 's nachts, kinderen brengen en afhalen van opvang/school, kinderen aankleden, etc. worden door de arts zelf en in tweede instantie door de partner uitgevoerd. Ook de meeste huishoudelijke taken worden door de ex-huisartsen zelf uitgevoerd. Er is dus een groter aantal artsen dan partners actief in het huishouden. Poetsen en strijken zijn de twee huishoudelijke taken die het meest worden uitbesteed.

De gezinnen hebben minimaal 0 en maximaal 8 uur per week hulp in het huishouden. Het huishouden wordt gemiddeld 3,3 uur per week uitbesteed, de mediaan is 4 uur per week.

D. Laatste activiteit als huisarts

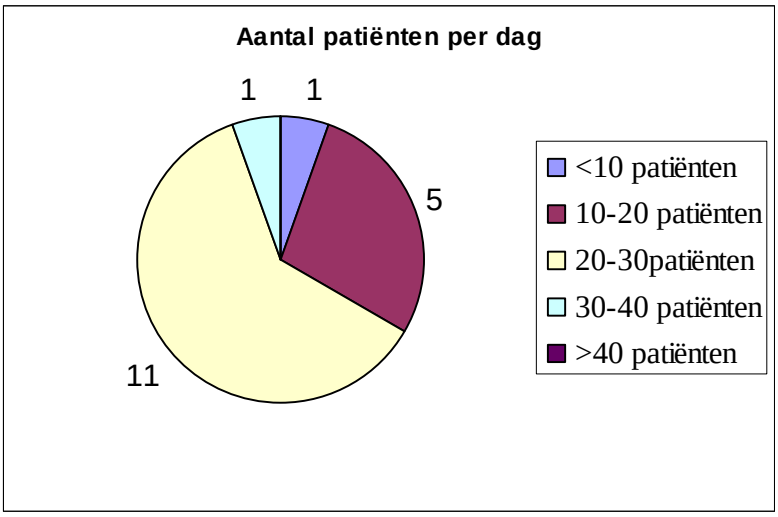
Meer dan de helft van de huisartsen (11 van de 18), haakten af vlak na hun HAIO-opleiding. De artsen bij wie hun laatste huisartsactiviteit niet hun HAIO-opleiding was, waren minimum 12 en maximum 42 maanden werkzaam in hun laatste huisartspraktijk. Gemiddeld bleven zij 2 jaar in hun laatste huisartspraktijk voor zij het beroep verlieten.

De gestopte huisartsen woonden maximaal 25 km van hun laatste huisartspraktijk (gemiddeld 7 km, mediaan 5 km). Twee huisartsen hebben zelf een praktijk opgestart.

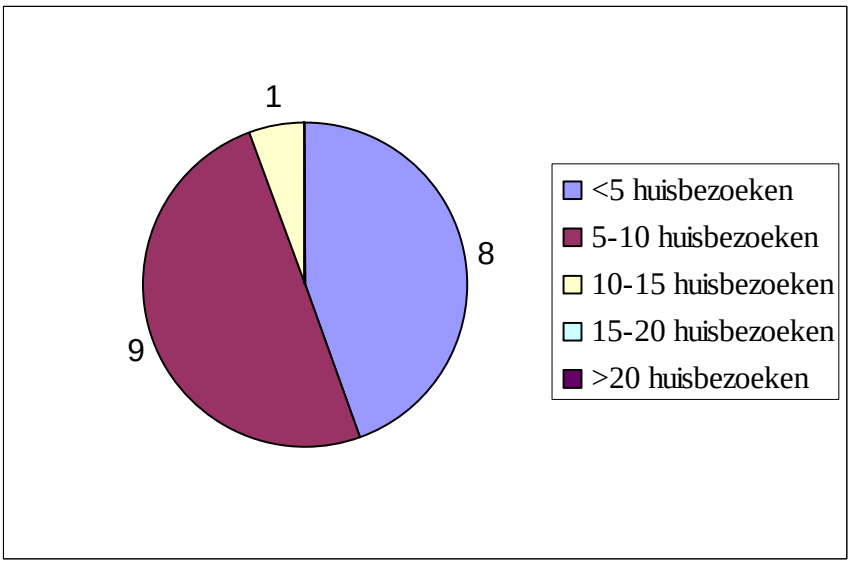
Van de zeven huisartsen die na hun HAIO-opleiding nog huisarts waren, werkte één arts solo, één in een duopraktijk, één in een wijkgezondheidscentrum en vier in een groepspraktijk. Enkel de arts in het WGC werkte volgens bediendestatuut, de overige waren zelfstandig.

De helft van de huisartsen was gemiddeld 40 à 60 uur per week bezig met zijn/haar huisartsenfunctie (consultaties, huisbezoeken, zelfstudie en bijscholing). Eén op drie (6/18) besteedde 60-80 uur per week aan hun job. Drie van de achttien huisartsen besteedden 20-40 uur per week aan hun job.

De meerderheid van de huisartsen zag 20 à 30 patiënten per dag, een kleiner deel 10 à 20 en 2 artsen zagen respectievelijk minder dan 10 en meer dan 40 patiënten op een volledige werkdag. Meestal waren er tussen de 0 en 10 huisbezoeken per dag. (zie figuur 5 en 6)

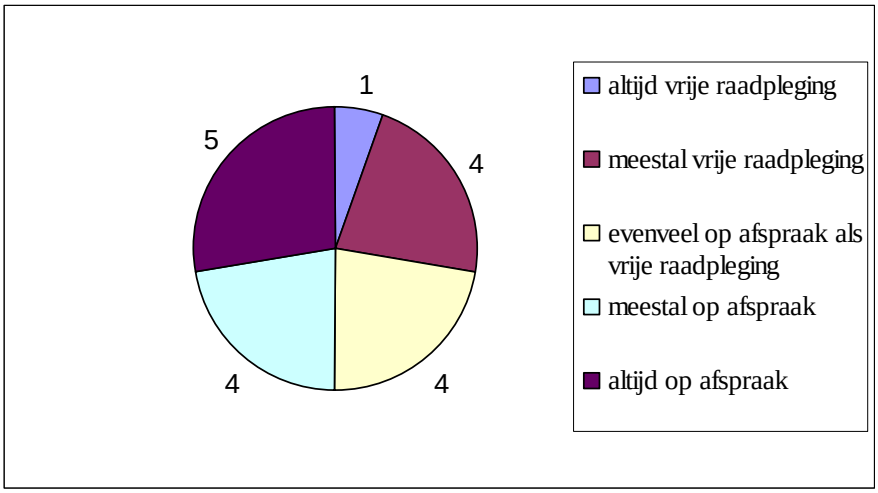


Figuur 5: aantal patiënten per dag



Figuur 6: aantal huisbezoeken per dag

Het grootste deel van de artsen werkte altijd op afspraak. Eén arts werkte steeds met vrije raadplegingen. (zie figuur 7)



Figuur 7: consultaties op afspraak/vrije raadpleging

1) Wachten en verlof

De ondervraagde artsen waren minimaal 5 weekenddagen van 24 uren en maximum 16 dagen per jaar van wacht. De weekwachten varieerden van 8 tot 112 nachten per jaar. De mediaan is 45 nachten per jaar. Gemiddeld hadden zij 20,8 verlofdagen per jaar (minimum 14, maximum 28).

2) Nevenfunctie

Sommige artsen hadden een nevenfunctie (7/18). (zie tabel 8)

Tabel 8: nevenfuncties (N =18 ex-huisartsen)

Geen nevenfunctie	11
Nevenfunctie	7
Kind en gezin	5
Spoed	2
Onderwijsfunctie (bv. opleiden van studenten geneeskunde of HAIO's)	1
Kringactiviteiten e.a. medische verenigingen	1
Onderzoek	1

3) Vormen van hulp in de praktijk

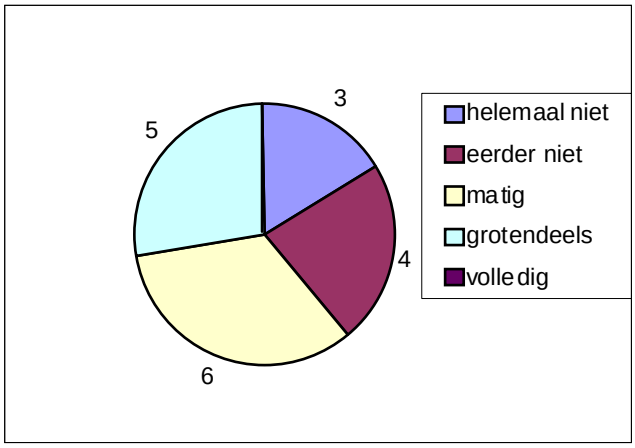
Drie artsen hadden geen enkele vorm van hulp in de praktijk. In vier praktijken was er enkel poetshulp. In tien praktijken was er een telefoniste/telefooncentrale + minstens één andere vorm van hulp. Drie praktijken werkten met een online afspraken systeem. In drie praktijken werkte men samen met een verpleegkundige en in drie praktijken met een andere paramedicus.

4) Tevredenheid en tijdsbesteding als huisarts

De meesten waren als huisarts gemiddeld gezien tevreden tot heel tevreden met hun partnerrelatie. Op de overige gebieden was het merendeel van de huisartsen heel ontevreden tot neutraal, waarbij de grootste ontevredenheid zich situeerde op gebied van tijd voor zichzelf/hobby's/geloof, gevolgd door inkomen, sociale contacten en gezinsleven/kinderen.

Enkele artsen hadden te veel tijd voor carrière en huishoudelijke taken. Behalve op gebied van carrière hadden de meeste artsen te weinig tot veel te weinig tijd. Het grootste tijdsgebrek situeert zich op gebied van sociale contacten, gevolgd door tijd voor zichzelf/hobby/geloof, en gezinsleven/kinderen.

E. Carrièrewending

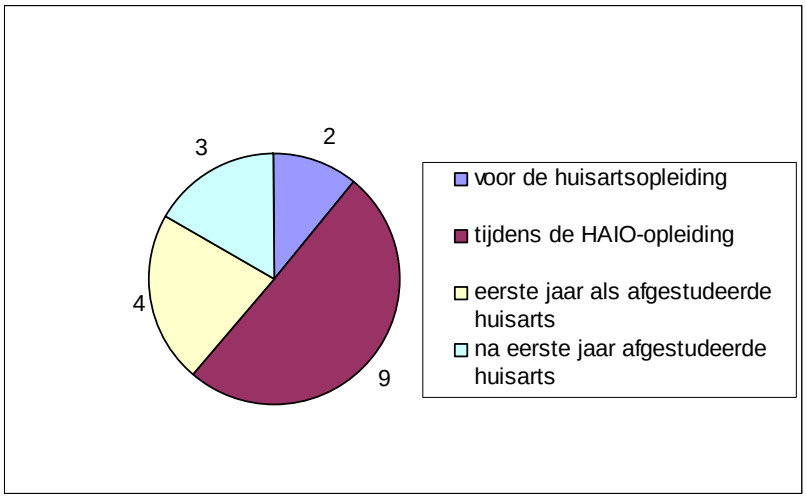


Figuur 8: Kwam je job als huisarts overeen met wat je ervan verwacht had vóór je je HAIO-opleiding begon?

Niemand antwoordde dat het huisarts-zijn volledig overeenstemde met hetgeen hij/zij er zich van had voorgesteld. Zeven artsen vonden dat hun job als huisarts eerder niet (4) of helemaal niet (3) overeenstemde met wat ze zich hadden voorgesteld. Bij elf artsen voldeed het beroep wel aan de verwachtingen (6 matig, 5 grotendeels). (zie figuur 8)

1) Tijdens welke periode heeft u de beslissing genomen dat u geen huisarts meer wou zijn?

Twee huisartsen wisten al voor hun huisartsopleiding dat ze uiteindelijk geen huisarts wilden zijn. De meeste gestopte huisartsen namen de beslissing om de stoppen tijdens hun HAIO-opleiding: dit was bij de helft van de achttien huisartsen. Van de huisartsen die de beslissing nadien genomen hebben, was dit in iets meer dan de helft van de gevallen tijdens het eerste jaar als afgestudeerde huisarts, de overigen namen de beslissing nog later. (zie figuur 9)



Figuur 9: Periode waarin beslissing werd genomen om geen huisarts meer te zijn

2) Huidige beroepsactiviteit

Alle achttien artsen hebben momenteel een job. Twee mannelijke en drie vrouwelijke huisartsen werden spoedarts. Drie vrouwelijke huisartsen werden arbeidsgeneesheer. Kind en Gezin wordt door één iemand beoefend als hoofdberoep, twee vrouwelijke artsen hebben dit als bijberoep. Drie personen kozen voor een specialisatie als hoofdberoep. Eén arts doet deeltijds consultaties op de dienst orthopedie. Alle ex-huisartsen blijven binnen de medische sector. Eén arts heeft een bijberoep buiten de medische sector: schrijver.

Meer dan de helft (10/18) van de artsen werkt momenteel parttime.

Tabel 9 geeft een overzicht weer van de huidige tewerkstelling van de artsen in de steekproef: het hoofdberoep en tussen haakjes het bijberoep. Het totaal werd steeds berekend op basis van het hoofdberoep.

Tabel 9: huidig hoofdberoep van de 18 ex-huisartsen, bijberoep tussen haakjes

	Man	**Vrouw**	**Totaal**
Klinische disciplines	**2**	**6**	**8**
Spoedarts	2	3	5
Radiologie	0	1	1
Psychiatrie	0	1	1
Zaalarts geriatrie	0	1	1
Consultatie orthopedie/infiltraties	(1)	0	0
Maatschappelijke gezonheidszorg / preventieve geneeskunde	**1**	**7**	**8**
Arbeidsgeneesheer	0	3	3
Kind en Gezin	1	(2)	1
Jeugdgezondheidszorg	0	1	1
Verslavingsarts	0	1	1
Opvangcentrum vluchtelingen	0	1	1
Adviserend arts gehandicaptenzorg	0	1	1
Wetenschap/industrie	**1**		**1**
Onderzoek/onderwijs	1	0	1
Alternatieve geneeskunde		**1**	**1**
Accupunctuur/natuurgeneeskunde	0	1	1
Niet-medisch beroep			
Schrijver	(1)	0	0

3) Drie hoofdredenen om niet meer als huisarts te werken

Aan elke proefpersoon werd gevraagd om de drie hoofdredenen op te sommen waardoor hij/zij beslist had om niet meer als huisarts te werken.

In de tabel 10 volgt een opsomming van de redenen die meer dan één maal werden vernoemd, gesorteerd naargelang het een inhoudelijk of organisatorisch kenmerk van het huisartsberoep is.

Tabel 10: hoofdredenen om niet meer als huisarts te werken. Tussen haakjes het aantal artsen die deze reden vermelden

Organisatorisch	**Inhoudelijk**	**Overige**
Te weinig tijd voor gezin/kinderen/partner (10)	Sleur/ te weinig uitdaging, variatie (4)	Nieuwe uitdaging/ aanbieding (2)
Problemen met collega's / andere visie op huisartsgeneeskunde dan collega's (5)	Te veeleisende patiënten/ te weinig respect van patiënten (2)	Talenten beter kunnen uitbouwen in een andere functie (2)
Werkdruk/werktijden (5)	Wachtdiensten (3)	
Wachtdiensten (3)		
Laag inkomen (2)		

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

Bij de bevraging van deze artsen wat volgens hen de reden is dat velen uit het huisartsenberoep stappen, werden onderstaande redenen bij meer dan één persoon weerhouden. (zie tabel 11)

Tabel 11: belangrijkste reden dat velen uit het huisartsenberoep stappen, tussen haakjes aantal artsen die deze reden vermelden (N=18)

werk-privé evenwicht (9)
werkdruk/ werkuren (6)
onderwaardering van de huisarts (6)
huisartsenlandschap in België is nog niet rijp voor jong opgeleide huisartsen, 'oude garde' wil dat we worden zoals hen (3)
laag inkomen (2)
veeleisende patiënten (2)

"Het huisartsenberoep is te veeleisend om een evenwicht te kunnen vinden tussen werk en privé. De huisartsen die gestopt zijn, hebben dit evenwicht niet gevonden of verloren. De combinatie met een gezin laat niet toe dat je volle dagen moet werken en bereikbaar/beschikbaar bent."

