Professioneel welbevinden van huisartsen in groepspraktijken: een systematische literatuurreview

Eline Schoeters, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Peter Pype, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Fien Mertens, Universiteit Gent

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2018 – 2020

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

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

Na overleg met promotor en co-promotor werd ervoor gekozen om deze scriptie in artikelvorm, zijnde systematisch literatuuronderzoek, te schrijven. Bijlagen werden op het einde toegevoegd.

Professioneel welbevinden van huisartsen in groepspraktijken: een systematische literatuurreview

Abstract

Doelstelling: Onderzoek laat blijken dat hoge werkdruk en lange werkuren leiden tot een stijgend aantal gevallen van burn-out bij huisartsen. Stimulering van groepspraktijken zou uitgebreid kunnen worden om burn-out bij huisartsen te voorkomen. Inzicht in de factoren die het professioneel welbevinden van huisartsen in groepspraktijken positief beïnvloeden, zou het mogelijk maken om aanbevelingen te doen naar huisartsen. Een literatuuronderzoek werd uitgevoerd om volgende onderzoeksvraag te beantwoorden: Welke factoren, gelinkt aan het werken in een groepspraktijk, beïnvloeden het professioneel welbevinden van huisartsen?

Methode: Systematisch literatuuronderzoek. Er werden studies gezocht in drie databanken Pubmed, Embase en Web of Science. Screening van de artikels gebeurde in twee fases. In de eerste fase werd gescreend op basis van titel en abstract. In de tweede fase werd gescreend op basis van full text. De geïncludeerde artikels werden beschrijvend geanalyseerd met inhoudsanalyse.

Resultaten: 32 artikels werden geïncludeerd. Vijf hoofdcategorieën van factoren die invloed hebben op het professioneel welbevinden van huisartsen in groep, konden geïdentificeerd worden: taakdelegatie; work-lifebalans; collegiale banden; inkomen en autonomie.

Conclusie: Werken in een groepspraktijk is een uitdaging die heel wat voordelen met zich mee kan brengen voor huisartsen. Over taakdelegatie moet strategisch nagedacht worden en de overheid zou hierin moeten investeren met als doel het professioneel welbevinden van huisartsen en hun work-life balans te bevorderen. Collegiale banden vermijden eenzaamheid, maar conflicten moeten vermeden worden. Er moet op voorhand nagedacht worden over de manier waarop men zijn inkomen wil genereren. Autonomie van de huisarts moet maximaal onderhouden worden.

Introductie

Huisartsen staan toenemend onder druk wegens een rijzende discrepantie tussen zorgvraag en zorgaanbod(1-4). De zorgvraag neemt toe door een snel stijgende patiëntenpopulatie, door vergrijzing, door multimorbiditeit en door multiculturaliteit die migratie met zich meebrengt (3-5). Het takenpakket van de huisarts neemt toe en patiënten stellen bovendien hoge verwachtingen en eisen op (6). Het zorgaanbod krimpt in door een daling van het aantal huisartsen (1-4). Door verjonging en vervrouwelijking kent het huisartsenberoep verandering. Huisartsen willen niet meer non-stop paraat staan, maar willen een goed evenwicht vinden tussen werk en privéleven (7). Daarnaast willen ze een kwaliteitsvolle geneeskunde bieden, die voldoet aan de noden van de patiënt. Hierbij moet huisartsgeneeskunde generalistisch zijn, persoonsgericht zijn en voorzien in continuïteit (8). Voor huisartsen blijft het dus koorddansen om onder de toenemende druk de patiëntenzorg niet in het gedrang te brengen (6). Voor de behandeling van chronische aandoeningen is een belangrijke rol weggelegd voor multidisciplinaire zorg. Door input en visie uit verschillende hoeken wordt de patiënt op een meer holistische manier benaderd en behandeld (1, 4). Herstructurering van de eerstelijnsgezondheidszorg in een geïntegreerd zorglandschap met gecoördineerde multidisciplinaire samenwerking en taakdelegatie binnen

huisartsenpraktijken, kan een antwoord bieden aan de eerder genoemde discrepantie tussen zorgvraag en zorgaanbod (1, 2, 8, 9). Zodoende kiezen huisartsen steeds vaker om hun krachten te bundelen en samen te werken op één locatie, onder één dak. Dit gegeven wordt met cijfers van het RIZIV bevestigd. In 2010 waren er 1.132 groespraktijken in België (10). Vijf jaar later was dit aantal gestegen tot 1.441 en in december 2016 werden reeds 1640 groepspraktijken geregistreerd in België (4).

Gezien de evolutie naar groepspraktijken in het Westerse huisartsenlandschap quasi onvermijdelijk lijkt, is het niet overbodig hiervan de gevolgen te beoordelen. Het werken in groep in de huisartsgeneeskunde dient niet alleen in relatie gebracht te worden met de triple aim (verbeteren van de door patiënten ervaren zorgkwaliteit, verbeteren van de gezondheid van de bevolking, reduceren van zorgkosten). Het zal immers meer dan ooit van belang zijn de werk- en leefomstandigheden van de arts in perspectief te brengen met de quadruple aim (verbeteren van de beleving van de zorgverlener als vierde doelstelling) (2, 11). Door middel van een betere samenwerking en taakdelegatie in de eerste lijn kan men de continuïteit van zorg verzekeren, vrije tijd voor artsen creëren, kwaliteit van zorg verbeteren en toenemende werkdruk trachten tegemoet te komen (1, 2, 7, 8). Onderzoek in Europa laat immers blijken dat hoge werkdruk en lange werkuren kunnen leiden tot onbehagen en dysfunctie bij huisartsen. Hoewel vele artsen hiermee succesvol weten om te gaan, wordt een stijgend aantal gevallen van burn-out gezien (12). Burn-out wordt gekenmerkt door emotionele uitputting, depersonalisatie en verminderde professionele bekwaamheid (3, 13). Een review van Wallace et al. schat de prevalentie van burn-out bij artsen tussen de 25-60% en in bepaalde studies zelfs tot 75%. Daarboven verwaarlozen artsen vaak hun persoonlijk welzijn en ontkennen ze frequent hun eigen problemen. Nochtans zijn de gezondheid en het welzijn van de arts kwaliteitsindicatoren voor de geneeskunde van een land. Er is toenemend bewijs dat een slechte gezondheidstoestand van artsen negatieve effecten heeft op de gezondheidszorg. Dit kan gaan over aanwerving en behouden van artsen, productiviteit, efficiëntie, kwaliteit en patiëntveiligheid. Een arts die zich goed in zijn vel voelt, zal beter werk leveren (5). Eén van de hoofdconclusies van het KCE rapport ‘burn-out’ is dat stimulering van groepspraktijken, bij voorkeur multidisciplinaire praktijken en praktijknetwerken, uitgebreid moet worden om burn-out bij artsen te voorkomen (14). Professioneel welbevinden kan gedefinieerd worden als de dynamische wisselwerking tussen iemands verwachtingen en iemands ervaringen binnen het werk. Het kan opgesplitst worden in vier dimensies, nl. (a) aard van het werk, (b) collegiale banden, (c), inkomen, en (d) levenskwaliteit buiten het werk (15).

Doelstelling

Inzicht in de factoren die het professioneel welbevinden van huisartsen in groepspraktijken positief beïnvloeden, zou het mogelijk maken om aanbevelingen te doen naar huisartsen en aldus hun risico op burn-out te doen dalen. Een systematische literatuur review is een manier om dit inzicht te verwerven.

Onderzoeksvraag

Welke factoren, gelinkt aan het werken in een groepspraktijk, beïnvloeden het professioneel welbevinden van huisartsen?

Methode

Verkenningsfase

In de verkenningsfase werd een 'scoping search' uitgevoerd om informatie te vergaren rond het gekozen onderwerp. Vooreerst werd in de databank van masterproeven gekeken naar bruikbare werken. Op de site van Domus Medica werd achtergrondinformatie gevonden betreffende eigenschappen van het werken in groep en betreffende de organisatie en het management van praktijken. In Huisarts Nu werden twee interessante artikels teruggevonden. Het invoeren en combineren van relevante MeSH-termen in Pubmed bracht heel wat hits op. De abstract van 155 artikels werd doorgenomen. Artikels waarbij het voornamelijk ging over specialisten, hospitaal-setting, verpleegkundigen, studenten, werk-privé balans bij bedrijfsbedienden, het oplossen van burn-out via tools en artikels die niet in relatie stonden met professioneel welbevinden en groepspraktijken, werden aan de kant gezet. Vijfentwintig artikels werden ter verkenning volledig gelezen en een tiental studies werden gebruikt voor de opbouw van de introductie en het formuleren van de doelstelling met daaruit volgend de specifieke vraagstelling.