"Het huisartsenlandschap in België is nog niet rijp voor de jong opgeleide huisartsen." Dit is een argument dat door een drietal artsen als reden werd vernoemd. "De dominante en geldbeluste 'oude garde' wil dat de jonge huisartsen ook worden zoals hen. Als je je aansluit bij de oude garde en je principes laat varen, heb je meer kans op slagen."

De huisarts wordt in België momenteel ook te weinig geapprecieerd als medisch expert, maar meer als een manusje van alles. Ook tegenover de specialisten zou de huisarts geherwaardeerd moeten worden, zowel qua verloning als appreciatie als eerste schakel in het gezondheidsproces.

Eén arts is van mening dat het takenpakket van de huisarts van overheidshalve meer vast zou moeten liggen (verdeling taken huisarts en taken specialist), zodat we niet steeds verzanden in prestatiegeneeskunde. Zij doet een voorstel tot een wijkgezondheidsmodel in België, maar dan wel één waarbij je als huisarts een eerlijk basisloon krijgt.

Daarnaast komt nog het vele en harde werken in combinatie met veeleisende patiënten en een gebrekkige verloning als reden naar voor.

5) Bijkomende redenen om te stoppen

De ondervraagde artsen kregen de kans om in een hele lijst bijkomende redenen aan te duiden die van toepassing waren bij hun beslissing om geen huisarts meer te zijn. (zie tabel 12)

Tabel 12: bijkomende elementen om te stoppen. In de rechter kolom het aantal artsen dat deze reden aanduidde

Er was een andere job die u liever wou doen	10
De routinematige/ niet-uitdagende aard van de medische problematiek	8
Het beroep was te zwaar in combinatie met de job van uw partner	7
Altijd moeten klaarstaan voor patiënten	6
Er was een spaakgelopen samenwerkingsverband	5
U vond geen goede praktijk om te associëren	4
Er was te weinig financiële compensatie voor het werk dat u verrichtte	4
U stelde te hoge eisen aan uzelf	4
Het shopping gedrag van patiënten	3
Het gebrek aan echelonnering	3
U had het gevoel het nooit goed genoeg te kunnen	3
Er waren gezondheidsproblemen bij familieleden	3
De geringere waardering van de huisarts i.t.t. de specialist	2
Er was een grote instapsom om te associëren	2
U had het gevoel niet opgewassen te zijn tegen uw taak	2
Toevallig kreeg u een andere aanbieding	1
Er was een gebrek aan waardering door patiënten	1
Er was te veel onzekerheid en angst om een ernstige diagnose te missen	1
U wou liever specialiseren, maar was niet aanvaard	0
U had problemen met collega’s	0
U kreeg een burnout	0
U maakte een medische fout	0
U had last van een trauma of agressie in het beroep	0
U had persoonlijke gezondheidsproblemen	0

6) Steun van partner, gevoelens en spijt

Slechts één persoon was nog niet samen met zijn/haar huidige partner toen de beslissing werd genomen om geen huisarts meer te zijn. De meeste (13/18) van de artsen werden door hun partner in hun beslissing gesteund. Bij drie huisartsen speelde de partner een neutrale rol, en bij één huisarts werd de beslissing afgeraden door zijn/haar partner.

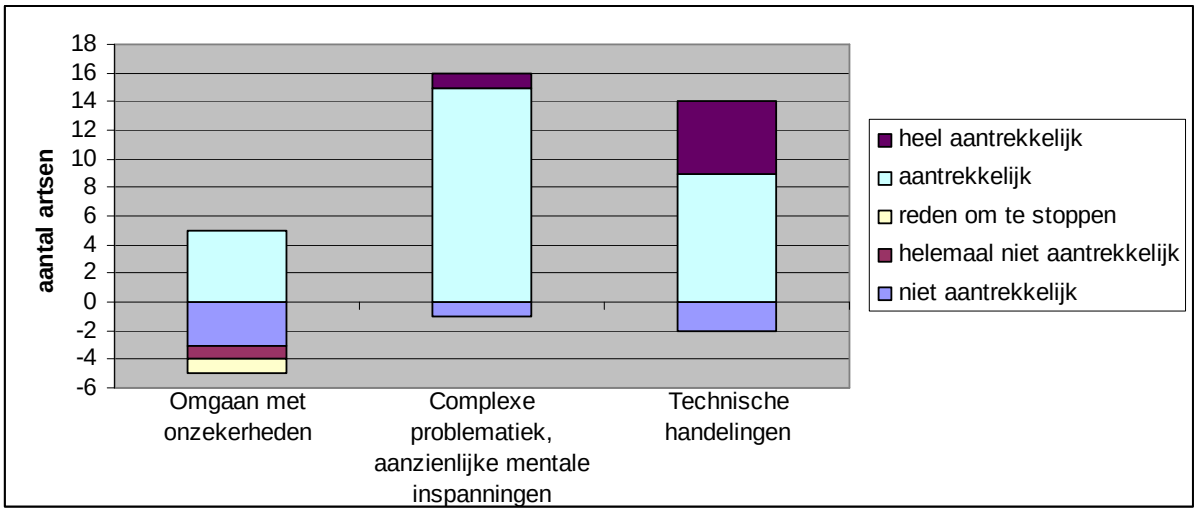
Het meest voorkomende gevoel toen de beslissing gevallen was om geen huisarts meer te zijn, was enthousiasme voor de start van een nieuwe job, gevolgd door blijdschap door het uitzicht op een betere leefsituatie voor zichzelf en/of zijn/haar gezin en opluchting/het gevoel de beslissing veel eerder te hebben moeten nemen.

Elf artsen hebben geen spijt van hun beslissing, waarvan acht absoluut geen spijt blijken te hebben. Vier artsen hebben spijt dat ze niet meer als huisarts werken. De overige drie zijn onverschillig. Alle spoedartsen zijn blij dat ze geen huisarts meer zijn. Twee van de drie arbeidsgeneesheren hebben spijt van hun beslissing.

7) Aantrekkelijkheid van het huisartsberoep

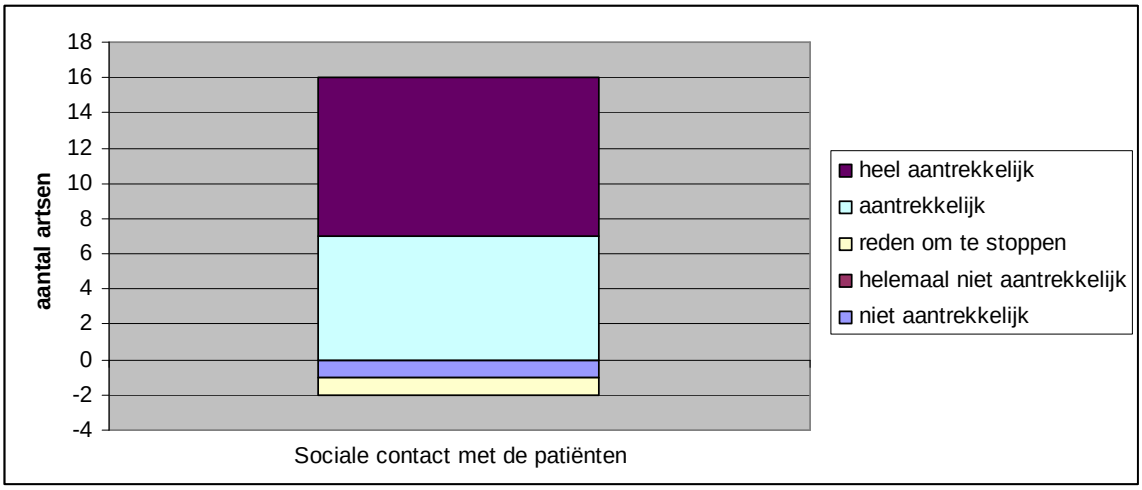
Aan de proefpersonen werd een lijst van kenmerken van huisartsberoep voorgeschoteld, waarbij men moest aanduiden in welke mate ze deze elementen aantrekkelijk vinden (van heel aantrekkelijk tot reden om te stoppen), onafhankelijk van het feit of dit in grote of kleine mate aan bod kwam in de praktijk waar ze laatst werkten.

De kenmerken zijn onderverdeeld volgens de competenties van de huisarts zoals beschreven in de CanMeds. Onderstaande grafieken gaan steeds over het totaal van achttien ondervraagde artsen. Neutrale meningen werden weggelaten. Aantrekkelijke elementen situeren zich boven de x-as, onaantrekkelijke elementen scoren in de negatieve richting van de y-as.



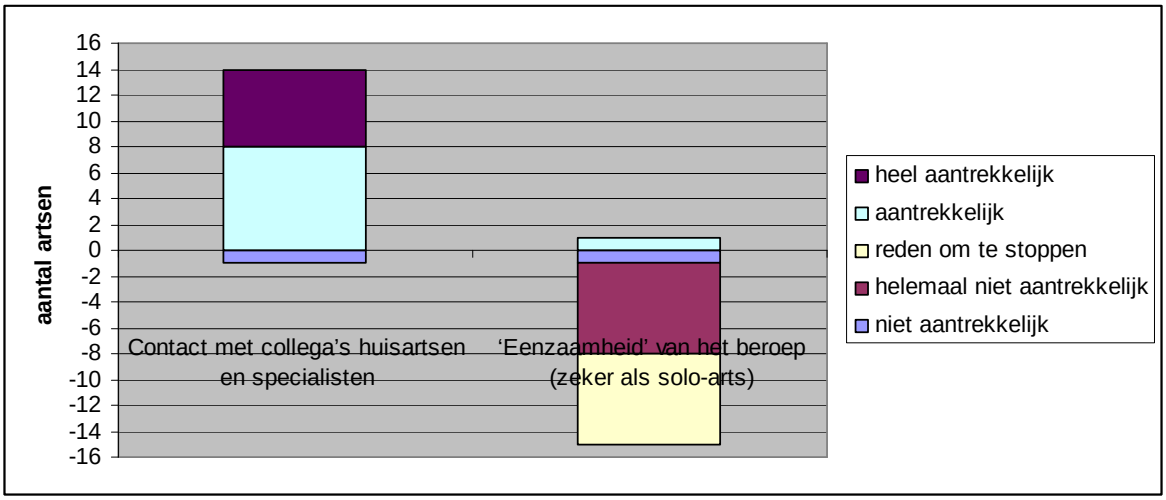
Figuur 10: aantrekkelijkheid medical expert and decisionmaker (medisch handelen) (N=18)

Zowel de mentale inspanningen als de technische handelingen die met het beroep gepaard gaan, worden als aantrekkelijk tot zelfs heel aantrekkelijk bestempeld. Een deel van de huisartsen vindt het uitvoeren van technische handelingen heel aantrekkelijk. (Dit is belangrijk als je in acht neemt dat in sommige praktijken de bloedafnames, uitstrijkjes, wondzorg, etc. naar verpleging worden gedelegeerd.) Het omgaan met onzekerheid scoort zowel positief als negatief, voor één arts was dit een reden om te stoppen. (zie figuur 10)



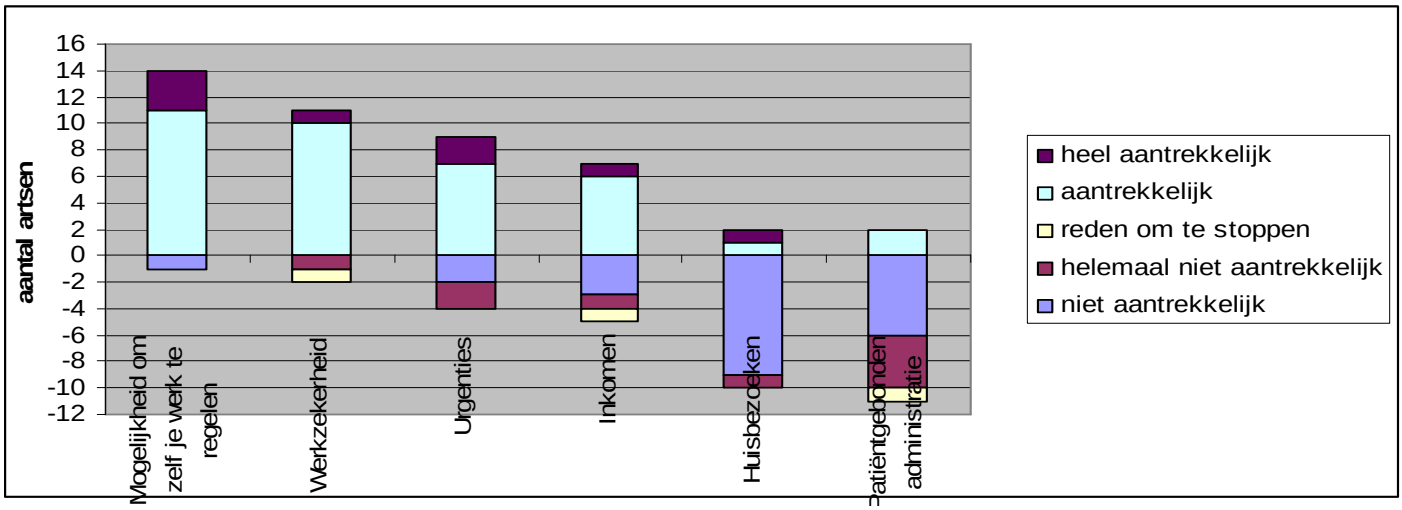
Figuur 11: aantrekkelijkheid communicator (communicatie) (N=18)

Het sociale contact met de patiënten is voor de huisartsen zelf aantrekkelijk tot heel aantrekkelijk. Bij één arts was het sociale contact met de patiënten een reden om te stoppen. (zie figuur 11)

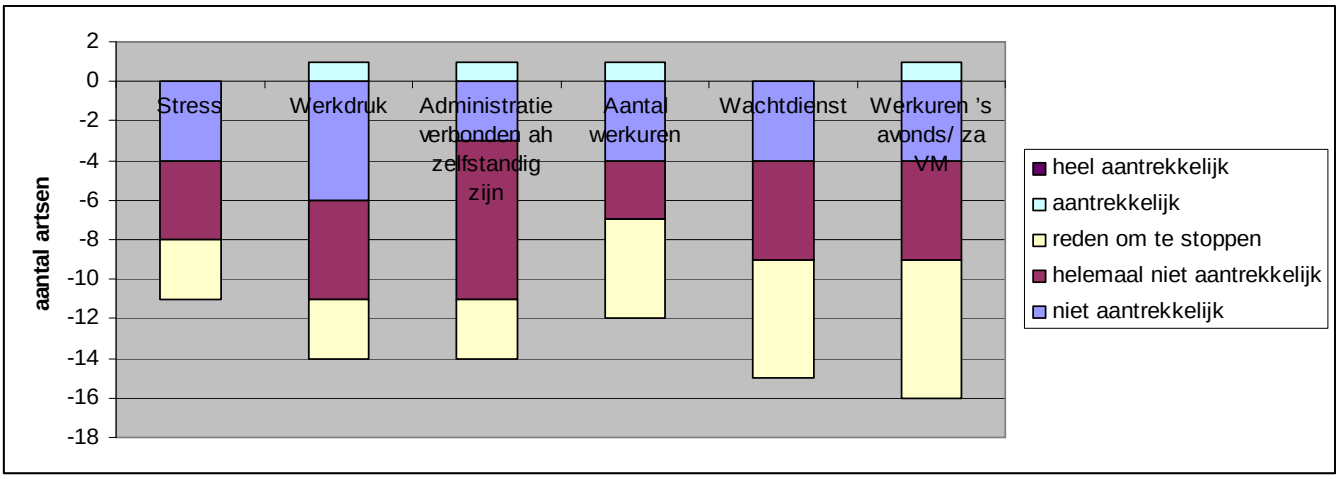


Figuur 12: aantrekkelijkheid collaborator (samenwerking) (N=18)

Het contact met collega's huisartsen en specialisten is voor de meeste huisartsen een aantrekkelijk concept. De eenzaamheid van het beroep was voor 7 van de 18 artsen één van de redenen om te stoppen. Zeven artsen vonden dit helemaal niet aantrekkelijk. (zie figuur 12)

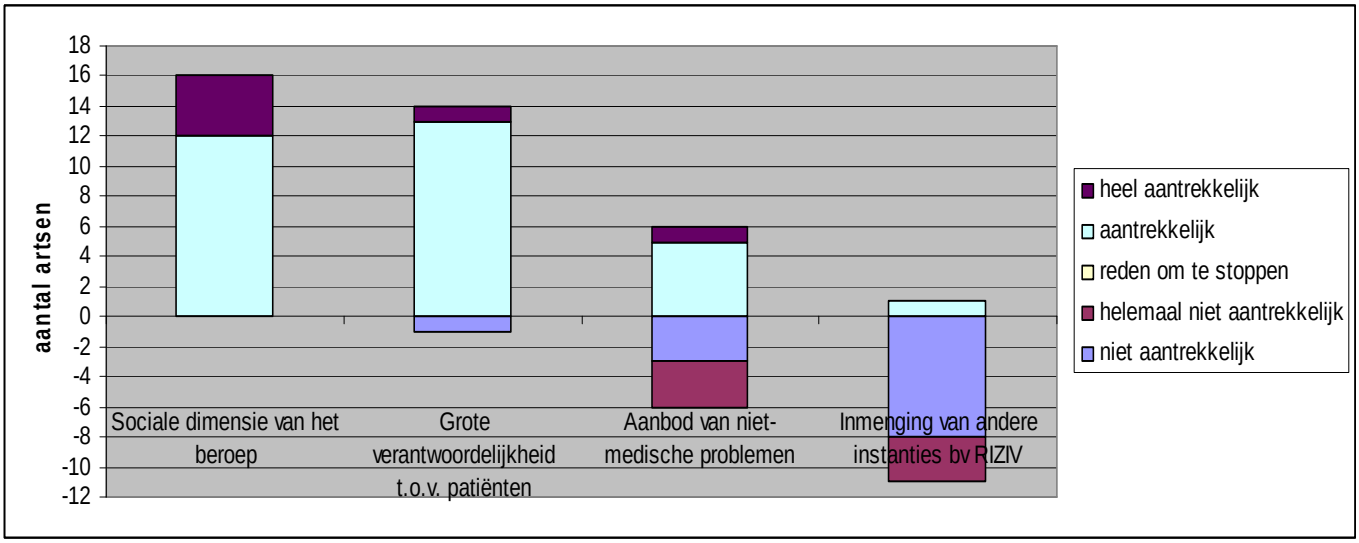


Figuur 13a: aantrekkelijkheid manager (organisatie) deel 1 (N=18)



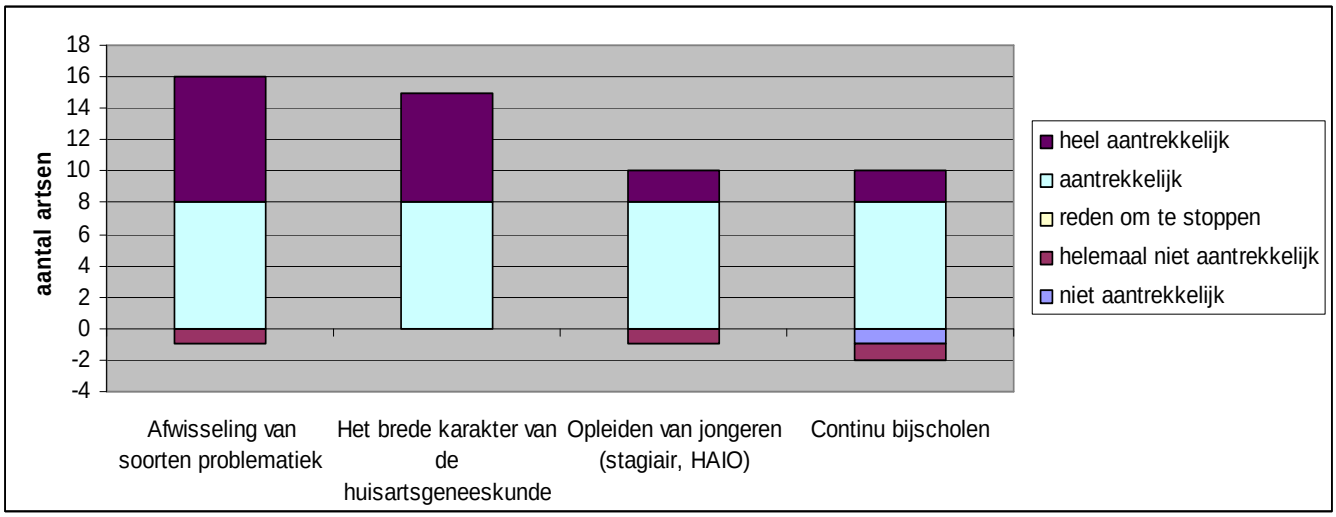
Figuur 13b: aantrekkelijkheid manager (organisatie) deel 2 (N=18)

De mogelijkheid om zelf je werk te regelen, werkzekerheid, urgenties en inkomen zijn voor de meeste artsen aantrekkelijk. Eigen aan de huidige organisatie van het huisartsberoep zijn echter een aantal andere elementen die voor de meeste artsen onaantrekkelijk zijn of zelfs een reden om te stoppen, zoals werkuren 's avonds of op zaterdagvoormiddag, wachtdienst, aantal werkuren, administratie verbonden aan het zelfstandig zijn, werkdruk, stress, patiëntgebonden administratie en huisbezoeken. (zie figuur 13a en 13b)



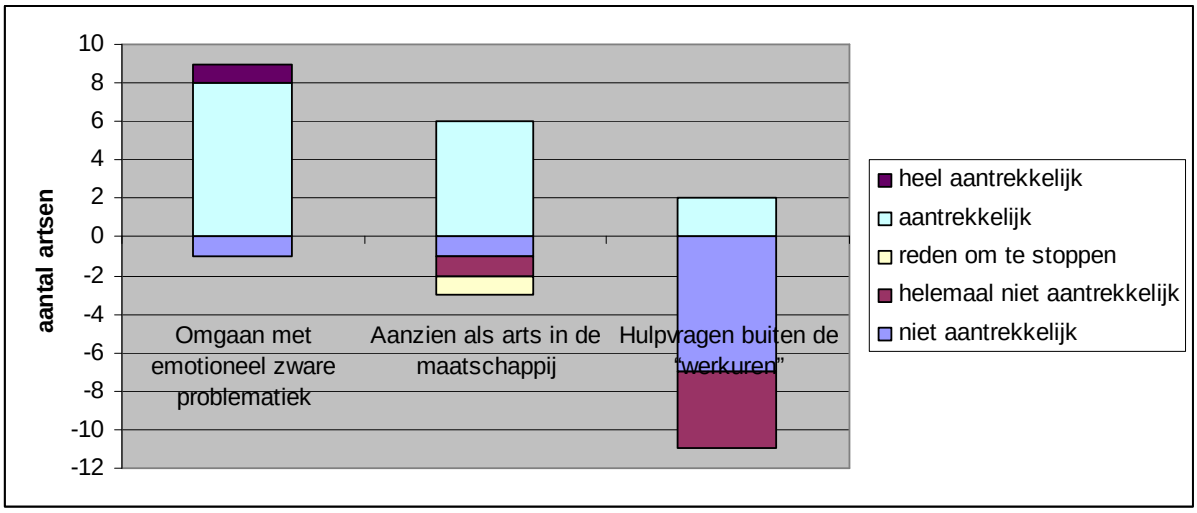
Figuur 14: aantrekkelijkheid health advocate (maatschappelijk handelen) (N=18)

Het maatschappelijk handelen is voor huisartsen meestal aantrekkelijk: vooral de sociale dimensie van het beroep en de grote verantwoordelijkheid t.o.v. patiënten zijn in onze steekproef aantrekkelijke elementen. Het aanbod van niet-medische problemen en de inmenging van instanties zoals het RIZIV zijn dan weer minder aantrekkelijk. Geen enkele van deze aspecten vormden een reden om te stoppen. (zie figuur 14)



Figuur 15: aantrekkelijkheid scholar (kennis en wetenschap) (N=18)

De afwisseling van soorten problematiek en het brede karakter van de huisartsgeneeskunde waren voor de meeste huisartsen aantrekkelijk tot zeer aantrekkelijk. De meeste gestopte huisartsen in onze steekproef stonden ook positief t.o.v. bijscholing en het opleiden van HAIO's of stagiairs. (zie figuur 15)



Figuur 16: aantrekkelijkheid professional (professionaliteit) (N=18)

De meeste artsen staan neutraal t.o.v. het aanzien als arts in de maatschappij. Voor één arts was dit een reden om te stoppen. Omgaan met emotioneel zware problematiek is eerder aantrekkelijk. Hulpvragen buiten de werkuren zijn voor de meeste artsen niet aantrekkelijk, twee artsen vonden dit wel aantrekkelijk. (zie figuur 16)

Besluit Canmeds

In tabel 13 volgt een onderverdeling van de kenmerken van het huisartsberoep volgens het feit of ze door meer artsen aantrekkelijk of onaantrekkelijk bevonden worden.

Tabel 13: aantrekkelijkheid kenmerken van het huisartsberoep (tussen haakjes het aantal artsen voor wie dit element een stopreden vormde)

Aantrekkelijk	**Onaantrekkelijk**
Complexe problematiek	Eenzaamheid van het beroep (7)
Technische handelingen	Huisbezoeken
Sociale contact met de patiënten	Patiëntgebonden administratie
Contact met collega's huisartsen en specialisten	Stress (3)
Mogelijkheid om zelf je werk te regelen	Werkdruk (3)
Werkzekerheid	Administratie verbonden aan het zelfstandig zijn (3)
Urgenties	Aantal werkuren (5)
Inkomen	Wachtdienst (6)
Sociale dimensie van het beroep	Werkuren 's avonds/ zaVM (7)
Grote verantwoordelijkheid t.o.v. patiënten	Inmenging van andere instanties bv. RIZIV
Afwisseling van soorten problematiek	Hulpvragen buiten de werkuren
Brede karakter van de huisartsgeneeskunde	
Opleiding van jongeren	
Continu bijscholen	
Emotioneel zware problematiek	
Aanzien als arts in de maatschappij	

Vooral de “eenzaamheid” van het beroep is een aspect dat hier naar boven komt, waar het slechts éénmaal werd vernoemd bij de hoofdredenen.

De inhoudelijke aspecten van het huisartsberoep zijn voor de meeste artsen aantrekkelijk. Het zijn de werkomstandigheden die hier naar boven komen als onaantrekkelijke elementen, zoals het aantal werkuren, het werken ’s avonds of op zaterdagvoormiddag, de wachtdiensten, werkdruk en stress, en de huisbezoeken. Ook administratie is een aspect dat niet in de smaak valt.

F. Evolutie van tevredenheid, tijdsbesteding en jobtevredenheid

De tevredenheid en tijdsbesteding als huisarts kunnen we vergelijken met de huidige tevredenheid en tijdsbesteding. Hiervoor berekenden we een nieuwe variabele waarbij de waarde op de 5-puntenschaal “tevredenheid nu” en “tijdsbesteding nu” werd verminderd met de waarde op de 5-puntenschaal “tevredenheid als huisarts” respectievelijk “tijdsbesteding als huisarts”. Dit is een weergave van verbetering of verslechtering van de levenssituatie van de proefpersonen sinds hun beslissing om geen huisarts meer te zijn.

De resultaten hiervan situeren zich in het gebied van 4 punten minder tevreden/tijd tot 4 punten meer tevreden/tijd in vergelijking met de situatie vroeger. In figuur 17 en 18 zijn de resultaten van 0 punten verschil (dus even tevreden en evenveel tijd) weggelaten voor de duidelijkheid.

1) Tevredenheid

Veertien van de achttien artsen zijn in hun nieuwe levenssituatie op alle gebieden minstens even tevreden als toen ze huisarts waren.

Twee artsen zijn 1 punt minder tevreden over hun inkomen in vergelijking met vroeger. Eén arts is 1 punt minder tevreden over zijn/haar inkomen en carrière. Eén arts is 1 punt minder tevreden over zijn/haar leven in het algemeen en zijn/haar carrière, en 3 punten minder tevreden over sociale contacten en tijd voor zichzelf/hobby/geloof.

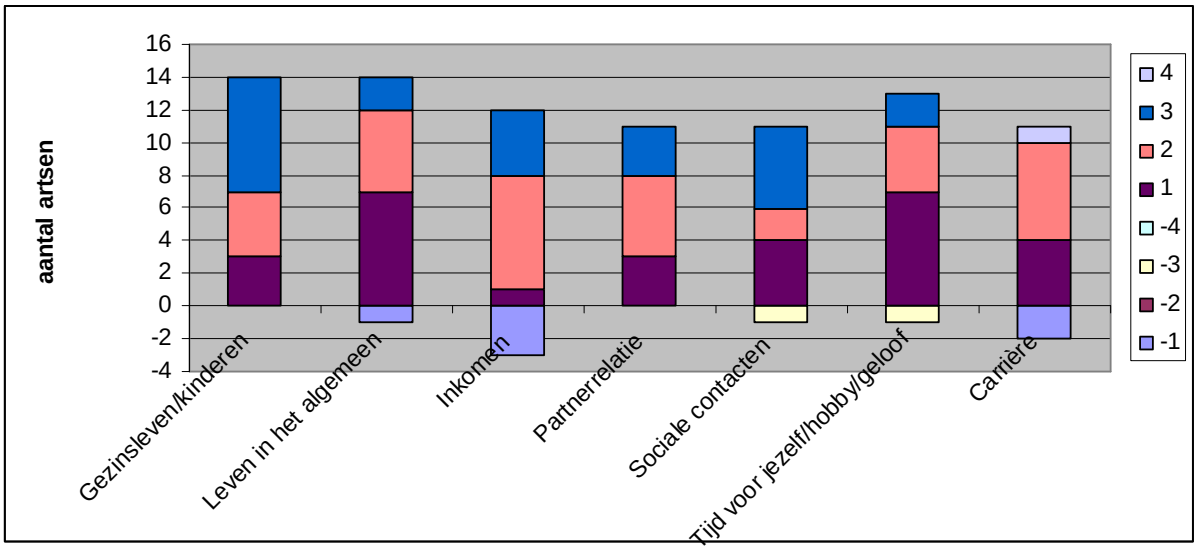
Gemiddeld gezien is de gestopte huisarts op alle gebied nu meer tevreden dan in de periode als huisarts. De grootste toename in tevredenheid situeert zich op gebied van gezinsleven, gevolgd door inkomen en daarna partnerrelatie/leven in het algemeen.

De meeste artsen (modus) zijn 3 punten meer tevreden over hun gezinsleven, 2 punten over carrière en inkomen en 1 punt meer tevreden over hun leven in het algemeen, partnerrelatie, sociaal leven, hobby’s en carrière.