Zoekstrategie

De zoekstrategie werd opgebouwd aan de hand van drie zoektermen: 'professioneel welbevinden', 'groepspraktijk' en 'huisarts' (zie bijlage 2). Hierbij werd er feedback verkregen van Nele Pauwels (bibliothecaris UGent). De zoekstrategie werd doorlopen in drie databanken: Pubmed, Embase en Web of Science. In totaal werden 1356 studies gevonden. Na het verwijderen van de duplicaten bleven 1312 studies over.

Selectiecriteria

Studies werden geïncludeerd indien ze (a) huisarts-gerelateerd zijn; (b) gaan over professioneel welbevinden; en (c) gelinkt zijn aan het werken in een groepspraktijk. Dit laatste omvat (d) medische, paramedische en niet-medische (vb. administratief assistente) vakmensen die tewerk gesteld zijn (e) onder één dak. Alle soorten artikels (f) werden in rekenschap gebracht om een brede evaluatiemogelijkheid te creëren. Tot de exclusiecriteria behoorden (a) alle studies betreffende een ziekenhuisomgeving; (b) studies die alleen gaan over het welbevinden van studenten of andere professionals die geen huisartsen zijn; en (c) studies betreffende uitsluitend patiëntmeningen in casu groepspraktijken. Ook (d) artikels die uitsluitend het effect van externe gebeurtenissen op het professioneel welbevinden van huisartsen omschrijven, werden ge-excludeerd uit dit literatuuronderzoek. Vervolgens werden (e) alle artikels uitgesloten die niet gepubliceerd zijn in de Engelse, Franse of Nederlandse taal of (f) diegene waarvan geen full-text beschikbaar was.

Screening van de literatuur

Screening van de artikels gebeurde in twee fases. In de eerste fase werd er geselecteerd op basis van titel en abstract. In de tweede fase werd er gescreend op basis van full-text. De eerste screeningsfase gebeurde door twee onderzoekers, Fien Mertens (FM) en Eline Schoeters (ES). Beide onderzoekers screenden onafhankelijk van elkaar. Na het screenen van de eerste 812 artikels werd er overleg gepleegd. Beide onderzoekers hadden 34 studies geïncludeerd, 47 studies stonden in conflict. Na bespreking werden nog 28 studies geïncludeerd en werden 19 studies verworpen. Vervolgens werden de overige 500 artikels gescreend. Vijfentwintig artikels werden door beide onderzoekers onmiddellijk geïncludeerd, 36 artikels stonden in conflict. Na bespreking werden 19 artikels geïncludeerd en 17

verworpen. In totaal werden 106 studies meegenomen naar de volgende fase. Van 53 studies werd de full-text gevonden via UGent. Na het raadplegen van de bibliotheek van KUL werden nog 9 extra full-texts gevonden. Van de 44 studies waarvan er geen full-text gevonden kon worden, werd een e-mail gestuurd naar de eerste en laatste auteur. Dit bracht twee full-texts op. Zodoende werden 64 studies met full-text meegenomen naar de tweede screeningsfase. De eerste tien artikels werden door drie onderzoekers gescreend; FM, ES en Peter Pype (PP). Na overleg bleek dat 7 van de 10 gelijk beoordeeld werden, waarvan 5 artikels geïncludeerd en 2 artikels verworpen werden. Na discussie werden van de overige 3 studies nog 2 studies geïncludeerd en 1 studie verworpen. Om deze tweede screeningsfase verder te zetten, werden de overige 54 studies verdeeld onder twee onderzoekers, 26 voor FM en 28 voor ES. De derde onderzoeker (PP) werd geraadpleegd bij twijfel. Hierbij includeerde FM 12 studies en includeerde ES 13 studies. Redenen voor exclusie waren afwezigheid van de link tussen professioneel welbevinden van huisartsen en het werken in een groepspraktijk, geen groepspraktijk, enkel het beschrijven van welbevinden van patiënten of medisch personeel, hospitaalsetting of afwezigheid van primaire data. In totaliteit werden 32 artikels weerhouden.

Data-extractie van de literatuur

Data-extractie werd gedaan door ES en gecontroleerd door FM en PP. De geschikte studies werden geanalyseerd en relevante kenmerken werden in een data-extractietabel gegoten (zie bijlage 1). Onder deze kenmerken behoren: jaartal, land, doel van de studie, studie-design, methode, bevindingen en factoren die het welbevinden van huisartsen in een groepspraktijk positief en negatief beïnvloeden.

Data-analyse van de geïncludeerde studies

Gegevens uit de 32 studies werden beschrijvend geanalyseerd met behulp van inhoudsanalyse. Na evaluatie van de inhoud en overleg tussen de drie onderzoekers naar relevantie, werden hoofdcategorieën geclusterd volgens factoren die welbevinden van huisartsen in een groepspraktijk positief en negatief beïnvloeden.

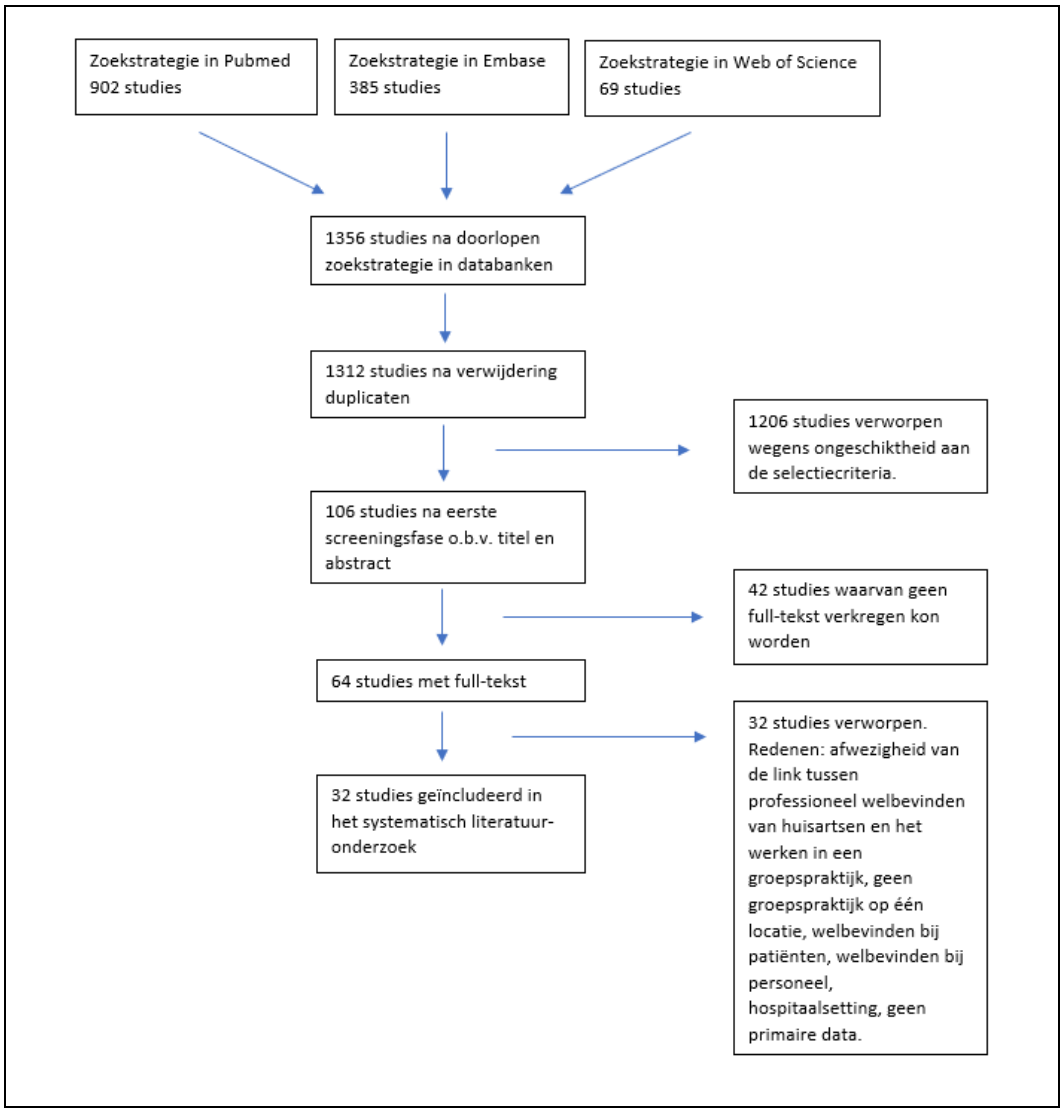


Fig. 1: Flow chart van geïncludeerde studies

Resultaten

Karakteristieken van de geïncludeerde studies

Achttien van de geïncludeerde studies kennen een kwantitatief studie-design waarbij data verzameld werd aan de hand van enquêtes(16-33). Zes studies zijn gebaseerd op kwalitatieve diepte-interviews (34-39). Verder zijn er vier literatuuronderzoeken (2, 40-42) één commentaarstuk (43), één pilootproject (44), één modelbeschrijving (45) en één studie met mixed method (46). Vijftien van de artikels dateren van 2000-2009 (16-18, 21, 22, 26, 27, 32, 33, 37-39, 42, 43, 45). Vier artikels dateren van voor het jaar 2000 (28, 35, 36, 41). De overige artikels zijn recenter dan 2009 (2, 19, 20, 23-25, 29-31, 34, 40, 44, 46). De helft van de studies komt uit de Verenigde staten (16, 17, 20, 21, 24-26, 28, 32, 33, 35, 36, 42, 44-46). Negen artikels kennen een Europese oorsprong (2, 19, 23, 29, 30, 34, 37, 40, 41). Drie studies komen uit het Verenigd Koninkrijk (27, 38, 43), drie uit Australië (18, 22, 31) en één uit Canada (39). Wat de populatie betreft, gaat het in 8 artikels over huisartsen algemeen (18, 27, 29, 31, 36-38, 45); in vijf artikels over huisartsen tewerkgesteld in grote gezondheidszorgorganisaties (17, 23, 25, 33, 34); in vijf studies over eerstelijnsteams met huisartsen en specialisten (21, 26, 28, 32, 42); in acht artikels over eerstelijnsteams met