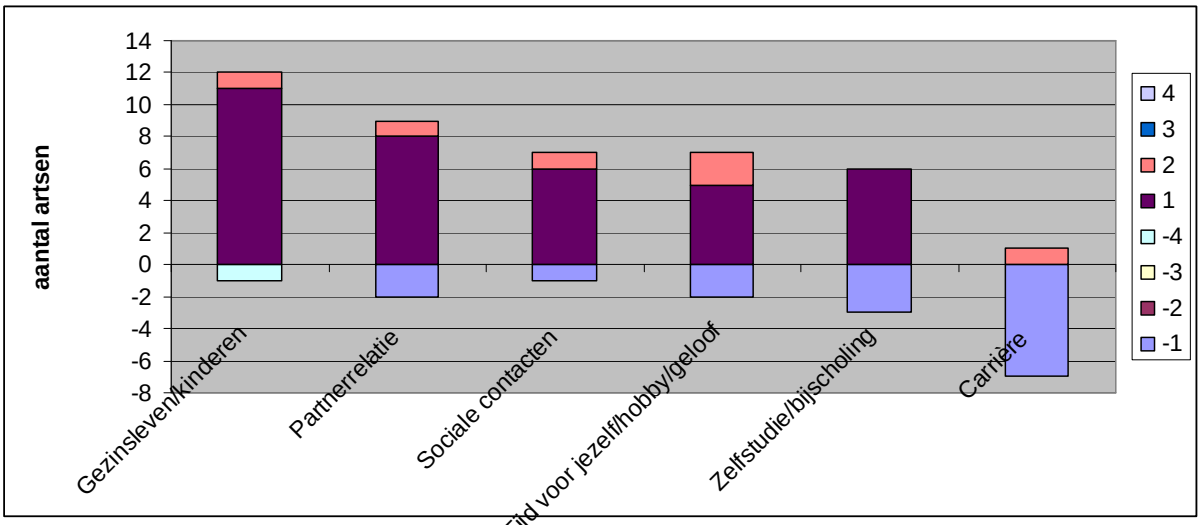
2) Tijdsbesteding

Acht van de achttien huisartsen hebben op alle gebied minstens evenveel tijd als toen ze nog huisarts waren. Niemand heeft op alle gebied minder tijd. Gemiddeld gezien hebben de ex-huisartsen nu meer tijd voor hun gezinsleven, gevolgd door tijd voor hun partnerrelatie en sociale contacten/hobby’s. Enkel voor hun carrière hebben ze minder tijd.

De meesten (modus) hebben 1 punt meer tijd voor hun partner en gezin en evenveel tijd voor sociale contacten, zichzelf/hobby/geloof, carrière en zelfstudie.

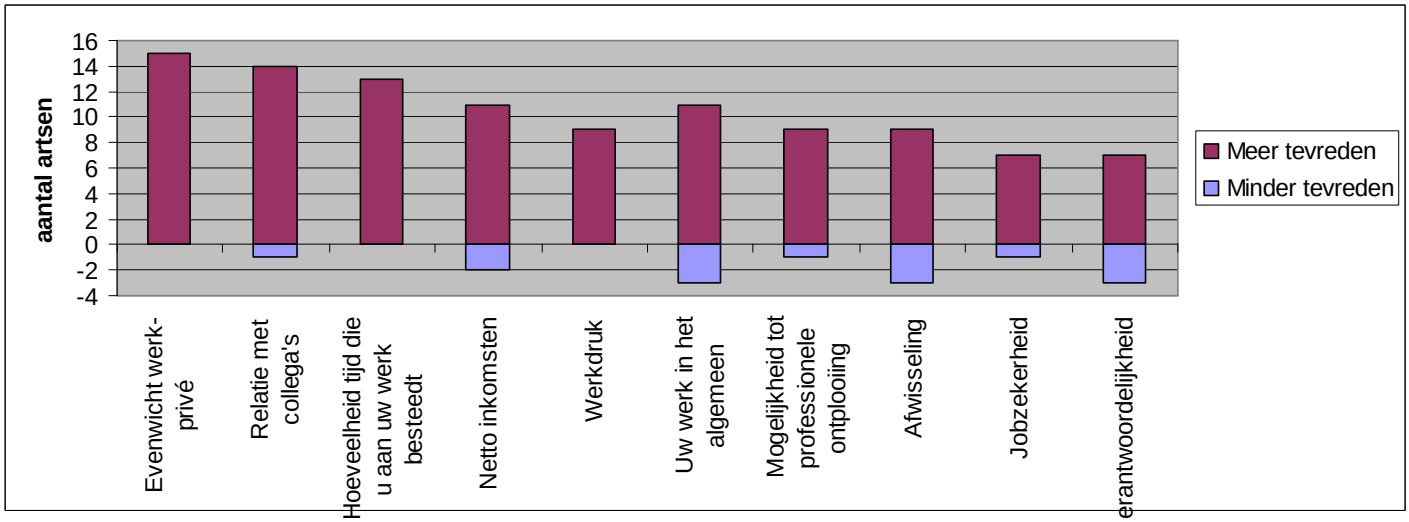


Figuur 17: aantal punten meer of minder tevreden nu in vergelijking met de periode als huisarts



Figuur 18: aantal punten meer of minder tijd nu in vergelijking met de periode als huisarts

3) Jobtevredenheid



Figuur 19: huidige jobtevredenheid vergeleken met jobtevredenheid als huisarts (N=18, het antwoord "even tevreden" werd voor de duidelijkheid van de grafiek weggelaten)

Alle artsen zijn even of meer tevreden op gebied van hoeveelheid tijd die aan het werk besteed wordt, werkdruk en werk-privé evenwicht. Op de andere gebieden zijn de meeste artsen even of meer tevreden. (zie figuur 19)

De grootste toename van tevredenheid situeert zich op evenwicht werk-privé: hierover zijn drie artsen even tevreden en vijftien artsen meer tevreden. Daarna volgen verbetering op gebied van relatie met collega's, gevolgd door hoeveelheid tijd die aan het werk wordt besteed.

Indien artsen minder tevreden zijn, is dit voornamelijk op gebied van werk in het algemeen, verantwoordelijkheid en afwisseling (drie ontevreden artsen). Op gebied van jobzekerheid, relatie met collega's en mogelijkheid tot professionele ontplooiing is telkens één arts ontevreden.

G. Toekomst

Tabel 14: Ziet u zichzelf ooit nog huisarts zijn in de toekomst? Zou u dezelfde studiekeuze maken?

Ziet u zichzelf ooit nog huisarts zijn in de toekomst?		**Zou u dezelfde studiekeuze maken en opnieuw voor huisartsgeneeskunde kiezen?**	
Nooit meer	7	Nee	8
Misschien	9	Weet het niet	3
Ja	2	Ja	7

1) Waarom zou u niet meer voor huisartsgeneeskunde kiezen?

Aan degenen die zich nooit meer of misschien nog als huisarts zien in de toekomst, werd gevraagd waarom ze niet meer voor huisartsgeneeskunde zouden kiezen.

Dezelfde redenen, als vermeld bij de hoofdredenen, worden hier opnieuw opgesomd, namelijk werkuren, avondwerk, weekendwerk, wachten en onvoldoende variatie.

Daarbij antwoorden de meeste artsen ook dat ze momenteel gelukkig zijn in hun huidige werksfeer, een grotere jobtevredenheid hebben, meer voldoening hebben in hun werk en meer *quality time* met het gezin hebben.

Een arts vermeldt dat ze zichzelf te jong vond om bij het afstuderen geneeskunde te weten wat ze de rest van haar leven wou doen. De stages leverden te weinig ervaring op om te weten waarvoor je kiest. In dit kader is het nuttig om twee jaar als huisarts of in een andere functie als arts te werken vooraleer definitief te kiezen voor huisarts of specialisatie.

2) Onder welke voorwaarden ziet u zichzelf opnieuw als huisarts? Wat zou er moeten veranderen om u opnieuw voor de huisartsgeneeskunde te laten kiezen?

Aan degenen die zich *wel of misschien nog als huisarts* zien in de toekomst, werd gevraagd onder welke voorwaarden dit dan zou zijn. (A)

Aan degenen die zich *misschien nog als huisarts zien in de toekomst of nooit meer huisarts* willen zijn, werd gevraagd wat er zou moeten veranderen om hen wel terug voor huisartsgeneeskunde te laten kiezen. (B)

Vijf artsen zijn van mening dat niets ervoor kan zorgen dat ze nog naar huisartsgeneeskunde terugkeren. De veranderingen en voorwaarden die nodig zouden zijn om de overige dertien artsen terug voor huisartsgeneeskunde te doen kiezen, zijn opgesomd in tabel 15.

Tabel 15: "Welke voorwaarden moeten vervuld zijn/ welke veranderingen moeten plaatsvinden om u terug voor huisartsgeneeskunde te laten kiezen?" (tussen haakjes het aantal artsen dat deze voorwaarde/verandering vermeldt)

Niets kan mij doen terugkeren naar huisartsgeneeskunde (5)
Betere werkomstandigheden/werkuren (vaste uren, geen avondraadpleging) (5)
Verandering wachtsysteem (4)
Financiële opwaardering (4)
Betere organisatie huisartsgeneeskunde (4)
Groepspraktijk met praktijkondersteuning (3)
Betere samenwerking met collega's (3)
In een andere levensfase/ misschien op oudere leeftijd (2)
Meer afwisseling, variatie pathologie, technische handelingen, urgenties, verantwoordelijkheid (2)
Verandering visie op ziekte en gezondheid/ verandering mentaliteit van collega's (2)
Opvoeding patiënten (2)
Ander statuut (1)
Betere combinatie met gezin (1)

Slechts enkele mensen haalden inhoudelijke aspecten van het huisartsberoep aan, namelijk de wens tot meer afwisseling, meer kans tot op praktische handelingen en urgenties.

De overige aspecten hebben vooral betrekking op de organisatie van de huisartsgeneeskunde, een betere verloning, een voordeliger statuut, een betere organisatie van de groepspraktijken zelf, met goede afspraken tussen collega's (een gemeenschappelijke visie op ziekte en gezondheid met opvoeding van patiënten) en praktijkhulp. Een belangrijk punt in de organisatie van de huisartsgeneeskunde dat hier wordt voorgesteld is het mogelijk maken van een combinatie met een gezin: dit uit zich vooral in vaste werkuren/geregelde werktijden, minder avondconsultaties, minder weekendwerk en minder wachtdiensten of beter georganiseerde wachtdiensten.

4. PARTNERS (TOTAAL = 14)

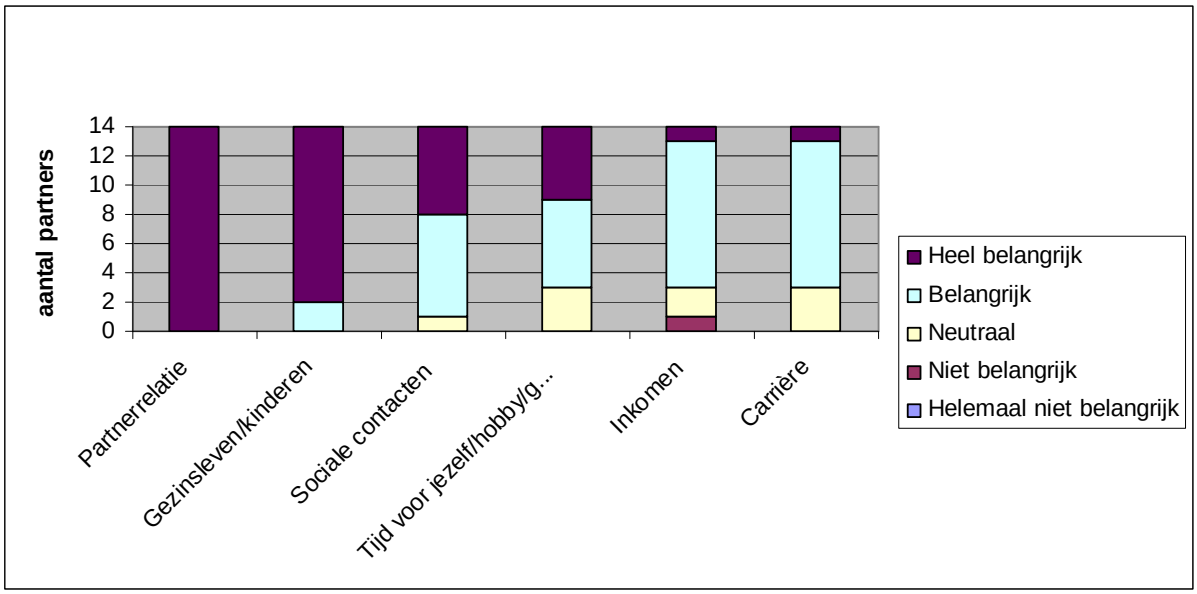
A. Enquête

Veertien partners vulden de enquête in, vier vrouwen en tien mannen. Negen van deze partners vormden een koppel met een arts uit de groep van de achttien artsen.

Het geboortejaar van de partners gaat van 1974 tot 1987. Zij waren dus minimum 23 en maximum 37 jaar oud op het moment van invullen van de enquête. Zij wonen allemaal samen met hun betreffende partner.

Drie partners hebben minstens één arts in de familie: één partner een vader en grootouder, een andere partner enkel een vader, en een derde partner een oom of tante die arts is.

B. Belang levenswaarden partner



Figuur 20: belang levenswaarden bij partner van de arts

Alle partners vinden een goede partnerrelatie heel belangrijk. De overige elementen scoren ook meestal belangrijk tot heel belangrijk. Enkel het inkomen wordt door één partner als niet belangrijk bestempeld. (zie figuur 20)

C. Beroep partner

Dertien van de veertien ondervraagde partners zijn werkzaam op de arbeidsmarkt. Eén partner is momenteel huisvrouw wegens loopbaanonderbreking.

Van de dertien werkende partners werken er acht fulltime. Vier van de partners zijn artsen.

Vijf partners werken met vaste uren overdag, vijf met glijdende uren overdag, twee partners werken in drie shiften en één partner werkt met glijdende uren overdag en thuis.

De partners werken minimum 23 uur en maximum 70 uur per week. Gemiddeld werken zij 40 uur per week. Acht partners moeten soms in het weekend werken, minimum 4 en maximum 36 weekenddagen per jaar. Drie partners moeten soms ’s nachts werken: 5, 20 en 75 nachten per jaar. Zeven partners zijn ’s nachts soms oproepbaar voor hun werk (twee hiervan behoren

tot de drie die soms ’s nachts moeten werken). Zij zijn minstens 60 en maximum 365 nachten per jaar van telefonische permanentie en minstens 70 en maximaal 365 nachten per jaar oproepbaar.

D. Invloed beroep partner

Bij één van de veertien partners die de enquête hebben ingevuld, heeft het beroep van de arts een invloed gehad op zijn/haar eigen beroepskeuze: het koppel heeft samen beslist dat de partner tijdelijk loopbaanonderbreking zou nemen om *quality time* te kunnen hebben met de kinderen en voor de opvang van de kinderen. Bij de overige dertien partners heeft het artsenberoep geen invloed gehad op hun beroepskeuze.

Drie partners hebben het gevoel bepaalde kansen te moeten hebben laten schieten als gevoel van het beroep van hun partner. Volgende kansen zijn verloren gegaan:

- voltijds werken
- carrière, verder studeren, hobby’s
- deeltijds bijkomende job omwille van lange dagen. Partner maakt ook lange dagen.

Omgekeerd zijn drie partners van mening dat hun eigen beroep een invloed heeft gehad op de beslissing van hun partner om geen huisarts meer te zijn.

Twee partners hebben het gevoel dat hun partner door zijn/haar werk wordt opgeslorpt.

E. Drie hoofdredenen om geen huisarts meer te zijn

Ook aan deze veertien partners werd gevraagd om de drie hoofdredenen te noemen waardoor hun partner volgens hen beslist heeft om geen huisarts meer te zijn. Volgende redenen werden opgesomd.

Tabel 16: hoofdredenen om de huisartsgeneeskunde te verlaten volgens de partner van de huisarts (tussen haakjes het aantal partners dat deze reden vernoemt)

Te weinig actie, te weinig uitdagende pathologie (6)
Te weinig tijd voor gezinsleven (5)
Wachtdiensten (4)
Werkdruk/werktijden (o.a. avondwerk, weekendwerk) (4)
Mentaliteit patiënten (4)
Te weinig levenskwaliteit (3)
Te weinig vrije tijd/ tijd voor andere zaken (3)
Moeilijke situatie binnen een groepspraktijk, problemen met collega’s, andere visie (2)
Administratieve last (2)
Inkomen (2)
Statuut van de huisarts (2)

Verschillen met de redenen opgesomd door de huisartsen zijn voornamelijk de aard van de pathologie en te weinig uitdaging als belangrijkste reden. De tweede reden volgens de partners is gelijk aan de voornaamste reden genoemd door de huisartsen, namelijk tijd voor gezin. Wat hier nog extra naar boven komt, is het benoemen van te weinig levenskwaliteit en

te weinig vrije tijd. De mentaliteit van de patiënten wordt hier ook iets vaker vernoemd dan door de artsen.