huisartsen, assistenten, verpleegkundigen, praktijkmanagers of ander medisch personeel (2, 20, 22, 24, 30, 43, 44, 46); in één studie over eerstelijnsteams met huisartsen, pediaters en paramedici (35); in drie artikels over huisartsen uit solo- vs. groepspraktijken (19, 39, 40); in één artikel over huisartsen uit gezondheidszorgorganisaties vs. huisartsen uit onafhankelijke praktijken (16) en in één studie kon de populatie niet bepaald worden (41).

Na data-analyse konden enkele grote groepen van onderwerpen onderscheiden worden. In acht studies gaat het over algemene factoren die het professioneel welbevinden van huisartsen beïnvloeden (18, 22, 29, 33, 36, 39, 41, 42), waarbij in vier studies de link gelegd wordt met werken in groep (18, 29, 33, 42), in vijf studies met omgaan met werkdruk (18, 22, 29, 41, 42) en in één studie met veerkracht van huisartsen (39). In zes studies gaat het over het professioneel welbevinden van huisartsen tewerkgesteld in een grote gezondheidszorgorganisatie, HMO (health maintenance organization), een organisatie die gezondheidszorg biedt op de vrije markt in ruil voor een vooraf bepaalde vaste verzekeringspremie. Dit is een model dat vaak voorkomt in de V.S. (17, 25, 26, 34, 35, 38). In zes artikels wordt het samenwerken onder één dak tussen huisartsen, verpleegkundigen of medisch assistenten beschreven, waarbij de nadruk ligt op taakdelegatie, voor- en nadelen en belangen van teamwork (2, 20, 24, 30, 43, 44). Drie artikels maken de vergelijking van werktevredenheid tussen solo-huisartsen en huisartsen die werken in groep (19, 37, 40). In drie artikels wordt het verband tussen tevredenheid en financiële vergoeding gemaakt (21, 28, 32). Twee studies maken de vergelijking tussen professioneel welbevinden van artsen tewerkgesteld in HMO's en artsen uit onafhankelijke praktijken (16, 23). In twee studies wordt een model geïmplementeerd en worden de uitkomsten bekeken op vlak van kwaliteit van de zorg en tevredenheid bij huisartsen (45, 46). Tot slot gaat er nog één studie over afspraken op dezelfde dag (27) en één studie over het ontwikkelen van een taxonomie onder primaire gezondheidszorgpraktijken (31).

Factoren van professioneel welbevinden

De vooropgestelde definitie van professioneel welbevinden in de introductie bestaat uit 4 dimensies; aard van het werk, collegiale banden, inkomen en levenskwaliteit buiten het werk (15). Het concrete begrip 'professioneel welbevinden' wordt in geen enkele van de studies beschreven. De term 'werktevredenheid' wordt in 4 van de studies gedefinieerd (2, 24, 30, 35) en één studie hanteert de term 'artsentevredenheid' (42). Breslau et al. omschrijft werktevredenheid als de combinatie van tevredenheid met de feitelijke beroepsuitoefening, tevredenheid met collega's en tevredenheid met inkomen (35). Hung et al. definieert werktevredenheid zeer kort als de mate waarin een individu tevreden is op de werkplek (24). Rijsgaard H. beschrijft in twee geïncludeerde studies werktevredenheid als de affectieve oriëntatie die iemand heeft ten opzichte van zijn beroep, ofwel als globaal gevoel, ofwel als de verhouding tussen verschillende aspecten van het beroep zoals collegiale banden, persoonlijke groei en de uitoefening van de beroepstaak op zich (2, 30). Scheurer et al. stelt dat 'artsentevredenheid' bestaat uit intrinsieke en extrinsieke factoren. Intrinsieke factoren zijnde leeftijd, geslacht, ras en specialiteit. Extrinsieke factoren zijnde werkomgeving, praktijkorganisatie, patiëntkarakteristieken en inkomen (42).

Data-analyse maakt een clustering van de factoren die invloed hebben op het professioneel welbevinden van huisartsen, die werken in groep, mogelijk. Vijf hoofdcategorieën nl. taakdelegatie; work-lifebalans; collegiale banden; inkomen en autonomie, kunnen

onderscheiden worden waarbij er teruggekoppeld kan worden naar de vooropgestelde definitie van professioneel welbevinden.

De eerste hoofdcluster welke het professioneel welbevinden van huisartsen in groepspraktijken beïnvloedt, is **taakdelegatie.** Taakdelegatie impliceert het uitdelen van routine zaken aan paramedici opdat de arts zich meer kan focussen op het klinische aspect van de zorg (2, 20, 23, 24, 30, 37, 39, 43, 44). Taken die huisartsen kunnen delegeren aan praktijkassistenten, medisch assistenten of ander medisch personeel zijn: het inboeken van afspraken; het doorvoeren van triage; het beheren van inkomende documentatie aangaande patiënten; het installeren van patiënten in de consultatieruimte en het aanvullen van medisch materiaal (24). Verder kunnen medisch assistenten of verpleegkundigen reeds de patiënten-agenda exploreren; de medische voorgeschiedenis, medicatieschema of sociale informatie aanpassen in het EMD; bijhouden welke voorschriften vernieuwd moeten worden; parameters opmeten; volgens protocol bepaalde klinische taken uitvoeren zoals urine-analyses; hiaten in de preventieve zorg opzoeken (bvb. mammografie, diabetesscreening) en vervolgafspraken inplannen (30, 44). Twee studies stellen vast dat taakdelegatie resulteert in minder burn-out bij huisartsen (20, 44). Een negatieve kant van taakdelegatie zou het verlies van de persoonlijke relatie met de patiënt kunnen zijn (2, 37).

De volgende hoofdcluster die nauw samen hangt met de vorige cluster, is **work-lifebalans** (2, 19, 23, 27, 29, 31, 37-40, 43, 45, 46). Het professioneel welbevinden van huisartsen wordt positief beïnvloed door een goede work-lifebalans. Dankzij het dalen van de werkdruk en het dalen van het aantal werkuren van huisartsen die werken in groep, stijgt de work-lifebalans aanzienlijk (2, 19, 31, 37, 39, 40, 45). Werken in groep biedt bovendien meer gelegenheid tot vakantie en het beoefenen van andere persoonlijke activiteiten terwijl de continuïteit van de zorg verzekerd wordt door collega's (23, 29, 31, 37-39, 43, 45, 46). Eén artikel beschrijft de mogelijkheid tot verdeling van (dringende) afspraken op dezelfde dag onder collega's. Ook dit draagt bij aan work-lifebalans (27).

De derde cluster die gecategoriseerd kon worden is teamsfeer of **collegiale banden** (2, 16, 18-20, 22, 24-26, 31, 33, 34, 36-40, 42-44). Huisartsen die werken in groep kennen minder isolatie of eenzaamheid. Ze kunnen genieten van gezelschap tijdens de pauzes en hebben de mogelijkheid tot discussie en overleg met collega's (18, 24, 26, 34, 36, 37, 39, 40, 43). Multidisciplinariteit met verpleegkundigen, fysiotherapeuten, psychologen en diëtisten komen complexe casussen ten goede (37, 43). Jonge, startende artsen hebben oudere artsen als tutor (34, 39) en dankzij de kennis en vaardigheden van collega's ontstaat er een mogelijkheid tot levenslang leren (37, 39, 43). Conflicten met collega's, jezelf niet thuis voelen in de dynamiek van de praktijk, het hebben van andere visies of het minder goed functioneren in groep daarentegen, kan ervoor zorgen dat het professioneel welbevinden van huisartsen in een groepspraktijk daalt (19, 24, 25, 37, 43, 45). Hiërarchie tussen jong en oud en een generatiekloof waarbij jonge artsen minder aantal uren werken dan de oudere artsen, kan de teamsfeer bederven (37). Ook onderlinge competitie (33, 37), burn-out van personeel (20), rolambiguïteit en culturele verschillen tussen beroep en status (43), kan leiden tot minder werktevredenheid.

De volgende hoofdcluster is de financiële cluster, en alles wat impact heeft op het **inkomen** (21, 26, 28, 37, 38, 41, 45). Jonge artsen die starten in een groepspraktijk hebben onmiddellijk patiënten en onmiddellijk een inkomen, iets wat hun professioneel welbevinden positief beïnvloedt (37). Een voordeel aan werken in een groepspraktijk is dat bepaalde

kosten en investeringen gedeeld kunnen worden (45). In een HMO is men zeker van een salaris, doch beschrijven enkele artikels dat er minder tevredenheid is bij huisartsen die in een groep werken met een forfaitair systeem dan bij huisartsen die afspreken per prestatie betaald te worden (21, 26, 28, 41).

De vijfde cluster die vaak terugkeert in de geïncludeerde studies en die een zeer belangrijk steentje bijdraagt in het professioneel welbevinden van huisartsen in groepspraktijken, is de rol van **autonomie** (2, 16, 19, 21, 24-26, 31-39, 43). Ieder wil de geneeskunde naar eigen normen kunnen uitvoeren en beslissingen naar eigen kennis en inschatting kunnen maken. Ook wat management en organisatie betreft, wordt een eigen aandeel en inbreng nagestreefd in groepspraktijken (2, 16, 19, 21, 25, 26, 31, 32, 34-37, 39). Beslissingen aangaande patiëntenzorg die genomen worden door verzekeringsagenten of andere non-medici, zoals het er aan toe gaat in grote HMO's, werkt negatief (16, 19, 21, 24-26, 32-38, 43). Meerdere studies bevestigen immers minder werktevredenheid bij huisartsen tewerkgesteld in een HMO dan bij huisartsen tewerkgesteld in een groepspraktijk die niet onder het bestuur van een verzekeringsorganisatie staan. De neiging om de praktijk binnen de twee jaar te verlaten bij HMO huisartsen is aanzienlijk groter (16, 17, 26, 35, 42). De reden hiertoe is de nadruk die ligt op productiviteit en het verlies in autonomie van de huisartsen. Huisartsen in HMO's beslissen, bijvoorbeeld, niet zelf hoeveel tijd ze krijgen per patiëntencontact. Indien het aantal patiënten van een bepaalde dag stijgt, moet er sneller gewerkt worden om alle patiënten binnen hetzelfde tijdsschema te kunnen zien (9, 16, 21, 26, 28, 38, 41). Receptionistes plannen alle afspraken vol zonder inbreng van de huisartsen (25, 34, 38). Er is geen band met het management en huisartsen moeten alle organisatorische beslissingen uit handen geven (21, 25, 34).

Discussie

Verschillende factoren die meermaals terugkwamen in de 32 geïncludeerde studies en die een antwoord geven op de onderzoeksvraag kunnen ondergebracht worden in vijf clusters: taakdelegatie, work-lifebalans, collegiale banden, inkomen en autonomie. Daar geen enkele van de studies de term professioneel welbevinden beschrijft, wordt een externe definitie gehanteerd. Professioneel welbevinden is een dynamische wisselwerking tussen iemands verwachtingen en iemands ervaringen binnen het werk, gekenmerkt door vier dimensies: aard van het werk, collegiale banden, inkomen en levenskwaliteit buiten het werk (15). Hierbij kan een terugkoppeling plaatsvinden van de gevonden clusters naar de dimensies van de definitie. Zo is het duidelijk dat collegiale banden en inkomen met elkaar overeenstemmen en dat taakdelegatie en autonomie kunnen reflecteren naar de aard van het werk, terwijl work-lifebalans verband houdt met levenskwaliteit buiten het werk.

Niet enkel de dimensies van professioneel welbevinden staan in relatie met de gevonden clusters, maar ook vanuit het 'Job Demands-Resources model' (JD-R model) (47) kan vertrokken worden om enkele reflecties te maken en inzicht te verwerven in professioneel welbevinden. Het model veronderstelt dat hoge werkeisen (job demands) leiden tot stressreacties en ongezondheid (het uitputtingsproces), terwijl het beschikken over veel energiebronnen (job resources) leidt tot hogere motivatie en productiviteit (het motivationele proces). Hierbij spelen de gevonden clusters zeker een rol. Het uitgebreide JD-R model pretendeert niet alleen inzicht te geven in de oorzaken en gevolgen van een negatieve psychologische toestand (burn-out), maar ook van een analoge, positieve toestand (bevlogenheid). Bevlogenheid heeft betrekking op een gevoel van opperste voldoening bij

werknemers, dat gekenmerkt wordt door vitaliteit, toewijding en absorptie (zie figuur 2) (47). Behoud van autonomie, goede work-lifebalans, correcte taakdelegatie en aangename collegiale banden houden sterk verband met deze bevlogenheid.

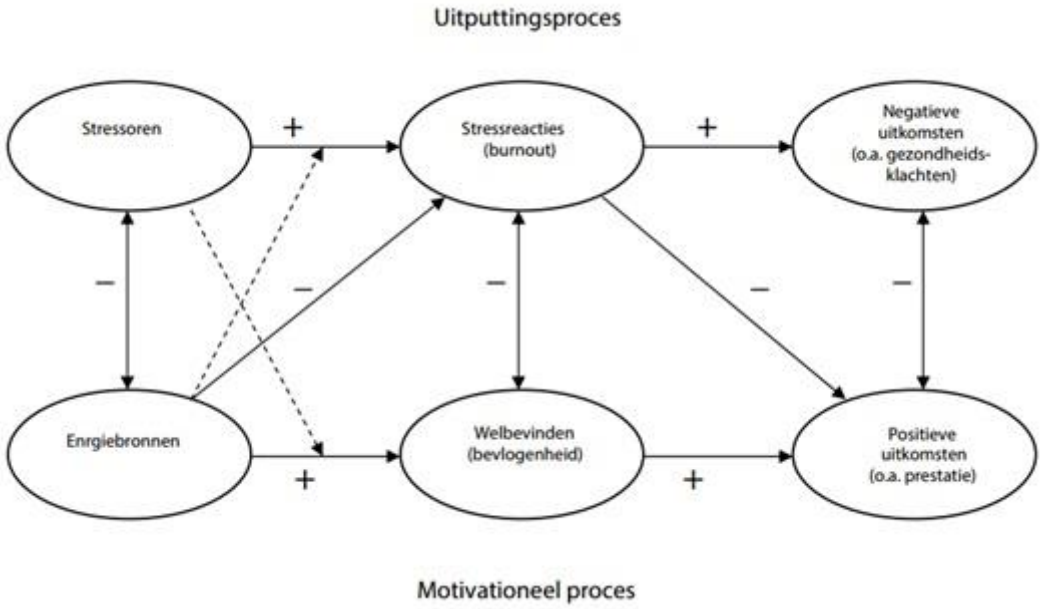


Fig. 2: Het uitgebreide Job Demands-Resources model (47)

Elk van de vijf clusters bevatten meerdere elementen die optreden als energiebronnen van professioneel welbevinden. Zo impliceert **taakdelegatie** het uitdelen van routinezaken aan paramedici met als doel meer comfort te bieden aan huisartsen op de werkvloer (2, 20, 23, 24, 30, 37, 39, 43, 44). Het aanwerven van een medisch assistente, een praktijkassistente, een verpleegkundige of een ander medisch personeelslid is een verstandige zet in het bevorderen van professioneel welbevinden van huisartsen. Dit soort paramedici kan een belangrijk steentje bijdragen in een groepspraktijk indien er een correcte en efficiënte taakverdeling gebeurt. Bij een juiste verstandhouding en vlotte samenwerking, komt dit de werktevredenheid van huisartsen te goede (20, 44). Het zou een daling van een aantal stressoren kunnen betekenen. Verschillende literatuurgegevens hebben daar wel de opmerking bij dat de huisarts niet het gevoel mag krijgen de persoonlijke relatie met de patiënt te verliezen (2, 37). Over het algemeen kan geconcludeerd worden dat taakdelegatie in groepspraktijken ten zeerste een positieve invloed op het professioneel welbevinden van huisartsen, kan uitoefenen.

Het spreekt voor zich dat een goede **work-lifebalans** bijdraagt aan de bevlogenheid en dat een slechte work-lifebalans meer in burn-out zal resulteren. Ook in deze categorie is het opvallend dat werken in groep als beschermend beschouwd kan worden, daar het aantal werkuren en de werkdruk daalt. (2, 19, 31, 37, 39, 40, 45). Het grote voordeel aan het werken in groep is de mogelijkheid tot inplannen van ontspanning, vakantie en persoonlijke activiteiten terwijl de continuïteit van de zorg behouden blijft. Dit reflecteert een bepaalde gemoedsrust en vervult de quadruple aim. Een betere work-lifebalans is mogelijk het grootse voordeel, qua welbevinden voor huisartsen, aan werken in een groepspraktijk.