Wanneer we de redenen binnen de negen koppels onderling vergelijken, zien we dat vier van de negen koppels minstens twee gelijke redenen opsomt. Vier koppels hebben één reden gemeenschappelijk, één koppel heeft geen gemeenschappelijke redenen.

De partners hameren vaker op te weinig levenskwaliteit/te weinig vrije tijd of tijd voor sociale contacten (3x) en vermeldden laag inkomen en de wachtdiensten twee keer extra in vergelijking met hun partners huisartsen. De huisartsen zelf komen vaker met moeilijke gezinscombinatie en werktijden (2x) als reden naar voor.

F. Rol van de partner in carrièrewending

Geen enkele persoon heeft zijn/haar partner de beslissing afgeraden om geen huisarts meer te zijn. Tien partners hebben hun partner arts in zijn/haar beslissing gesteund, de overige vier speelden een neutrale rol. Zes partners zijn heel tevreden en zes partners zijn tevreden over de beslissing van hun partner. Twee partners zijn neutraal betreffende de beslissing.

DISCUSSIE

1. ALGEMENE DATABANK

Het opstellen van de algemene databank betreft een cross sectie onderzoek: we gingen na wat de beroepsactiviteit van de betreffende huisartsen was op een bepaald tijdstip, namelijk zomer 2011. Dit was één van de moeilijkste gedeelten van deze masterproef. Aangezien we geen hulp kregen van officiële instanties, hebben we gebruik moeten maken van de bronnen die algemeen beschikbaar waren voor ons als artsen: de website van de Nationale Raad, ledenlijsten van de provinciale ordes, Mediwacht, websites van huisartsenkringen, websites van huisartspraktijken en andere online bronnen.

Voor het toekennen van de beroepsactiviteit hebben we de artsen dubbel gecheckt: ze moesten in minstens twee van bovenvermeldde bronnen terug te vinden zijn, vooraleer we een bepaalde beroepsactiviteit aan hen toeschreven. Dat betekent dat we met grote betrouwbaarheid kunnen vertellen dat 498 van de 602 huisartsen die afgestudeerd zijn in de periode 2005-2009, nog steeds huisarts zijn. Ook hebben we vastgesteld dat 66 afgestudeerde huisartsen een andere job uitoefenen. Van de 38 huisartsen die moeilijker terug te vinden waren, weten we van sommigen dat ze zich in het buitenland bevinden (als arts of onder andere omstandigheden). Onder deze 38 artsen bevinden zich echter ook mensen van wie we geen enkel spoor konden terugvinden.

In ons volledig onderzoek, dus zowel bij huisartsen die nog steeds als huisarts werken, als bij gestopte huisartsen, moeten we rekening houden met het '*healthy worker effect*': het verschijnsel dat ontevreden artsen (soms gestopt met werken) onvindbaar blijken of niet reageren, terwijl succesvolle, tevreden artsen goed vindbaar zijn en graag meewerken[34]. Dit is een argument dat pleit voor de veronderstelling dat zich onder de 38 niet teruggevonden huisartsen een groot percentage gestopte huisartsen bevindt.

A. <u>Aantal stoppers</u>

66 of 11 % van de huisartsen werkt binnen de één à zes jaar na afstuderen niet meer als huisarts. Als we ervan uitgaan dat de 38 niet teruggevonden artsen, hoogstwaarschijnlijk ook geen huisarts meer zijn, dan komt dit op een percentage van 17,3 % of ongeveer één op zes. Een aantal mensen hebben tijdens hun HAIO-opleiding beseft dat ze geen huisarts meer wilden zijn, en hebben meteen ook die beslissing doorgevoerd. Dit is het geval bij 44 artsen. Als we deze bij onze totale groep rekenen, komen we op een percentage van 22,9 %, of meer dan één op vijf, die drie tot acht jaar na de start van hun opleiding uiteindelijk niet als huisarts werken. Van degenen die de HAIO-opleiding gestart zijn werkt 77,1 % na drie tot acht jaar nog als huisarts.

Bovenstaande percentages moeten in zijn context geïnterpreteerd worden, gezien de heterogene groep waarop ze zijn uitgerekend: het varieert hier van huisartsen die nog maar één jaar zijn afgestudeerd, tot huisartsen die al zes jaar zijn afgestudeerd. We kozen hier voor artsen die minimum één tot maximaal zes jaar zijn afgestudeerd, omdat we ervan uitgingen dat artsen na hun huisartsopleiding na één jaar wel weten of ze zich zullen vestigen als huisarts of niet. Uit de antwoorden van onze steekproef blijkt echter dat een groot deel (7/18) nog na de HAIO-opleiding deze beslissing heeft genomen, namelijk tijdens (iets meer dan de

helft) of na het eerste jaar als afgestudeerde huisarts. Hierdoor valt te verwachten dat een deel van onze populatie die momenteel nog huisarts is, in de toekomst nog zal afhaken.

B. Ex-huisartsen: huidige beroepsactiviteit

De 66 artsen die geen huisarts meer zijn, werken bijna allemaal in de medische sector. Dit kan te wijten zijn aan het feit dat we niet-huisartsen die niet meer in de medische sector actief zijn, moeilijker traceerbaar zijn en zich bevinden onder de 38 artsen van wie we geen spoor hebben teruggevonden. Dit betekent dat minstens twee derde van de artsen waarvan we geen bewijs van activiteit als huisarts terugvonden, wél nog actief is als arts (65/104). Deze gestopte artsen besloten dus dat ze geen huisarts meer wilden zijn, maar behielden hun klinische roeping.

Meer dan de helft van de groep van 66 artsen die we teruggevonden hebben, koos voor spoedgeneeskunde of een specialisatie, namelijk 37 artsen, onder wie 22 vrouwen en 15 mannen. Van de overigen is een groot deel werkzaam in de maatschappelijke gezondheidszorg, maar bijna uitsluitend vrouwelijke artsen.

Uit onze algemene databank blijkt dat in verhouding evenveel mannen als vrouwen het pad van de huisartsgeneeskunde verlaten, er is geen significant verschil tussen mannen en vrouwen op gebied van beroepsactiviteit. Dit in tegenstelling tot het onderzoek van Van Baelen *et al.*, waar de beroepskeuze na 5 jaar statistisch afhankelijk bleek te zijn van het geslacht[29].

De theorie van Van Baelen *et al.*, dat huisartsgeneeskunde vooral bij mannen als een springplank naar andere specialisatie dient, kunnen we hier niet volledig bevestigen. Het is wel zo dat binnen de groep mannelijke stoppers, het grootste deel voor een specialisatie of spoedgeneeskunde gaat. De vrouwelijke ex-huisartsen vinden hun nieuwe job zowel in spoed/specialisatie als in de maatschappelijke gezondheidszorg. Binnen mijn steekproef van achttien ondervraagde artsen blijkt ook dat meer vrouwen dan mannen voor een job in de maatschappelijke gezondheidszorg kiezen. Deze uitspraak is wel met voorzichtigheid te interpreteren, gezien het kleine aantal mannen (4) in de steekproef.

De mannelijke stoppers mogen dan wel in een specialisatie of spoedgeneeskunde terechtkomen, dit is dan wel niet met voorbedachte rade: slechts twee van de respondenten op mijn enquête wisten reeds vóór hun huisartsopleiding dat ze geen huisarts wilden zijn. Alle anderen zijn dus aan hun HAIO-opleiding gestart met de bedoeling later huisarts te worden.

C. Beroepskeuze van huisartsen na afstuderen

Bovenstaande cijfers kunnen we vergelijken met de resultaten van het onderzoek van Van Baelen *et al.*, die nagingen wat het beroepsgedrag was van huisartsen binnen de 5 jaar na afstuderen. De vergelijking gaat echter niet volledig op aangezien ons onderzoek uitgaat van afgestudeerde huisartsen terwijl het onderzoek van Van Baelen *et al.* het afstuderen in de huisartsrichting aan één van de Vlaamse universiteiten als uitgangspunt had. Voordeel van ons onderzoek is dat alle afgestudeerde huisartsen in onze algemene databank geïncludeerd zijn, terwijl het onderzoek van Van Baelen *et al.* slechts een steekproef (respons op een postenquête) betreft.

Van de artsen die in 1990 waren afgestudeerd in de richting huisartsgeneeskunde, bleek 52,4 % huisartsgeneeskunde als hoofdberoep uit te oefenen, een afname in vergelijking met de promotie van 1985, waar 75,4 % nog werkzaam was als huisarts[29].

Van de cohorte huisartsen die in 2006 aan het ICHO is afgestudeerd, is na vijf jaar (anno 2011) nog 81,7 % werkzaam als huisarts in Vlaanderen. Van deze cohorte heeft 11,1 % een andere job, 7,2 % bevond zich in het buitenland of was niet terug te vinden. Hierbij missen we dus wel de mensen die als arts optie huisartsgeneeskunde zijn afgestudeerd maar uiteindelijk niet starten met de HAIO-opleiding, en de mensen die hun HAIO-opleiding niet voltooien.

2. ENQUÊTE

A. Inhoudelijke aspecten

Het navragen van persoonlijkheidskenmerken en karaktertrekken van de arts werd achterwege gelaten. Dit kon hier nog een interessante bijdrage leveren, gezien gebleken is dat bepaalde persoonlijkheidskenmerken een arts gevoeliger maken voor burnout: sommige karaktertypes lopen een hoger risico op burnout. Dit is onder meer het geval voor mensen die emotioneel onstabiel zijn, die te heftig reageren op hun omgeving en die, in aanwezigheid van stress, angst- of depressiesymptomen kunnen ontwikkelen. Ook zelfkritische en perfectionistische types, die zichzelf een veeleisende discipline opleggen en die moeilijk opdrachten kunnen delegeren, lopen een groter risico op burnout[6].

Verder was de vragenlijst voor de arts misschien wat lang, en hebben we veel vragen gesteld die van minder belang waren. Zo bijvoorbeeld de vragen met betrekking tot het huidige huishouden. Misschien was het interessant geweest meer subjectieve vragen te stellen naar de organisatie van werk-privé evenwicht in de periode als huisarts. Zo hadden we kunnen navragen of ze vaak werk-privé conflicten ervaren hadden en hoe deze conflicten meestal werden opgelost. Verder ook de algemene vragen naar de subjectieve taakverdeling in het huishouden, bijvoorbeeld “Vindt u dat u veel hulp krijgt van uw partner in het huishouden?” Ook de vragenlijst voor de partner hadden we op dezelfde manier meer kunnen toespitsen op de subjectieve beleving in plaats van objectieve vragen te stellen.

B. Response rate

In acht genomen dat elke arts telefonisch zijn akkoord tot deelname had gegeven, kunnen we zeggen dat we met 43,9 % bij de artsen en 34,2 % bij de partners, een lage *response rate* hebben. In de literatuur wordt een percentage van 55 % antwoord op schriftelijke enquêtes genoemd[35].

Deze lage *response rate* kan te maken hebben met het feit dat de website van de enquête gedurende bepaalde tijd onbeschikbaar was. De onafhankelijke tussenpersoon ontving hieromtrent enkele e-mails van de proefpersonen. Het is mogelijk dat artsen en partners die initieel van plan waren de enquête in te vullen, hier toch van af zagen toen ze botsten op een technisch defect op de website.

C. Persoonlijkheid, tevredenheid en tijdsbesteding

Uit de enquête blijkt dat de ondervraagde artsen erg veel belang hechten aan een goede partnerrelatie en gezinsleven. Het blijkt dat ze hun leven hier ook naar geleid hebben, want ze zijn momenteel tevreden over hun leven in het algemeen, en dan nog het meest van al op gebied van hun partnerrelatie en gezinsleven. De meeste artsen hebben reeds kinderen, en hebben momenteel ook genoeg tijd voor hun gezinsleven en kinderen. Tien van de achttien artsen werken momenteel parttime.

Wat opvalt is dat de meeste huishoudelijke taken en zorgtaken voor de kinderen meestal door de arts zelf en slechts in tweede instantie door de partner worden uitgevoerd. Dit valt waarschijnlijk te verklaren door het feit dat de meerderheid van de respondenten vrouwelijke artsen zijn.

Op gebied van hobby's is de helft van de artsen eerder neutraal tot ontevreden. Het blijkt dat ze voor hobby's en sociale contacten te weinig tijd hebben.

D. Tevredenheid en tijdsbesteding als huisarts

Globaal gezien situeerde de enige tevredenheid als huisarts zich op gebied van de partnerrelatie. Op de overige gebieden was het merendeel van de huisartsen heel ontevreden tot neutraal. De meeste artsen hadden veel te weinig tot te weinig tijd. Vooral op gebied van hobby's en sociale contacten heerste de grootste ontevredenheid respectievelijk tijdsgebrek.

Het stoppen als huisarts leverde dus een grote verbetering op alle gebieden. De grootste toename in tevredenheid en tijdswinst situeert zich op gebied van gezinsleven.

E. Stopredenen

Wat zijn nu de redenen dat deze groep artsen het pad van de huisartsgeneeskunde heeft verlaten? Werk-privé evenwicht is met grote voorsprong reden nummer één. Vaak werd ook vermeld dat er problemen met collega's waren, vooral door een verschillende visie op de huisartsgeneeskunde. Daarna volgen een aantal organisatorische kenmerken van het huisartsberoep, zoals werkdruk/werktijden en wachtdiensten. Een aantal artsen vernoemt sleur en weinig uitdaging/variatie als een reden. Verwonderlijk genoeg zijn te veeleisende patiënten of te weinig respect van patiënten voor twee huisartsen een reden geweest om te stoppen.

Het lage inkomen wordt ook nog steeds als reden opgesomd. Daarnaast hebben we dan een aantal artsen die naast bovenstaande reden ook een positieve motivatie hadden: zij kregen een nieuwe aanbieding of vonden dat ze hun talenten beter konden uitbouwen in een andere functie.

Als dan aan de artsen gevraagd werd wat globaal genomen de voornaamste reden is dat huisartsen uit het beroep stappen, wint werk-privé evenwicht met een nog grotere voorsprong. De tweede reden is werkdruk/werktijden. De derde en vierde reden verschillen van de redenen die de artsen voor zichzelf hadden opgegeven: onderwaardering van de huisarts en het Belgische huisartsenlandschap (de oude garde).

We kunnen besluiten dat de voornaamste reden om te stoppen de moeilijke combinatie met een gezin is. Daarbij komen als reden vooral factoren gerelateerd aan de

werkomstandigheden. Slechts een minderheid van artsen vermeldt als reden inhoudelijke kenmerken zoals te veel routinetaken of veeleisende patiënten, maar als reden naast organisatorische aspecten.

Uit de resultaten van de CanMeds blijkt verder dat de meeste artsen het inhoudelijke van het huisartsberoep nog steeds aantrekkelijk vinden, o.a. de problematiek zelf, het brede karakter van de huisartsgeneeskunde, het sociale contact met de patiënten en de sociale dimensie van het beroep, het contact met collega's, technische handelingen en urgenties. Ook het continu bijscholen en opleiden van jongere collega's is iets wat de huisartsen aantrekt. Dit is volledig in overeenstemming met de literatuur, waar besloten wordt dat inhoudelijke kenmerken zoals diversiteit van het werk, relatie en contact met collega's, en betrokkenheid bij opleiding van studenten, de jobtevredenheid verhoogde. De tewerkstellingscondities daarentegen, zoals zware werklast, administratie, te veel werkuren, etc., waren elementen die de jobtevredenheid verlaagden[8-9].

Opvallend is dat de "eenzaamheid" van het beroep voor zeven van de achttien artsen bijgedragen heeft tot de beslissing om te stoppen. De meeste artsen vinden technische handelingen erg aantrekkelijk. Daarnaast klagen sommige artsen dat er te weinig variatie is in de taken van de huisarts. We kunnen er dus van uitgaan dat de meeste artsen graag nog een aantal technische handelingen zelf verrichten, zoals bloed prikken, cervixuitstrijkjes nemen, etc. Dit is belangrijk te onthouden wanneer we taakdelegatie als mogelijke oplossing naar voor brengen om het dreigend huisartsentekort in te vullen. Een aantal huisartsen zullen niet enthousiast zijn om technische aktes naar praktijkassistenten te delegeren.