De derde cluster, **collegiale banden**, kan zowel stressor als energiebron zijn (18, 24, 26, 34, 36, 37, 39, 40, 43). Het motivationeel proces wordt bekrachtigd door minder eenzaamheid en

minder isolatie in groepspraktijken. Gezelschap tijdens de pauzes en levenslang leren dankzij de mogelijkheid tot overleg met collega-huisartsen of paramedici werkt ondersteunend, is motiverend en biedt positieve uitkomsten. Een opvallend punt is dat teamwork ook heel wat stressreacties kan uitlokken bij huisartsen. Het zou nadelig kunnen zijn voor diegenen die minder goed functioneren in groep. Ook kan het nadelig zijn wanneer er conflicten of hiërarchie ontstaat. Dit moet ten allen tijden vermeden worden. Er kan aanbevolen worden dat huisartsen en paramedici goed met elkaar in gesprek gaan om de gelijke normen, waarden en visies te overlopen, alvorens samen in zee te gaan. Het besluit luidt dat werken in groep een uitdaging is, maar wanneer de teamsfeer goed zit, is het voor ieder teamlid een meerwaarde.

Ook het **inkomen** van huisartsen in groepspraktijken kan zowel stress als tevredenheid bieden. Het loon van een huisarts wordt bepaald door het systeem dat de praktijk hanteert, forfaitair of per prestatie. Bij enkele artikels kwam naar boven dat huisartsen met betaling per prestatie meer tevredenheid zouden tonen dan huisartsen die werken in een forfaitaire praktijk (21, 26, 28, 41). Er kan aanbevolen worden dat huisartsen hier op voorhand goed over nadenken alvorens te kiezen in wel soort praktijk ze willen stappen. Verder onderzoek hierrond lijkt interessant.

Autonomie in groepspraktijken is de laatste cluster (16, 17, 21, 25, 26, 28, 33-35, 38, 41, 42) waarover zowel positief als negatief gereflecteerd kan worden. Huisartsen dragen autonomie hoog in het vaandel. Ieder wil zijn of haar geneeskunde naar eigen leerproces, kennis, inschattingen en normen kunnen uitoefenen. Dit houdt in: het maken van eigen weloverwogen beslissingen op zowel geneeskundig als organisatorisch vlak. Inspraak in managementstaken en personeelszaken zijn niet te verwaarlozen. Wanneer een huisarts zijn volledige autonomie in een groepspraktijk op de gewenste vlakken kan behouden, is het professioneel welbevinden het grootst. Inboeten aan autonomie betekent inboeten aan bevlogenheid. Opvallend kwam in dit onderzoek naar boven dat vnl. huisartsen tewerkgesteld in grote gezondheidsorganisaties onder het bestuur van verzekeringsagenten of andere non-medici, zouden moeten inboeten aan autonomie (16, 19, 21, 24-26, 32-38, 43). Het treedt op als grote stressor en professionele ontevredenheid. Ook dit kan dienen als onderwerp voor verder onderzoek. Het is voor huisartsen hoe dan ook belangrijk om op voorhand na te denken over welke rollen ze precies willen vervullen en hoeveel inspraak ze willen hebben alvorens in een praktijk te stappen.

De sterkte van deze studie is de correct uitgevoerde methodologie met uitgebreide zoekstrategie gecontroleerd door de bibliothecaris en onafhankelijke screening van de artikels door twee (soms drie) onderzoekers. De tweeëndertig studies vormden een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve studies, met als gevolg dat er zowel in de breedte als in de diepte veel informatie vergaard werd. Een zwakte van deze studie is dat er in geen enkel artikel een definitie van professioneel welbevinden beschreven staat, wat impliceert dat dit zeer weinig het hoofdonderwerp was. Verscheidene studies bestudeerden huisartsen en professioneel welbevinden op zich. Een effectieve beschrijving van welke praktijkconfiguratie het meest ideaal is en het hoogste professioneel welbevinden biedt, werd niet teruggevonden.

Dit laatste zou een aanbeveling kunnen zijn voor verder onderzoek. Werken in team is een uitdaging die heel wat voordelen met zich mee kan brengen, maar welke praktijksamenstelling (hoeveel collega's, welke specialisaties,…) is ideaal? Bovendien kan er

aanbevolen worden dat de overheid een financiële inspanning doet om taakdelegatie mogelijk te maken, gezien dit het aantal burn-outs bij huisartsen doet dalen en de work-lifebalans doet stijgen. Hierbij moet strategisch nagedacht worden over een correcte taakverdeling aan de juiste personen, zodoende de samenwerking voor elk teamlid vlot en aangenaam te laten verlopen. Het opstellen van een draaiboek kan hierbij helpen. Ook kan aangeraden worden dat collega's, alvorens een samenwerking te starten, met elkaar in gesprek gaan. Een aanbeveling voor onderwijs kan hierbij zijn dat studenten reeds van in de opleiding het aanleren om samen te werken met andere disciplines, praktijkoefeningen doen en samen discussiëren over een te voeren beleid. Het is geen overbodige luxe om de visie op praktijkvoering met elkaar af te stemmen en concrete afspraken te maken aangaande management, organisatie en financiën. De kans op latere conflicten wordt hiermee gereduceerd. Een laatste aanbeveling is de optimalisatie van de autonomie van iedere huisarts die werkt in groep. Opkomen voor je eigen overtuigingen is belangrijk om latere teleurstelling te vermijden. Concreet hoort elke huisarts op voorhand de denkoefening te maken van welke samenwerkingsvorm het beste bij zijn profiel past.

Referenties

1. Checkland K, Spooner S. The future of primary care? Reflections on the Primary Care Workforce Commission report. British Journal of General Practice. 2015.
2. Riisgaard H, Nexoe J, Le JV, Sondergaard J, Ledderer L. Relations between task delegation and job satisfaction in general practice: a systematic literature review. BMC Fam Pract. 2016;17(1):168.
3. Spiers J, Buszewicz M, Chew-Graham C, Gerarda C, Kressler D, Leggett N, et al. Barriers, facilitators, and survival strategies for GPs seeking treatment for distress: a qualitative study. British Journal of General Practice. 2017:e700-e8.
4. Vantomme O, Peremans L. Hoe haalbaar is een verpleegkundige in een niet-forfaitaire groepspraktijk? Onderzoek naar de meerwaarde en financiële impact. HuisartsNu. 2018;5:200-5.
5. Wallace J. Physician wellness: a missing quality indicator. Lancet. 2009;374:1714-21.
6. Vynckier E, Vulsteke J, Panhuysen T, Avonts D. Hoe staan patiënten tegenover taakdelegatie? Onderzoek bij 90 patiënten in een huisartsenpraktijk. HuisartsNu. 2018;5:206-9.
7. Van der Werf G, De Haan J. De praktijkvoering in huisarts en wetenschap: een historische beschouwing. HenW. 2002;45:667-81.
8. Hoerée T, Grouwels D, Cuypers R, Heyrman J. De huisartspraktijk herbekeken: een visiedocument. 2006(Berchem: Domus Medica, project HUSAM).
9. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. 2010(World Health Organisation).
10. Goethals M. 'Meneer doktoor' wordt de uitzondering. De Standaard. 2016.
11. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. Ann Fam Med. 2014;12:573-6.
12. Cheshire A, Ridge D, Hughes J, Peters D, Panagioti M, Simon C, et al. Influences on GP coping and resilience: a qualitative study in primary care. British Journal of General Practice. 2017.
13. Adarkwah C, Schwaffertz A, Labenz J, Becker A, Hirsch O. Burnout and work satisfaction in general practitioners practicing in rural areas: results from the HaMEdSi study. Psychology Research and Behavior Management. 2018;11:483-94.
14. al. Je. Burn-out bij huisartsen: preventie en aanpak. KCE rapport 165A. 2011.
15. Solomon R. Professional wellbeing: a new definiton for succes. 2010.
16. Beasley JW, Karsh BT, Hagenauer ME, Marchand L, Sainfort F. Quality of work life of independent vs employed family physicians in Wisconsin: a WReN study. Ann Fam Med. 2005;3(6):500-6.
17. Beasley JW, Karsh BT, Sainfort F, Hagenauer ME, Marchand L. Quality of work life of family physicians in Wisconsin's health care organizations: a WReN study. Wmj. 2004;103(7):51-5.
18. Dowell AC, Hamilton S, McLeod DK. Job satisfaction, psychological morbidity and job stress among New Zealand general practitioners. N Z Med J. 2000;113(1113):269-72.

19. Dreher A, Theune M, Kersting C, Geiser F, Weltermann B. Prevalence of burnout among German general practitioners: Comparison of physicians working in solo and group practices. PLoS One. 2019;14(2):e0211223.
20. Edwards ST, Helfrich CD, Grembowski D, Hulen E, Clinton WL, Wood GB, et al. Task Delegation and Burnout Trade-offs Among Primary Care Providers and Nurses in Veterans Affairs Patient Aligned Care Teams (VA PACTs). Journal of the American Board of Family Medicine. 2018;31(1):83-93.
21. Grembowski D, Ulrich CM, Paschane D, Diehr P, Katon W, Martin D, et al. Managed care and primary physician satisfaction. J Am Board Fam Pract. 2003;16(5):383-93.
22. Harris MF, Proudfoot JG, Jayasinghe UW, Holton CH, Powell Davies GP, Amoroso CL, et al. Job satisfaction of staff and the team environment in Australian general practice. Med J Aust. 2007;186(11):570-3.
23. Hoffmann K, George A, Dorner TE, Suss K, Schafer WL, Maier M. Primary health care teams put to the test a cross-sectional study from Austria within the QUALICOPC project. BMC Fam Pract. 2015;16:168.
24. Hung DY, Harrison MI, Truong Q, Du X. Experiences of primary care physicians and staff following lean workflow redesign. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):274.
25. Karsh BT, Beasley JW, Brown RL. Employed family physician satisfaction and commitment to their practice, work group, and health care organization. Health Serv Res. 2010;45(2):457-75.
26. Linzer M, Konrad TR, Douglas J, McMurray JE, Pathman DE, Williams ES, et al. Managed care, time pressure, and physician job satisfaction: Results from the physician worklife study. J Gen Intern Med. 2000;15(7):441-50.
27. Luthra M, Marshall MN. How do general practices manage requests from patients for 'same-day' appointments? A questionnaire survey. Br J Gen Pract. 2001;51(462):39-41.
28. Mechanic D. The orginization of medical practice and practice orientations among physicians in prepaid and nonprepaid primary care settings. Med Care. 1975;13(3):189-204.
29. Noroxe KB, Pedersen AF, Bro F, Vedsted P. Mental well-being and job satisfaction among general practitioners: a nationwide cross-sectional survey in Denmark. BMC Fam Pract. 2018;19(1):130.
30. Riisgaard H, Sondergaard J, Munch M, Le JV, Ledderer L, Pedersen LB, et al. Associations between degrees of task delegation and job satisfaction of general practitioners and their staff: a cross-sectional study. BMC Health Serv Res. 2017;17(1):44.
31. Rodwell J, Gulyas A. The variety of primary healthcare organisations in Australia: a taxonomy. BMC Health Serv Res. 2013;13:130.
32. Sturm R. Effect of managed care and financing on practice constraints and career satisfaction in primary care. J Am Board Fam Pract. 2002;15(5):367-77.
33. Zazzali JL, Alexander JA, Shortell SM, Burns LR. Organizational culture and physician satisfaction with dimensions of group practice. Health Serv Res. 2007;42(3 Pt 1):1150-76.
34. Aira M, Mantyselka P, Vehvilainen A, Kumpusalo E. Occupational isolation among general practitioners in Finland. Occup Med (Lond). 2010;60(6):430-5.
35. Breslau N, Novack AH, Wolf G. Work settings and job satisfaction: a study of primary care physicians and paramedical personnel. Med Care. 1978;16(10):850-62.
36. Cordes SM. Opinions of rural physicians about their practices, community medical needs, and rural medical care. Public Health Rep. 1978;93(4):362-8.
37. Feron JM, Cerexhe F, Pestiaux D, Roland M, Giet D, Montrieux C, et al. GPs working in solo practice: obstacles and motivations for working in a group? A qualitative study. Fam Pract. 2003;20(2):167-72.
38. Gask L. Powerlessness, control, and complexity: the experience of family physicians in a group model HMO. Ann Fam Med. 2004;2(2):150-5.
39. Jensen PM, Trollope-Kumar K, Waters H, Everson J. Building physician resilience. Can Fam Physician. 2008;54(5):722-9.
40. Damiani G, Silvestrini G, Federico B, Cosentino M, Marvulli M, Tirabassi F, et al. A systematic review on the effectiveness of group versus single-handed practice. Health Policy. 2013;113(1-2):180-7.
41. Groenewegen PP, Hutten JB. Workload and job satisfaction among general practitioners: a review of the literature. Soc Sci Med. 1991;32(10):1111-9.
42. Scheurer D, McKean S, Miller J, Wetterneck T. U.S. physician satisfaction: a systematic review. J Hosp Med. 2009;4(9):560-8.
43. Iliffe S. Myths and realities in multidisciplinary team-working. London Journal of Primary Care. 2008(2):100-2.

44. Lyon C, English AF, Chabot Smith P. A Team-Based Care Model That Improves Job Satisfaction. Fam Pract Manag. 2018;25(2):6-11.
45. Worzniak MJ, Chadwell M. A job-share model for the new millennium. Fam Pract Manag. 2002;9(8):29-32.
46. Day J, Scammon DL, Kim J, Sheets-Mervis A, Day R, Tomoaia-Cotisel A, et al. Quality, satisfaction, and financial efficiency associated with elements of primary care practice transformation: preliminary findings. Ann Fam Med. 2013;11 Suppl 1:S50-9.
47. Schaufeli W, Taris T. Het job demands-resources model: overzicht en kritische beschouwing. Gedrag en Organisatie. 2013;26:182-204.

Bijlage 1: Data-extractie tabel

Jaar	Eerste auteur Land	Studie-design Methode	Doel	Populatie	Bevindingen	Factoren die welbevinden positief beïnvloeden	Factoren die welbevinden negatief beïnvloeden
2010	Aira M. Finland	Kwalitatieve interview-studie met thematische analyse en constante data-vergelijking	Welke factoren zorgen voor een gevoel van isolatie bij artsen tewerk gesteld in een eerstelijns-gezondheids-centrum	32 huisartsen uit eerstelijns-gezondheids-centra	Huisartsen in Finland tewerk gesteld in eerstelijns-gezondheidscentra voelen zich vaak geïsoleerd ten opzichte van huisartsen die werken in een ziekenhuis. Bevorderen van teamwerk, sociale en professionele ondersteuning zouden een oplossing kunnen bieden voor de werk-gerelateerde stress bij deze artsen.	-Autonomie -Aanwezigheid tutor -Gezelschap tijdens pauzes	-Verlies van autonomie -Minder overleg met collega's -Weinig communicatie -Geen deel uitmaken van het team -Gebrek aan begeleiding -Geen band met management -Receptionistes die alle afspraken volplannen zonder overleg
2005	Beasley J.W. V.S.	Kwantitatief cross-sectioneel onderzoek met vragenlijst en multivariate analyse	Vergelijking van de kwaliteit van werkleven van huisartsen tewerk gesteld in HMO's t.o.v. onafhankelijke huisartsen	506 huisartsen uit HMO's en 78 huisartsen uit onafhankelijke praktijken	Huisartsen uit onafhankelijke praktijken presteren meer uren per week, werken in kleinere groepen en blijven langer op dezelfde plek. Ze ervaren meer professioneel welbevinden dan hun collega's in HMO's dankzij betere collegiale banden, meer tijd voor familie, inspraak in managements-beslissingen, het gevoel te hebben hoge kwaliteitszorg te kunnen bieden en persoonlijke professionele doelen te kunnen bereiken.	-Autonomie -Collegiale banden -Work-life balans -Band met patiënten	-Gebrek aan autonomie -Werken in een praktijk bestuurd door een verzekeringsgroep -Afnemende financiële compensatie ondanks meer patiënten te zien -Nadruk op productiviteit
2004	Beasley J.W. V.S.	Kwantitatief cross-sectioneel onderzoek met vragenlijst en Tukey post-hoc testing	Onderzoek naar de kwaliteit van werkleven van huisartsen tewerk gesteld in HMO's	397 huisartsen uit HMO's	Huisartsen in HMO's zijn op professioneel vlak weinig tevreden omdat ze het gevoel hebben hun professionele doeleinden niet te kunnen bereiken in de HMO. Velen tonen aan de intentie te hebben de HMO te verlaten.	-Persoonlijke professionele doelen kunnen bereiken	
1987	Breslau N. V.S.	Kwalitatieve interviewstudie met multipele regressie analyse	Vergelijking van de werk-tevredenheid van medici en paramedici tussen traditionele medische praktijken en de grote modernere organisaties, zoals HMO's.	31 internisten, 29 pediaters, 10 huisartsen en 130 paramedici uit eerste lijn teams	In grote moderne organisaties is er minder tevredenheid op gebied van beroeps-uitvoering, relatie met collega's en inkomen.	-Autonomie -Variatie -Complexe casuïstiek -Inkomen verzekerd in HMO's -Mede-eigenaar zijn van de praktijk	-Gebrek aan autonomie -Relatief minder inkomen in HMO's