F. Nieuwe carrière

Alle gestopte huisartsen blijven hun klinische roeping behouden. In mijn steekproef is er maar één iemand die een niet-medisch bijberoep heeft, namelijk schrijver. Een groot deel van de artsen is overgestapt naar een klinische discipline/specialisatie, maar een even groot deel werkt nu in de maatschappelijke/preventieve gezondheidszorg. Iedereen blijft werken met patiënten. Er is slechts één arts die niet meer met patiënten in contact komt.

De meeste artsen (14 van de 18) hebben geen spijt van hun beslissing. Wat opvalt is dat alle spoedartsen blij zijn dat ze geen huisarts meer zijn. Twee van de drie arbeidsgeneesheren hebben spijt van hun beslissing.

Op gebied van jobtevredenheid zien we dat er op alle gebieden een grotere tevredenheid is, met aan de top werk-privé evenwicht, gevolgd door relatie met collega's en hoeveelheid tijd die aan het werk wordt besteed.

Deze artsen zijn meestal overgestapt naar jobs met vastere werkuren, zoals arbeidsgeneeskunde, spoedgeneeskunde en jobs in de maatschappelijke gezondheidszorg. Deze beroepen zijn volgens de ex-huisartsen gemakkelijker combineerbaar met een gezin. Daarbij kunnen we de opmerking maken dat vele andere afgestudeerde artsen die niet voor huisartsgeneeskunde kiezen, een opleiding tot specialist starten, wat even of misschien zelfs veel meer belastend is voor het werk-privé evenwicht dan huisarts.

G. Stopredenen volgens partner van de arts

De visie van de partners op de stopredenen van de arts komt in grote mate overeen met wat de artsen hierboven zelf hebben vermeld. Zij geven dezelfde redenen aan, maar in andere frequentie. De niet-uitdagende aard van de pathologie wordt door hen als voornaamste reden genoemd. Zij hebben wel meer aandacht voor levenskwaliteit in het algemeen. Ook te weinig tijd voor sociale contacten, voor zichzelf en voor hobby's wordt door de partners aangebracht, terwijl de artsen zelf voornamelijk tijd voor hun gezin en partner in het achterhoofd houden. Het lage inkomen en de mentaliteit van patiënten wordt ook vaker door partners als reden naar voor geschoven.

H. Wat moet veranderen in de huisartsgeneeskunde?

Wat de artsen in dit onderzoek aangeven komt vooral neer op een betere organisatie van de huisartsgeneeskunde. De verloning en het statuut kan beter. Daarnaast wordt belang toegekend aan een goede organisatie van de groepspraktijken met afspraken tussen collega's en een gemeenschappelijke visie op ziekte en gezondheid en opvoeding van patiënten. Het element met de meeste terugkoppeling naar de stopredenen is het mogelijk maken van een combinatie tussen werk en gezin: dit uit zich hier vooral in vaste werkuren/geregelde werktijden, minder avondconsultaties, minder weekendwerk en minder wachtdienst of beter georganiseerde wachtdiensten.

Slechts enkele mensen geven inhoudelijke veranderingen aan zoals meer variatie van pathologie, met voornamelijk de nadruk op het mooi afgrenzen van het takenpakket van de huisarts als bescherming tegen de invloed van de specialist.

Rekening houdend met de eerder bestudeerde literatuur en de resultaten van dit onderzoek is het jammer te zien dat Belgische stakeholders de laagste score geven aan maatregelen met impact op de balans werk-privéleven. De hoogste score gaat naar maatregelen die ingrijpen op de praktijkorganisatie van huisartsen[3].

I. Reversibiliteit beslissing/ toekomstperspectief

De ondervraagde artsen blijven hun klinische roeping behouden, maar het was voor de meeste artsen de moeilijke combinatie met het gezin, de vele werkuren en onvoorspelbare werkuren in combinatie met gebrekkige verloning die hen heeft doen afhaken. Zeven van de achttien artsen zien zich nooit meer als huisarts in de toekomst, maar bij beter navragen blijkt dat bij slechts vijf artsen niets hen nog kan doen terugkeren naar de huisartsgeneeskunde. Iets minder dan één derde wijst dus de huisartsgeneeskunde op zich af. Bij meer dan twee derde van de gestopte huisartsen is het dus een beslissing geweest die nog reversibel was onder de juiste voorwaarden.

J. ‘Ideale’ huisartsgeneeskunde

Alle stopredenen en suggesties samengenomen, kunnen we een beeld schetsen zoals geformuleerd met elementen die deze achttien artsen aangebracht hebben.

Een goedbetaalde huisarts met een voordelig statuut, die werkt in een multidisciplinaire groepspraktijk met praktijkassistentie en uitgebouwd secretariaat, waar een goede samenwerking is tussen collega’s met een gemeenschappelijke visie op geneeskunde, ziekte en gezondheid en waar patiënten worden opgevoed. Maar waar de huisarts deze job kan combineren met een gezin, door de goede organisatie van de huisartsgeneeskunde, in de vorm van vaste werkuren, minder avond- en weekendwerk en goed georganiseerde wachtdiensten. De reden dat de Belgische stakeholders niet enthousiast zijn om maatregelen die het werk-privé evenwicht moeten verbeteren, in te voeren, is omdat deze de toegankelijkheid van de gezondheidszorg en de kosten negatief kunnen beïnvloeden, zoals bijvoorbeeld deeltijds werken. Ook is het bijvoorbeeld zo, dat als artsen minder werken gedurende de avond, de wachtdiensten sterker belast zullen worden en dus moeten kunnen steunen op een goede organisatie. Een aantal van deze problemen zijn eigen aan het systeem van België, waar mensen voor één dag arbeidsongeschiktheid een briefje nodig hebben, en een dokterconsultatie bij voorkeur na hun werkuren moeten laten doorgaan.

K. HAIO-opleiding versus zelfstandig huisarts?

We kunnen ons afvragen of we ons hier vooral geconcentreerd hebben op aspecten van de huisartsopleiding of op het huisartsberoep zelf? De helft van de gestopte huisartsen heeft namelijk tijdens de HAIO-opleiding beslist om geen huisarts meer te zijn. De opleiding als huisarts is uiteindelijk nog geen absolute weergave van het leven als huisarts. Als huisarts heb je veel meer zelfstandigheid, meer respect van patiënten (?), een andere soort drukte (geen casussen, thesis, examenstress, …). Vooral het porfolio en de masterproef worden door HAIO’s als een zware belasting ervaren[36-37]. Zijn de personen in ons onderzoek gestopt omdat de HAIO-opleiding hen tegenviel of eerder door het huisartsberoep op zich? In een studie van Lemkau *et al.* werd geconstateerd dat het percentage burnout kleiner is na de opleiding dan tijdens de opleiding. In deze studie hebben we vooral gepeild naar de aspecten van het huisartsberoep zelf.

3. VERDER ONDERZOEK

De resultaten van dit onderzoek kunnen we vergelijken met het onderzoek van mede-HAIO's Lieselot Smet en Evelien Veeckman, die een gelijkaardig onderzoek deden bij recent gestarte mannelijke en vrouwelijke huisartsen. Wat zijn de verschillen in werk-privé evenwicht tussen de huisartsen die hebben 'opgegeven' en huisartsen die hun motivatie alsnog behouden? Hoe organiseren zij het evenwicht tussen werk en privéleven? Hoe slagen deze recent gestarte huisartsen om alle moeilijkheden waarmee een huisarts te maken krijgt, te overwinnen? Hebben zij ook last van de moeilijke werkomstandigheden? In welke aspecten blijft het huisartsberoep voor hen aantrekkelijk? Doen zij gelijkaardige voorstellen om het huisartsberoep aantrekkelijker te maken? Verder is ook de rol van de partner interessant om verder te exploreren. Geldt het ook voor huisartsenkoppels dat zij een lagere mentale *quality of life* hebben dan koppels waarin slechts één van beide partners huisarts is, zoals recent werd aangetoond bij artsenkoppels met chirurgen? Ook de invloed van de HAIO-opleiding zou verder moeten worden uitgespit: aangezien een groot deel van de artsen in dit onderzoek gestopt is na de HAIO-opleiding, zouden zij misschien toch positiever t.o.v. het huisartsberoep staan als zij een aantal jaren als 'volwaardig' huisarts hebben gewerkt?

Indien het mogelijk zou zijn enkele van voorgestelde maatregelen geformuleerd in de KCE rapporten of door de artsen in dit onderzoek, te implementeren, zouden we het effect ervan op de levenskwaliteit en het werk-privé evenwicht van artsen kunnen nagaan.

BESLUIT

Van de 602 huisartsen afgestudeerd in de periode 2005-2009 aan het ICHO zijn in 2011 nog 498 personen werkzaam als huisarts. 38 artsen waren niet terug te vinden. Van 66 artsen zijn we zeker dat ze niet meer als huisarts werken. De meerderheid is werkzaam als spoedarts of specialist, een kleiner deel in de maatschappelijke gezondheidszorg. Uit een steekproef van 50 artsen van deze populatie, vulden 18 artsen en 14 partners onze vragenlijst in. Deze ex-huisartsen hechten erg veel belang aan hun partnerrelatie en gezinsleven. De helft van deze artsen nam de beslissing om geen huisarts meer te zijn tijdens hun HAIO-jaren. De hoofdreden hiervoor was te weinig tijd voor het gezin, gevolgd door werkdruk/werktijden en problemen met collega's. Globaal genomen menen deze huisartsen dat de meerderheid stopt om werk-privé redenen en moeilijkheden aangaande werkdruk/werktijden, maar ook het idee dat de huisarts geherwaardeerd moet worden en dat het Belgische huisartsenlandschap nog niet klaar is voor de jong opgeleide huisartsen, werd aangehaald. De partners van de artsen benadrukken te weinig uitdagende pathologie gevolgd door tijd voor het gezin en wachtdiensten/ werkdruk en werktijden/ mentaliteit van patiënten als hoofdredenen. De inhoudelijke aspecten van het werk, zoals de aard van de problematiek, de sociale dimensie van het beroep, patiëntencontact, de afwisseling van het werk en dergelijke worden door de bevraagden als aantrekkelijk bevonden, terwijl de werkomstandigheden, zoals werkuren en werktijden, stress, administratie, wachtdienst en huisbezoeken als onaantrekkelijk tot reden om te stoppen werden ervaren.

Slechts vier van de achttien artsen hebben spijt van hun beslissing. Op alle gebieden hebben ze een grotere jobtevredenheid, met aan de top verbetering van werk-privé evenwicht. Globaal gezien betekende het stoppen als huisarts voor hen een verbetering in levenskwaliteit, met de grootste toename in tevredenheid op gebied van gezinsleven en de grootste tijdstoename voor de partnerrelatie. Volgende veranderingen in het huisartsberoep worden door de ondervraagde artsen voorgesteld: een betere verloning, voordeliger statuut voor de huisarts, groepspraktijken met maximale praktijkondersteuning en uitgebouwd secretariaat, goede samenwerking met collega's en een gemeenschappelijke visie op ziekte en gezondheid, opvoeding van patiënten, vaste werkuren, minder avond- en weekendwerk, en goed georganiseerde wachtdiensten. Hierdoor zou er een haalbare combinatie moeten zijn tussen het huisartsberoep en gezinsleven, en zou de jobtevredenheid van huisartsen moeten toenemen. Als deze voorwaarden vervuld zijn, zullen vermoedelijk meer studenten voor huisartsgeneeskunde kiezen en zullen minder huisartsen door een verstoord werk-privé evenwicht of burnout het beroep verlaten.

REFERENTIES

1. The European Society of General Practice/Family Medicine. Huisartsgeneeskunde: de Europese definitie. 2003. Utrecht: NHG/WONCA/VVH.
2. Chang CH, Stukel TA, Flood AB, Goodman DC. Primary care physicians workforce en Medicare beneficiaries' health outcomes. JAMA 2011;305:2096-104.
3. Lorant V, Geerts C, D'Hoore W, Sauwens D, Remmen R, Peremans L et al. Huisartsgeneeskunde: aantrekkingskracht en beroepstrouw bevorderen. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2008. KCE reports 90A.
4. Maslach C, Jackson SE, Hillsdale N, Erbaum. Burnout in the health professions: A social psychological analysis. G. Sanders & J. Sub (Eds.), Social psychology of health and Illness. 1982.
5. Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, Roland M, De Schampheleire J, De Troyer M et al. Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2011. KCE Reports 165A.
6. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. Fam Pract 2008 Aug;25(4):245-65.
7. Kjeldmand D, Holmström I. Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. Ann Fam Med. 2008 Mar-Apr;6(2):138-45.
8. Van Ham I, Verhoeven AA, Groenier KH, Groothoff JW, De Haan J. Job satisfaction among general practitioners: a systematic literature review. Eur J Gen Pract. 2006;12(4):174-80.
9. Götz K, Broge B, Willms S, Joos S, Szecsenyi J. Die Arbeitszufriedenheid von Allgemeinmedizinern. Med Klin (Munich). 2010 Nov;105(11):767-71. Epub 2010 Dec 7.
10. Groenewegen PP, Hutten JB. Workload and job satisfaction among general practitioners: a review of the literature. Soc Sci Med. 1991;32(10):1111-9.
11. Shrestha D, Joyce CM. Aspects of work-life balance of Australian general practitioners: determinants and possible consequences. Aust J Prim Health. 2011;17(1):40-7.
12. Dyrbyre LN, Shanafelt TD, Balch CM, Satele D, Sloan J, Freischlag J. Relationship between work-home conflicts and burnout among American surgeons: a comparison by sex. Arch Surg. 2011 Feb;146(2):211-7.
13. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Sloan JA, Shanafelt TD. Work/home conflict and burnout among academic internal medicine physicians. Arch Intern Med 2011;171:1207-9.
14. Dyrbyre LN, Shanafelt TD, Balch CM, Satele D, Freischlag J. Physicians married or partnered to physicians: a comparative study in the American College of Surgeons. J Am Coll Surg. 2010 Nov;211(5):663-71.
15. Houkes I, Winants Y, Twellaar M, Verdonk P Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. A three-wave panel study. BMC Public Health. 2011 Apr 18;11:240.
16. Adám S. High prevalence of work-family conflict among female physicians: lack of social support as a potential antecedent. Orv Hetil. 2009 Dec 13;150(50):2274-81.
17. Lemkau J, Rafferty J, Gordon R Jr. Burnout and career-choice regret among family practice physicians in early practice. Fam Pract Res J. 1994 Sep;14(3):213-22.
18. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Stamm M. Family physicians in Switzerland: transition from residency to family practice. Fam Med. 2011 Jan;43(1):29-36.