1978	Condres S.M. V.S.	Kwalitatieve interview studie	Het bepalen van enkele karakteristieken, houdingen en meningen van de landelijke huisartsen in Washington.	41 huisartsen uit 17 praktijken waarvan 5 solo en 12 groeps-praktijken	De meest vernoemde bronnen van professioneel welbevinden zijn van non-economische aard. Variatie, uitdagende medische problemen, aangename werk-omstandigheden en de soort gemeenschap waarin de praktijk gelokaliseerd is, zijn de belangrijkste variabelen.	-Variatie -Complexe medische problemen -Woon-werkverkeer -In een klein dorp kennen de patiënten je goed en krijg je veel respect -Weinig concurrentie	-Overtollig werk -Te veel verantwoordelijkheid -Verwachtingen van patiënten en maatschappij -Medische isolatie in kleine dorpen (beter in groepspraktijken dan in solopraktijken)
2013	Damiani G. Italië	Systematisch literatuuronderzoek met data-extractie en beschrijvende statistiek	Presteren huisartsen beter in groepspraktijken dan in solopraktijken?	Huisartsen in groeps-praktijken vs. huisartsen in solo-praktijken	Huisartsen uit groeps-praktijken presteren beter op het accuraat voorschrijven van medicatie dankzij financiële, organisatorische en socio-culturele determinanten. Ze zijn meer tevreden met hun compensatie en maken beter gebruik van technologie.	-Work-lifebalans, minder werkdruk in groepspraktijken door minder aantal uren -Collegiale banden, gelegenheid tot overleg en discussie -Betere uitrusting van materiaal (o.a. ICT) in groepspraktijken. Getraind personeel dat ermee kan werken.	
2013	Day J. V.S.	Mixed method van observatie, chart audit en verzamelen van data van operatioele verslagen	Het onderzoeken van uitkomsten op vlak van kwaliteit, tevredenheid, financiën en productiviteit na het implementeren van ‘care by design’	70 eerstelijns-werkers (artsen, assistenten, verpleeg-kundigen) in PCMH (patiënt centered medical homes)	Elementen van ‘care by design’ aangaande het werken in een teamverband, hebben een positief effect op het wel bevinden van huisartsen. Er is betere zorg na een opname, betere preventieve zorg en betere diabeteszorg.	-Continuïteit van de zorg dankzij werken in groep	
2000	Dowel A.C. Nieuw-Zeeland	Kwantitatief cross-sectioneel onderzoek met vragenlijst en seven-point likert rating scales en chi squared tests	Het bepalen van de mate van psychologische stress en werk-tevredenheid bij huisartsen.	391 huisartsen	Behoorlijke werktevredenheid met variatie in het beroep. Minder tevredenheid met het aantal werkuren. Solo-huisartsen toonden minder professioneel welbevinden daar ze nu en dan een partner missen. Stedelijke huisartsen zijn meer tevreden over hun werk dan landelijke huisartsen wegens verantwoordelijkheden en verwachtingen van de patiënten.	-Collegiale banden, minder eenzaamheid -Variatie	-Veel uren werken -Verwachtingen en verantwoordelijkheden t.o.v. patiënten
2019	Dreher A. Duitsland	Kwantitatief cross-sectioneel onderzoek met vragenlijst met 6-point likert scale en fisher’s exact test gecombineerd met mann-withney-U-test	Het beschrijven van de prevalentie en uitlokkende factoren van burn-out bij huisartsen. Is er een verschil tussen solo- en groepspraktijken? Is er een verschil in voorkomen van burn-out tussen	214 huisartsen uit 129 praktijken (24.8% solo, 73.8% groep)	34.1% van de huisartsen tonen emotionele uitputting, 29% vertoont ernstige tekenen van depersonalisatie en 21.5% heeft het gevoel laag te presteren. 7.5% van de huisartsen kenmerken zich door	-Minder werkdruk in groep, work-life balans	-Geen deel uitmaken van de dynamiek van de praktijk -Andere visie -Andere normen -Conflicten met collega’s -Verlies van autonomie

			praktijk-eigenaars en huisartsen in dienst van een praktijk?		alle drie. Hoger risico werd gevonden bij vrouwelijke huisartsen, huisartsen die niet tevreden zijn met hun beroep, weinig ont-stressende activiteiten uitvoeren en een slecht evenwicht tussen werk en privé vinden. De prevalentie van burn-out was hoger in groepspraktijken dan in solo-praktijken, doch niet significant. Huisartsen die voor een collega werkten in een groepspraktijk treffen het hoogste risico op burn-out.		
2018	Edwards S.T. V.S.	Kwantitatief cross-sectioneel onderzoek met vragenlijst en multivariate regressie	In welke mate vindt taakdelegatie plaats in multidisciplinaire teams en hoe houdt taakdelegatie verband met burn-out?	777 duo's van eerstelijns-zorgverleners en verpleeg-kundigen uit 554 PACTs (patient aligned care teams)	Huisartsen die meer taken konden uitdelen, rapporteerden minder burn-out terwijl verpleegkundigen meer burn-out ervaarden wanneer er meer werk op hun schouders terecht kwam en ze vaak niet de correcte taken toebedeeld kregen. Efficiënte en correcte taakverdeling aan voldoende personeel is belangrijk.	-taakdelegatie	-burn-out van personeel
2003	Feron J-M. België	Kwalitatieve interviewstudie met systematische classificatie	Het analyseren van obstakels en eventuele motivaties voor solo-artsen om in groep te werken	88 Belgische huisartsen	Solo-huisartsen hebben verschillende visies over een groepspraktijk. Ze zien meerdere voordelen zoals betere levenskwaliteit en optimale continuïteit van de zorg. Doch toont de studie ook hoge niveaus van stress en vermoeidheid, vnl. bij oudere artsen.	-Work-life balans: andere activiteiten binnen en buiten de zorg, vakantie -Continuïteit -Ervaringen delen met collega's -Levenslang bijleren dankzij de collega's -Jonge artsen die starten in een groep hebben onmiddellijk patiënten -Multidisciplinair werken komt complexe casussen ten goede. -Minder eenzaamheid -Administratieve taken verdelen	-Verliezen van autonomie -Suboptimale relatie met collega's -Competitie -Verschillende visies -Verliezen van de persoonlijke relatie met de patiënt -Generatiekloof -Jongen artsen stellen zich minder beschikbaar op -Hiërarchie tussen oud en jong wanneer een stagiair afstudeert en blijft werken in de opleidingspraktijk
2004	Gask L. V.K.	Kwalitatieve interviewstudie met constante vergelijking	Het onderzoeken van de bevindingen van huisartsen die in een groepsmodel van een HMO werken, dewelke deelnemen aan initiatieven voor voortdurende kwaliteits-verbetering. Welke factoren kunnen lijden tot ontevredenheid op de werkvloer en	24 huisartsen	Drie belangrijke hoofdthema's: Er is een verlies van controle op de werkvloer in een HMO. Artsen vinden 'coping' strategieën om hiermee om te gaan en waardering van de beoefening van de eerstelijns-gezondheidszorg moet men trachten te behouden. Om het professioneel	-Autonomie -Collegiale banden -In HMO zeker van een bepaald salaris -Mogelijkheid tot het nemen van vakantie, work-life balans	-In HMO's geen controle over werkschema, uurrooster, extra boekingen, verlies van autonomie

			welke strategiën ontwikkelen artsen om daarmee om te gaan?		enthousiasme van de huisartsen te bewaren moet het gevoel van autonomie, de controle op de werkvloer en het kunnen uitwerken van bepaalde interesses en persoonlijke vaardigheden, hersteld en gerespecteerd worden.		
2002	Grembowski D. V.K.	Kwantitatief Cross-sectioneel onderzoek met vragenlijst en multivariabele statistische tests	Het onderzoeken in welke mate financiële vergoeding, zorgbestuur en praktijk-karakteristieken invloed hebben op het professioneel welbevinden van eerstelijnsartsen.	495 eerstelijns-artsen (huisartsen en algemene internisten) (76 praktijken met een huisarts, 246 praktijken met meerdere huisartsen, 155 praktijken met meerdere specialisaties)	Artsen zijn minder tevreden wanneer betaald met een vast loon dan per prestatie. Ook minder tevredenheid wanneer ze toestemming moeten vragen aan het praktijkmanagement om een patiënt door te sturen. Er was meer tevredenheid in privépraktijken en praktijken met een beperkt aantal artsen.	-Eigen management, autonomie -Betaling per prestatie	-Weinig autonomie -Bureaucratie
1991	Groenewegen P. P. V.K.	Literatuur-review (onbeschreven methode)	Het bekijken van de bestaande literatuur over werkdruk, tevredenheid en aanverwante zaken bij huisartsen. (Het doel is mede om een model van determinanten en het effect van variaties in de werkbelasting van huisartsen te schetsen.)	Niet beschreven	Praktijkorganisatie moet bijdragen aan de mogelijkheden om werkdruk onder controle te houden. De tijd die genomen kan worden voor een patiëntencontact heeft een invloed op welbevinden bij artsen. In een forfaitair systeem wordt er minder tijd genomen per patiëntencontact als de patiëntenlijst stijgt om binnen het vooraf bepaald werkschema klaar te geraken. Er is hoge werkdruk in forfaitaire systemen.		-Meer werkdruk in een forfaitair systeem
2007	Harris M.F. Australië	Kwantitatief Cross-sectioneel onderzoek met vragenlijst en multilevel regressie-analyse	Het onderzoeken van werktevredenheid bij mensen die werken in een eerstelijnspraktijk en het bepalen van welke individuele en organisatorische factoren daarmee verband houden.	626 personen (huisartsen, verpleeg-kundigen, administratieve hulp, praktijk-managers, paramedici) werkend in 96 eerstelijns-praktijken (24 praktijken met één huisarts, 32 praktijken met twee of drie huisartsen, 40 praktijken met vier huisartsen of meer)	In relatie met inkomen, werkwaardering en aantal werkuren, werd de werktevredenheid bij niet-huisartsen significant hoger bevonden dan bij de huisartsen. Vnl. een goede teamsfeer en het werken in een praktijk in een landelijk gebied zouden meer werktevredenheid bieden. Er is geen verband tussen professioneel welbevinden en praktijkgrootte.	-Goede teamsfeer	
2015	Hoffman K. Oostenrijk	Kwantitatief Cross-sectioneel onderzoek met vragenlijst met chi-	Het vergelijken van preventieve zorg, psychosociale zorg en werk-	171 huisartsen, waarvan 61.1% werken in een mono-	Het zijn voornamelijk jonge artsen die tewerk gesteld zijn in grote multidisciplinaire	-Taakdelegatie	