19. Kiolbassa K, Miksch A, Hermann K, Loh A, Szecsenyi J, Joos S, Goetz K. Becoming a general practitioner—which factors have most impact on career choice of medical students? BMC Fam Pract. 2011 May 9;12:25.
20. Remmen R, Seuntjens L, Pestiaux D, Leysen P, Knops K, Lafontaine J-B, et al. Kwaliteitsbevordering in de huisartsenpraktijk in België: status quo of quo vadis? Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2008. KCE Reports 76A.
21. Roberfroid D, Stordeur S, Camberlin C, Van de Voorde C, Vrijens F, Léonard C. Physician workforce supply in Belgium: current situation and challenges. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2008. KCE reports C.
22. Jaarstatistieken gezondheidsberoepen in België. Aantal beroepsbeoefenaars 31/12/2010 en instroom 2010. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2011.
23. Kwart huisartsen op non-actief. Artsenkrant nr. 2143, 01/03/2011.
24. Panhuysen T. Beroepskeuze bij studenten geneeskunde [2de proef opleiding Arts]. Gent: Universiteit Gent 2005.
25. Ryssaert L, Avonts D, De Maeseneer J. Actuele carrièreperspectieven bij masterstudenten geneeskunde. Bevraging aan de Universiteit Gent. Huisarts Nu 2011;40:437-40.
26. Coppens F, Panhuyzen T. Beeldvorming van studenten m.b.t. carrières in de gezondheidszorg. Vergelijking met opvatting van praktijkvoerende artsen [masterthesis]. Universiteit Gent, 2005.
27. Scott I, Wright B, Brenneis F, Brett-Maclean P, McCaffrey L. Why would I choose a career in family medicine?: Reflections of medical students at 3 universities. Can Fam Physician. 2007 Nov;53(11):1956-7.
28. Ryssaert L, Gielis G, De Maeseneer J. Het leven en werk van jonge huisartsen: beschrijving van praktijksituatie, beroepsactiviteiten, levenskwaliteit, carrièreperspectief en motivatie van huisartsen in Nederlandstalig België. Gent: Interuniversitair Samenwerkingsverband Huisartsenopleiding; 2009:p.45.
29. Van Baelen S, Goedhuys J, Heyrman J. Beroepskeuze van huisartsen vijf jaar na afstuderen: promotie 1990 vergeleken met promotie 1985. Tijdschrift voor geneeskunde. 1998;54(12):824-8.
30. Fédération des Maisons Médicales. Le burn-out: quand s'ouvrent les portes du vide... . Santé Conjuguée. 2005(32).
31. Orde van geneesheren. Beschikbaar via: http://www.ordomedic.be. Geraadpleegd van april 2011 tot augustus 2011.
32. Mediwacht.be. Beschikbaar via: http://www.mediwacht.be. Geraadpleegd van april 2011 tot augustus 2011.
33. VUB Brussel, faculteit geneeskunde en farmacie, faculteitssecretariaat-studentensector Compententiegebieden volgens de Canmeds. Beschikbaar via: http://minf.vub.ac.be/studeren/reglementen/arts/2011-2012/Bijlage%2022%20Competentiegebieden%20CanMeds.pdf. Geraadpleegd op 18 maart 2011.
34. Schmit Jongbloed LJ, Borleffs JCC, van Lohuizen MT, Cohen-Schotanus J. Arbeidssatisfactie van artsen gedurende hun loopbaan. Ned Tijdschr Geneeskd. 2010;154:A1691 .

35. Asch DA, Jedrziewski MK, Christakis NA. Response rates to mail surveys published in medical journals. Asch DA, Jedrziewski MK, Christakis NA. J Clin Epidemiol. 1997 Oct;50(10):1129-36.
36. Van Nuffel W, Devroey D. Lacunes in de opleiding huisartsgeneeskunde. Een behoeftescreening bij jonge huisartsen en huisartsen in opleiding. Huisarts Nu 2011;40:441-5.
37. Gielis G. Het wel en wee van een hibo. Resultaten van een enquête uit 2004. Huisarts Nu 2007;36(1):6-9.

BIJLAGEN

BIJLAGE I: E-MAIL EN VRAGENLIJST VOOR DE ARTS

Geachte dokter,
Beste collega,

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

L. <u>Motivatie van recent afgestudeerde huisartsen om al dan niet in het beroep te stappen.</u>

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 huisarts die ervoor kiest om niet in het beroep te stappen. Het doel is inzicht te krijgen in de factoren die tot deze beslissing leiden, alsook in de 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>u en uw partner</u> tot het invullen van een <u>vragenlijst</u>. Gelieve uw partner hiervan te verwittigen en de voor hem/haar bestemde mail door te sturen.

De enquête gebeurt in <u>absolute anonimiteit</u>. Bij de eerste vraag van de enquête zal men u uw <u>persoonlijke code</u> 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 <u>20 minuten</u> 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=86647
Wachtwoord: **A3**
Persoonlijke code (in te vullen bij de eerste vraag): **Persoonlijke code**

Alvast bedankt voor uw medewerking.

Met vriendelijke groeten,

Anouk Verraes
0478/50.72.74
anouk.verraes@ugent.be

Organisatie en invloed van werk versus privéleven bij huisartsen die uit het beroep gestapt zijn.

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 huisartsen die ervoor kiezen om niet in het beroep te stappen..

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,

Anouk Verraes
0478/50.72.74
Anouk.Verraes@Ugent.be

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

Start de enquête

De vragenlijst betreft zes topics, namelijk

Persoonlijkheid
Organisatie huishouden
Laatste huisartsactiviteit
Carrièrewending
Huidige jobtevredenheid
Persoonlijke gegevens
Vraag 1 : Gelieve in het onderstaande vakje uw code in te geven zodat de onderzoekers uw gegevens kunnen linken aan deze van uw partner. We willen er nogmaals op wijzen dat de code u meegedeeld werd door een onpartijdig persoon en de onderzoekers uw identiteit dus niet kunnen achterhalen.

Deel 1: Persoonlijkheid:

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

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

Vraag 3 : Hoe tevreden bent u momenteel met uw… ? Indien bepaalde aspecten niet 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					

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

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

Vraag 5 : Bent u ooit al gestopt of verminderd met werken? Ja/Neen
Vraag 6 : 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.

Vraag 7 : Wie bereidt meestal het eten?

Vraag 8 : Wie doet meestal de afwas of vult en leegt de afwasmachine?
Vraag 9 : Wie zorgt meestal voor het wassen en drogen van de kledij?
Vraag 10 : Wie strijkt er meestal?
Vraag 11 : Wie kuist er meestal?
Vraag 12 : Wie doet er meestal de boodschappen?

	Uzelf	
	Uw partner	
	Familie	
	Uitbesteed	
	NVT	
	Andere	

Vraag 13 : Hoeveel uren per week wordt het huishouden uitbesteed (bv strijkhulp, poetshulp)?
Vraag 14 : Heeft u uw kinderwens uitgesteld/ stelt u uw kinderwens uit? Ja/neen
Vraag 15 : Waarom heeft u uw kinderwens uitgesteld/ stelt u uw kinderwens uit?
Vraag 16 : Heeft U reeds kinderen? Ja/neen

Vraag 17 : Heeft u NIET-SCHOOLGAANDE, jonge kinderen? Ja/neen
Vraag 18 : Hoeveel niet-schoolgaande, jonge kinderen heeft u?

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

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

Vraag 19 : Wie vangt de NIET-SCHOOLGAANDE kind(eren) meestal op in de VOORMIDDAG?
Vraag 20 : Wie vangt de NIET-SCOOLGAANDE kind(eren) meestal op in de NAMIDDAG?
Vraag 21 : Wie vangt de NIET-SCHOOLGAANDE kind(eren) meestal 's AVONDS op?

Vraag 22 : Heeft u SCHOOLGAANDE kinderen? Ja/Neen
Vraag 23 : Hoeveel schoolgaande kinderen -die niet op internaat zitten- heeft u?

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

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

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

Vraag 25 : Wie vangt de SCHOOLGAANDE kind(eren) meestal op TIJDENS DE MIDDAGPAUZE?
Vraag 26 : Wie vangt de SCHOOLGAANDE kind(eren) meestal op NA SCHOOLTIJD?

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.

	Kind zelf
	Uzelf
	Uw partner
	Familie
	Uitbesteed
	Andere

Vraag 27 : Wie maakt de kind(eren) meestal klaar voor de dag (ontbijt – aankleden)?
Vraag 28 : Wie brengt de kind(eren) meestal naar school/kinderdagverblijf/familie?
Vraag 29 : Wie haalt de kind(eren) meestal van school/dagverblijf/familie?
Vraag 30 : Wie bereidt en geeft meestal de avondmaaltijd aan de kind(eren)?
Vraag 31 : Wie speelt er meestal ‘s avonds met de kind(eren) en/of helpt met het huiswerk?
Vraag 32 : Wie zorgt meestal voor het avondritueel en het in bed stoppen van de kind(eren)?
Vraag 33 : Wie staat er meestal ‘s nachts op bij problemen met de kind(eren)?

Deel 3: Laatste huisartsactiviteit:
Volgende vragen hebben betrekking op de periode toen u laatst werkzaam was als huisarts.

Vraag 34 : Was uw laatste activiteit uw huisartsopleiding? Ja/Neen
Vraag 35 : Wanneer voerde u uw laatste huisartsactiviteit uit? Gelieve de maand en het jaartal weer te geven bv. juni 2007

Vraag 36 : Hoe lang was u werkzaam in de laatste huisartspraktijk waar u werkte? ...jaar en ...maanden
Vraag 37 : Hoe ver woonde u van die praktijk? … km
Vraag 38 : Heeft u een eigen praktijk opgestart? Ja/Neen
Vraag 39 : Wat was de praktijkvorm waarin u werkte?

	Solopraktijk
	Duopraktijk
	Groepspraktijk
	Wijkgezondheidscentrum

Vraag 40 : U was werkzaam als? Zelfstandige/ Bediende

Vraag 41 : Hoeveel uren per week was u gemiddeld bezig met uw huisartsenfunctie (consultaties, huisbezoeken, administratie en bijscholing) – dus exclusief nevenfuncties? Neem een gemiddelde tussen zomer en winter.

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

Vraag 42 : Hoeveel dagen per week was u gemiddeld werkzaam als huisarts? …dagen en….halve dagen

Vraag 43 : Hoeveel patiënten zag u gemiddeld per volledige werkdag (consultaties + huisbezoeken)? Neem een gemiddelde tussen zomer en winter.

minder dan 10 patiënten
10-20 patiënten
20-30 patiënten
30-40 patiënten
meer dan 40 patiënten

Vraag 44 : Hoeveel huisbezoeken verrichtte u gemiddeld per werkdag? Neem een gemiddelde tussen de zomer- en winterperiode.

minder dan 5 huisbezoeken
5-10 huisbezoeken
10-15 huisbezoeken
15-20 huisbezoeken
meer dan 20 huisbezoeken

Vraag 45 : U werkte…

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

Vraag 46 : Hoeveel weekenddagen (van 24 u) was u per jaar gemiddeld van wacht? Bv. U was jaarlijks gedurende 5 weekenden van wacht voor 48u -> geeft 10 weekenddagen van 24u

Vraag 47 : Hoeveel weekwachten (incl. praktijkwachten) was u per jaar gemiddeld van wacht? Bv. U was elke dinsdagnacht van wacht -> geeft ongeveer 52 weekwachten per jaar.

Vraag 48 : Hoeveel dagen verlof had/nam u gemiddeld per jaar? ...dagen

Vraag 49 : Welke nevenfuncties oefende u uit? (Meerdere antwoorden mogelijk)

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

Vraag 50 : Welke vormen van hulp had u in de praktijk waar u werkzaam was? (Meerdere antwoorden mogelijk)

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

Vraag 51 : Hoe tevreden was u als huisarts gemiddeld met uw ...? Indien bepaalde aspecten niet meteen op u van toepassing waren -bv omdat jullie nog geen kinderen hadden - vult u in hoe tevreden u was met de toenmalige (kinderloze) situatie.

	1) Heel ontevreden	2) Ontevreden	3) Neutraal	4) Tevreden	5) Heel tevreden
51.1 Leven in het algemeen					
51.2 Partnerrelatie					
51.3 Gezinsleven/kinderen					
51.4 Sociale contacten					
51.5 Tijd voor jezelf/hobby/geloof					
51.6 Carrière					
51.7 Inkomen					

Vraag 52 : Vindt u dat u als huisarts voldoende tijd had 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
52.1 Partnerrelatie						
52.2 Gezinsleven/kinderen						
52.3 Sociale contacten(vriendenkring)						
52.4 Jezelf/hobby/geloof						
52.5 Carrière						
52.6 Huishoudelijke taken						
52.7 Zelfstudie/bijscholing						

Deel 4: Carrièrewending:

Vraag 53 :Kwam je job als huisarts overeen met wat je je er van voorstelde toen je nog student was (vóór je je HAIO-opleiding begon)?

Helemaal niet
Eerder niet
Matig
Grotendeels
Volledig

Vraag 54 : Tijdens welke periode heeft u de beslissing genomen dat u geen huisarts meer wou zijn?

U wist dit reeds vóór de start van uw opleiding tot huisarts
Tijdens uw HAIO-opleiding
Tijdens het eerste jaar als afgestudeerde huisarts
In de periode na het eerste jaar als afgestudeerde huisarts

Vraag 55 : Wat waren de hoofdredenen waardoor u beslist heeft om niet meer als huisarts te werken? Omschrijf hieronder kort maximum drie redenen in volgorde van belang: 1. ... 2. ... 3. ...

Vraag 56 : In welke mate vindt u volgende elementen in het huisartsenberoep aantrekkelijk- ongeacht of dit in grote of kleine mate aan bod kwam in de praktijk?

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

Vraag 57 :

	1) Een reden om te stoppen	2) Helemaal niet aantrekkelijk	3) Niet aantrekkelijk	4) Neutraal	5) Aantrekkelijk	6) Erg aantrekkelijk
57.1 Mogelijkheid om zelf je werk te regelen						
57.2 Huisbezoeken						
57.3 Urgenties						
57.4 Wachtdienst						
57.5 Stress door het werk in het algemeen						
57.6 Werkdruk, veel patiënten zien op korte tijd						
57.7 Aantal werkuren						
57.8 Werkuren 's avonds en/of op zaterdagochtend						
57.9 Werkzekerheid						
57.10 Inkomen						

57.11 Patiëntgebonden administratie						
57.12 Administratie verbonden aan het zelfstandig zijn bv verzekeringen						

Vraag 58 :

	1) Een reden om te stoppen	2) Helemaal niet aantrekkelijk	3) Niet aantrekkelijk	4) Neutraal	5) Aantrekkelijk	6) Erg aantrekkelijk
58.1 Grote verantwoordelijkheid t.o.v. patiënten						
58.2 Sociale dimensie van het beroep						
58.3 Aanbod van niet-medische problemen						
58.4 Inmenging van andere instanties bv RIZIV						
58.5 Het brede karakter van de huisartsgeneeskunde						
58.6 Afwisseling van soorten problematiek						
58.7 Continu bijscholen						
58.8 Opleiden van jongeren (stagiair, HAIO)						
58.9 Aanzien als arts in de maatschappij						
58.10 Omgaan met emotioneel zware problematiek bv. palliatief						
58.11 Hulpvragen buiten de “werkuren”: medische vragen van familie en vrienden, urgenties op straat, …						

Vraag 59 : Duid aan welk van de volgende bijkomende elementen hebben bijgedragen tot uw beslissing om niet meer als huisarts te werken. Meerdere antwoorden mogelijk.

59.1	Het beroep was te zwaar in combinatie met de job van uw partner
59.2	U wou liever specialiseren, maar was niet aanvaard
59.3	Er was een andere job die u liever wou doen
59.4	De routinematige/ niet-uitdagende aard van de medische problematiek
59.5	Toevallig kreeg u een andere aanbieding
59.6	Er was een gebrek aan waardering door patiënten
59.7	Het shopping gedrag van patiënten
59.8	Altijd moeten klaarstaan voor patiënten
59.9	Het gebrek aan echelonnering
59.10	De geringere waardering van de huisarts i.t.t. de specialist
59.11	U vond geen goede praktijk om te associëren
59.12	Er was een grote instapsom om te associëren
59.13	U had problemen met collega’s
59.14	Er was een spaakgelopen samenwerkingsverband
59.15	Er was te weinig financiële compensatie voor het werk dat u verrichtte
59.16	U kreeg een burn-out
59.17	U maakte een medische fout
59.18	U had last van een trauma of agressie in het beroep
59.19	U had het gevoel niet opgewassen te zijn tegen uw taak
59.20	U had het gevoel het nooit goed genoeg te kunnen
59.21	Er was te veel onzekerheid en angst om een ernstige diagnose te missen
59.22	U stelde te hoge eisen aan uzelf
59.23	U had persoonlijke gezondheidsproblemen
59.24	Er waren gezondheidsproblemen bij familieleden

Vraag 60 : Welke twee gevoelens waren bij u overheersend toen u beslist had om te stoppen als huisarts? Gelieve twee antwoorden aan te duiden.

Woede
Ontgoocheling in jezelf
Spijt
Opluchting, het gevoel dat u de beslissing veel eerder had moeten nemen
Neutraal, geen bijzondere gevoelens
Trots de beslissing te hebben durven nemen
Enthousiasme voor de start van een nieuwe job
Verheugd door het uitzicht op een betere leefsituatie voor uzelf en/of uw gezin

Vraag 61 : Welk gevoel overheerste?

Woede
Ontgoocheling in jezelf
Spijt
Opluchting, het gevoel dat u de beslissing veel eerder had moeten nemen
Neutraal, geen bijzondere gevoelens
Trots de beslissing te hebben durven nemen
Enthousiasme voor de start van een nieuwe job
Verheugd door het uitzicht op een betere leefsituatie voor uzelf en/of uw gezin

Vraag 62 : Was u samen met uw huidige partner toen u de beslissing nam om geen huisarts meer te zijn? Ja/ Neen

Vraag 63 : Heeft uw partner op dat moment ...?

U in deze beslissing gesteund
U deze beslissing afgeraden
In uw beslissing een neutrale rol gespeeld
NVT - ik had toen geen partner

Deel 5: Huidige jobtevredenheid:

Vraag 64 : Bent u momenteel huisman/vrouw of werkzoekende? Ja/ Neen

Vraag 65 : Omschrijf kort uw huidige job.

Vraag 66 : U werkt ...? Fulltime/ Parttime

Vraag 67 : Heeft u een bijberoep? Ja/ Neen

Vraag 68 : Omschrijf kort uw bijberoep.

Vraag 69 : Hoe tevreden bent u in uw huidige werksituatie t.o.v. uw werksituatie als huisarts over volgende aspecten?

	1) Minder tevreden	2) Even tevreden	3) Meer tevreden
69.1 Uw werk in het algemeen			
69.2 Erkenning voor uw werk			
69.3 Verantwoordelijkheid			
69.4 Afwisseling			
69.5 Relatie met collega's: overleg/samenwerking			
69.6 Mogelijkheid tot professionele ontplooiing			
69.7 Jobzekerheid			
69.8 Hoeveelheid tijd die u aan uw werk besteedt			
69.9 Werkdruk			
69.10 Netto inkomsten			
69.11 Evenwicht werk-privé			

Vraag 70 : Heeft u spijt dat u niet meer als huisarts werkt?

Absoluut niet
Neen
Onverschillig
Ja
Absoluut

Vraag 71 : Ziet u zichzelf ooit nog huisarts zijn in de toekomst?

Nooit meer
Misschien
Ja

Vraag 72 : Onder welke voorwaarden? Specifieer kort.
Vraag 73 : Waarom zou u niet meer voor huisartsgeneeskunde kiezen?
Vraag 74 : Wat zou er moeten veranderen om u toch weer voor de huisartsgeneeskunde te laten kiezen? Specifieer kort.
Vraag 75 : Mocht u uw studies opnieuw beginnen, zou u dezelfde studiekeuze maken en voor huisartsgeneeskunde kiezen?

Ja
Neen
Ik weet het niet

Vraag 76 : Welke is volgens u de belangrijkste reden dat velen uit het huisartsenberoep stappen?

Deel 6: Persoonlijke gegevens:

Vraag 77 : In welk jaar bent u geboren?
Vraag 78 : U bent een … ? Man/ Vrouw

Vraag 79 : Heeft u een partner? Ja/ Neen

Vraag 80 : Woont u samen met uw partner? Ja/ Neen

Vraag 81 : Zijn er artsen in uw nabije familie? (Meerdere antwoorden mogelijk)

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

Vraag 82 : Had u zich kandidaat gesteld voor specialisatie(s)? Ja/ Neen

Vraag 83 : Voor welke had u zich kandidaat gesteld?
Vraag 84 : Was u voor deze specialisatie(s) aanvaard? Ja/ Neen

Vraag 85 : Voor welke was u aanvaard?

Bedankt voor uw medewerking.

Deze studie zal afgerond worden in mei 2012. Indien u op de hoogte wenst gehouden te worden van de resultaten, dan kan u steeds een e-mail sturen naar anouk.verraes@ugent.be.

BIJLAGE II: E-MAIL EN VRAGENLIJST VOOR DE PARTNER VAN DE ARTS

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 huisarts die ervoor kiest om niet in het beroep te stappen. Het doel is inzicht te krijgen in de factoren die tot deze beslissing leiden, alsook in de 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=86849
Wachtwoord: **P3**
Persoonlijke code (in te vullen bij de eerste vraag): **Persoonlijke code**

Alvast bedankt voor uw medewerking.

Met vriendelijke groeten,

Anouk Verraes
0478/50.72.74
anouk.verraes@ugent.be

Organisatie en invloed van werk versus privéleven bij huisartsen die uit het beroep gestapt zijn.

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 huisartsen die ervoor kiezen om niet in het beroep te stappen. 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,

Anouk Verraes
0478/50.72.74
Anouk.Verraes@Ugent.be

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

Start de enquête

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

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

Deel 1: Eigen ambities en persoonlijkheid partner

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

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

Vraag 3 : Hoe tevreden denkt u dat UW PARTNER momenteel is met zijn/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					

Vraag 4 : Vindt u dat UW PARTNER voldoende tijd heeft voor zijn/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.

Uzelf
Uw partner
Familie
Uitbesteed
NVT
Andere

Vraag 5 : Wie bereidt meestal het eten?
Vraag 6 : Wie doet meestal de afwas of vult en leegt de afwasmachine?
Vraag 7 : Wie zorgt meestal voor het wassen en drogen van de kledij?
Vraag 8 : Wie strijkt er meestal?
Vraag 9 : Wie kuist er meestal?
Vraag 10 : Wie doet er meestal de boodschappen?

Vraag 11 : Hoeveel uren per week wordt het huishouden uitbesteed (bv strijkhulp, poetshulp)?
Vraag 12 : Heeft u uw kinderwens uitgesteld/ stelt u uw kinderwens uit? Ja/ Neen
Vraag 13 : Waarom heeft u uw kinderwens uitgesteld/ stelt u uw kinderwens uit?
Vraag 14 : Heeft U reeds kinderen? Ja/ Neen
Vraag 15 : Heeft u NIET-SCHOOLGAANDE, jonge kinderen? Ja/ Neen
Vraag 16 : Hoeveel niet-schoolgaande, jonge kinderen heeft u?

Vraag 17 : Wie vangt de NIET-SCHOOLGAANDE kind(eren) meestal op in de VOORMIDDAG?
Vraag 18 : Wie vangt de NIET-SCHOOLGAANDE kind(eren) meestal op in de NAMIDDAG?
Vraag 19 : Wie vangt de NIET-SCHOOLGAANDE kind(eren) meestal ‘s AVONDS op?

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

Vraag 20 : Heeft u SCHOOLGAANDE kinderen? Ja/ Neen
Vraag 21 : Hoeveel schoolgaande kinderen -die niet op internaat zitten- heeft u?

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

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

Vraag 22 : Wie vangt de SCHOOLGAANDE kind(eren) meestal op VÓÓR SCHOOLTIJD?
Vraag 23 : Wie vangt de SCHOOLGAANDE kind(eren) meestal op TIJDENS DE MIDDAGPAUZE?
Vraag 24 : Wie vangt de SCHOOLGAANDE kind(eren) meestal op NA SCHOOLTIJD?

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.

Kind zelf
Uzelf
Uw partner
Familie
Uitbesteed
Andere

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

Vraag 26 : Wie brengt de kind(eren) meestal naar school/kinderdagverblijf/familie?
Vraag 27 : Wie haalt de kind(eren) meestal van school/dagverblijf/familie?

Vraag 28 : Wie bereidt en geeft meestal de avondmaaltijd aan de kind(eren)?
Vraag 29 : Wie speelt er meestal ‘s avonds met de kind(eren) en/of helpt met het huiswerk?
Vraag 30 : Wie zorgt meestal voor het avondritueel en het in bed stoppen van de kind(eren)?
Vraag 31 : Wie staat er meestal ‘s nachts op bij problemen met de kind(eren)?

Deel 3: Huidige job

Vraag 32: Bent u werkzaam op de arbeidsmarkt? Ja/ Neen

Vraag 33 : U bent ...?

Huisman/huisvrouw
Werkzoekend
Student

Vraag 34 : U bent ...?

Arbeider
Bediende
Zelfstandige

Vraag 35 : Wat is uw hoofdberoep?
Vraag 36 : Werkt u fulltime? Ja/ Neen

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

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

Vraag 38 : Hoeveel uren per week bent u gemiddeld bezig met uw job (inclusief thuiswerk)? ... uren
Vraag 39 : Hoeveel uren per week werkt u gemiddeld op een andere locatie dan thuis? ... uren
Vraag 40 : Hoelang bent u gemiddeld onderweg heen en terug tussen uw woonst en uw werkplaats (rekening houdend met het verkeer)? ...uren en ...minuten Bv. ‘s ochtends staat u een uur in de file maar ‘s avonds doet u er slechts 30min over -> 1uur en 30 minuten
Vraag 41 : Moet u soms in het weekend of op feestdagen werken? Ja/ Neen
Vraag 42 : Hoeveel dagen per jaar werkt u gemiddeld in het weekend of op feestdagen? ... dagen
Vraag 43 : Moet u soms elders overnachten voor uw werk of ‘s nachts werken? Ja/ Neen
Vraag 44 : Hoeveel nachten per jaar moet u gemiddeld elders overnachten of werken? ... nachten
Vraag 45 : Kan u ‘s nachts opgeroepen worden voor uw werk? Ja/ Neen
Vraag 46 : Hoeveel nachten per jaar bent u van telefonische permanentie? ...nachten

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

Vraag 48 : Heeft het beroep van uw partner een invloed gehad op uw beroepskeuze? Ja/ Neen

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

Vraag 50 : Heeft u het gevoel dat u bepaalde kansen heeft moeten laten schieten als gevolg van het beroep van uw partner? Ja/ Neen

Vraag 51 : Welke kansen heeft u laten schieten?

Vraag 52 : Heeft u het gevoel dat uw partner door zijn werk wordt opgeslorpt? Ja/ Neen

Deel 4: Carrièrewending partner

Vraag 53 : Was u reeds samen met uw huidige partner toen hij/zij de beslissing nam om geen huisarts meer te zijn? Ja/ Neen

Vraag 54 : Heeft u ...?

	hem/haar gesteund in die beslissing?
	hem/haar deze beslissing afgeraden?
	hier een neutrale rol in gespeeld?

Vraag 55 : Hoe tevreden denkt u dat uw partner ALS HUISARTS gemiddeld was met zijn/haar ...? Indien bepaalde aspecten niet meteen op uw partner van toepassing waren -bv omdat jullie nog geen kinderen hadden - vult u in hoe tevreden uw partner was met de toenmalige (kinderloze) situatie volgens u.

	1) Heel ontevreden	2) Ontevreden	3) Neutraal	4) Tevreden	5) Heel tevreden
55.1 Leven in het algemeen					
55.2 Partnerrelatie					
55.3 Gezinsleven/kinderen					
55.4 Sociale contacten					
55.5 Tijd voor jezelf/hobby/geloof					
55.6 Carrière					
55.7 Inkomen					

Vraag 56 : Vindt u dat uw partner ALS HUISARTS voldoende tijd had voor zijn/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
56.1 Partnerrelatie						
56.2 Gezinsleven/kinderen						
56.3 Sociale contacten (vriendenkring)						
56.4 Jezelf/hobby/geloof						
56.5 Carrière						
56.6 Huishoudelijke taken						

Vraag 57 : Wat waren volgens u de hoofdredenen waardoor uw partner beslist heeft om niet meer als huisarts te werken? Omschrijf hieronder kort maximum drie redenen in volgorde van belang: 1. ... 2. ... 3. ...

Vraag 58 : Duid aan welke van de volgende bijkomende elementen bijgedragen hebben tot de beslissing van uw partner om niet meer als huisarts te werken. Meerdere antwoorden mogelijk

Omgaan met onzekerheden
Complexe problematiek, aanzienlijke mentale inspanningen
Technische handelingen
Sociale contact met de patiënten
Contact met collega's huisartsen en specialisten
'Eenzaamheid' van het beroep (zeker als solo-arts)
Huisbezoeken
Urgenties
Wachtdienst
Stress door het werk in het algemeen
Werkdruk, veel patiënten zien op korte tijd
Aantal werkuren
Werkuren 's avonds en/of op zaterdagochtend
Inkomen
Patiëntgebonden administratie
Administratie verbonden aan het zelfstandig zijn bv verzekeringen
Grote verantwoordelijkheid t.o.v. patiënten
Sociale dimensie van het beroep
Aanbod van niet-medische problemen
Inmenging van andere instanties bv RIZIV
Het brede karakter van de huisartsgeneeskunde
Afwisseling van soorten problematiek
Continu moeten bijscholen
Opleiden van jongeren (stagiair, HAIO)
Aanzien als arts in de maatschappij
Omgaan met emotioneel zware problematiek bv. palliatief
Hulpvragen buiten de "werkuren": medische vragen van familie en vrienden, urgenties op straat, …
Het beroep was te zwaar in combinatie met uw job
Hij/zij wou liever specialiseren, maar was niet aanvaard
Er was een andere job die hij/zij liever wou doen
De routinematige/ niet-uitdagende aard van de medische problematiek
Toevallig kreeg hij/zij een andere aanbieding
Er was een gebrek aan waardering door patiënten
Het shopping gedrag van patiënten
Het altijd moeten klaarstaan voor patiënten
Het gebrek aan echelonnering (patiënt kan rechtstreeks naar de specialist gaan)
De geringere waardering van de huisarts i.t.t. de specialist
Hij/zij vond geen goede praktijk om te associëren
Er was een grote instapsom om te associëren
Hij/zij had problemen met collega's

Er was een spaakgelopen samenwerkingsverband
Er was te weinig financiële compensatie voor het werk dat hij/zij verrichtte
Hij/zij kreeg een burn-out
Hij/zij maakte een medische fout
Hij/zij had last van een trauma of agressie in het beroep
Hij/zij had het gevoel niet opgewassen te zijn tegen uw taak
Hij/zij had het gevoel het nooit goed genoeg te kunnen
Er was te veel onzekerheid en angst om een ernstige diagnose te missen
Hij/zij stelde te hoge eisen aan uzelf
Hij/zij had persoonlijke gezondheidsproblemen
Er waren gezondheidsproblemen bij familieleden

Vraag 59 : Heeft uw beroep een invloed gehad op de keuze van uw partner om te stoppen als huisarts?
Ja/ Neen

Vraag 60 : Welke twee gevoelens waren BIJ U overheersend aanwezig toen uw partner beslist had om te stoppen als huisarts? Gelieve twee mogelijkheden aan te duiden.

Woede
Ontgoocheling in uw partner
Spijt
Opluchting, het gevoel dat hij/zij de beslissing veel eerder had moeten nemen
Neutraal, geen bijzondere gevoelens
Trots dat hij/zij de beslissing heeft durven nemen
Enthousiasme voor de start van een nieuwe job
Verheugd door het uitzicht op een betere leefsituatie voor uzelf en/of uw gezin

Vraag 61 : Welk gevoel overheerste?

Woede
Ontgoocheling in uw partner
Spijt
Opluchting, het gevoel dat hij/zij de beslissing veel eerder had moeten nemen
Neutraal, geen bijzondere gevoelens
Trots dat hij/zij de beslissing heeft durven nemen
Enthousiasme voor de start van een nieuwe job
Verheugd door het uitzicht op een betere leefsituatie voor uzelf en/of uw gezin

Vraag 62 : Bent u tevreden met de beslissing van uw partner om geen huisarts meer te zijn?

Heel tevreden
Tevreden
Neutraal
Ontevreden
Heel ontevreden

Deel 5: Persoonlijke gegevens

Vraag 63 : In welk jaar bent u geboren?
Vraag 64 : U bent een … ? Man/ Vrouw
Vraag 65 : Woont u samen met uw partner? Ja/ Neen

Vraag 66 : Zijn er artsen in uw nabije familie? (Meerdere antwoorden mogelijk)

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

Vraag 67 : Wat is uw hoogste behaalde diploma?

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

Vraag 68 : Specifieer uw hoogste behaalde diploma.

Bedankt voor uw medewerking.

Deze studie zal afgerond worden in mei 2012. Indien u op de hoogte wenst gehouden te worden van de resultaten, dan kan u steeds een e-mail sturen naar anouk.verraes@ugent.be.