		square test en fisher's exact test	tevredenheid tussen huisartsen die werken in een multidisciplinair eerstelijnsteam en huisartsen die in een andere setting werken.	disciplinaire praktijk, 26.3% in een praktijk met huisartsen, receptioniste en één paramedicus, en 7.6% in een grote multi-disciplinaire praktijk (labo-assistent, vroedvrouw, fysiotherapeut, sociaal werker)	praktijken en ze zouden meer psychosociale en preventieve zorg realiseren dankzij de hulp en taakverdeling naar de andere paramedici uit de groep. Er werden geen verschillen in werktevredenheid gevonden wat betreft verschillende praktijk-configuraties.		
2018	Hung, D.Y. V.S.	Kwantitatief cross-sectioneel onderzoek met vragenlijst en multipele regressie analyse	In welke mate heeft het herstructureren van de workflow (o. a. taakdelegatie) in de eerste lijn invloed op huisartsen en hun personeel?	330 huisartsen en 561 niet-artsen (medische assistenten, verpleeg-kundigen,..)	Herstructurering zorgt voor meer betrokkenheid en beter teamwork met meer participatie van alle zorgverleners in het maken van beslissingen. Doch kan het stress op de werkvloer geven, alsook vermoeidheid en burn-out. Werken in een team kan een hele uitdaging zijn.	-Taakdelegatie (agenda inboeken, triage doorvoeren, inkomende documentatie aangaande patiënten beheren, patiënten in stalleren in het kabinet, medisch materiaal aanvullen), minder werkdruk	-Nervositas t.o.v. vernieuwing -Verlies van een stuk autonomie
2008	Iliffe S. V.K.	Commentary	Voor- en nadelen van werken in een multidisciplinair team	Huisartsen, verpleeg-kundigen en andere eerstelijns-medewerkers	Zorg die verleend wordt door een groep is beter dan zorg die verleend wordt door één persoon. Er is een continu leerproces. Teamleden kennen meer werk-tevredenheid en kunnen beter omgaan met stressfactoren.. De grootste barrière zou het verschil in professionaliteit zelf zijn. Rol ambiguïteit kan voor conflicten zorgen. Werken in een team is een uitdaging. Er moet één gezamenlijk doel voor ogen gehouden worden en de waarden en normen moeten voor ieder duidelijk zjin. Evenwicht tussen de taak, de groep en het individu is van groot belang.	-Beroep doen op de kennis en vaardigheden van iemand anders, mogelijkheid tot overleg -Geen eenzaamheid -Continu leerproces -Beter omgaan met stress als je niet alleen bent, ventilatie naar teamleden	-Culturele verschillen tussen beroepen en verschil in status kan leiden tot conflicten. -Slechte communicatie -Ieder voor zich mentaliteit -Verlies van autonomie
2008	Jensen, P.M. Canada	Kwalitatieve interview-studie met constante vergelijking	Welke elementen dragen bij aan de veerkracht van huisartsen?	17 huisartsen waaronder 4 solo-artsen en 13 artsen uit een groepspraktijk	Vier hoofdaspecten van veerkracht bij huisartsen werden geïdentificeerd: 1. Attitudes en perspectieven, het waarderen van de artsenrol. 2. Evenwicht en prioriteiten stellen, een adequaat professioneel ontwikkelingsplan opstellen, maar ook vrije tijd nemen. 3. Praktijk-	-Collegialiteit -Mentorschap -Betrouwbare algemene dekking -Work-lifebalans, vakantie en vrije tijd inplannen	

					management en organisatie, jezelf omringen met bekwaam personeel. 4. Relationele ondersteuning, zijnde professionele relaties met collega's van dezelfde en van andere specialiteiten. Persoonlijk ondersteunend netwerk van familie en vrienden.		
2010	Karsj B.T. V.S.	Kwantitatief Cross-sectioneel onderzoek met vragenlijst met single composite indicator structure equation modeling (CISE)	Het testen van werk-omstandigheden, werk-tevredenheid en toewijding van huisartsen tewerkgesteld in grote multi-specialistische groepspraktijken	628 huisartsen, 78 in een onafhankelijke praktijk, 506 in grote multi-specialistische groeps-praktijken, 44 niet gecategoriseerd	Tevredenheid met de organisatie is vnl. gelinkt met de mate van appreciatie die de huisartsen krijgen van het management en de mate waarin de doelen van de organisatie overeenkomen met de doelen van de huisarts zelf. Tevredenheid met de werkgroep hangt vnl. af van de sociale relatie met collega's. Tevredenheid met de praktijk wordt bepaald door de relatie met de patiënten en controle over de alledaagse taken. De sociale relatie met het werk is de belangrijkste variabele die tevredenheid en toewijding van huisartsen bepaalt.	-Autonomie -Gelijkaardige visie met de werkgever -Goede relatie met de collega's van de groep	
2000	Linzer, M. V.S.	Kwantitatief Cross-sectioneel onderzoek met vragenlijst met lineaire en logistische regressie	Het bestuderen van de link tussen HMO praktijken, tijdsdruk en professioneel welbevinden van huisartsen.	2326 artsen, combinatie van eerstelijns-artsen en specialisten (411 solo, 778 kleine groep, 120 grote groep met één specialiteit, 304 grote groep met multispecialiteit, 300 academici, 203 HMO, 173 andere)	HMO artsen zijn over het algemeen minder tevreden met hun beroep en hebben meer de neiging om de praktijk te verlaten binnen de 2 jaar dan artsen in andere praktijken. Tevredenheid aangaande personeel, patiënten-gemeenschap, inkomen en de duur van een visite voor nieuwe patiënten zouden geoptimaliseerd moeten worden in HMO's met als doel minder artsen te verliezen.	-Autonomie -Minder administratieve taken minder in HMO's -Beter inkomen in andere dan HMO's Professionele relaties met collega's en patiënten beter in niet-HMO's -Tijd per consultatie en vrijheid beter in niet-HMO's	
2001	Luthra M. V.K.	Kwantitatief Cross-sectioneel onderzoek met vragenlijst met chi-square test en fisher's exact test	Welke beleidssysteem gebruiken praktijken voor afspraken op dezelfde dag?	79 praktijken waarvan telkens 1 huisarts de vragenlijst ingevuld heeft	In de meeste praktijken komen patiënten op afspraak en worden er buffers voorbehouden voor dringende zaken. Het is eerder zo dat extra patiënten verdeeld worden over de artsen uit de	-Het verdelen van de (dringende) afspraken op dezelfde dag tussen collega's	

					groepspraktijk dan dat er één iemand instaat voor de afspraken op dezelfde dag. Vervangers en praktijk-verpleegkundige spelen hier geen significante rol. Enkele praktijken maken gebruik van telefoontriage.		
2018	Lyon C. V.S.	Pilootproject	Een team-gebasseerd zorgmodel opstarten waarbij het takenpakket van de medische assistent uitgebreider en dat van de huisarts lichter wordt.	Huisartsen die samenwerken met medische assistenten of verpleeg-kundigen	Het uitbreiden van de rol en het delegeren van meer taken aan een medische assistente of verpleegkundige kan praktijken helpen om de quadruple aim te bereiken. Een zorgmodel met de focus op 'teamwork' bevordert de toegankelijkheid voor patiënten, de kwaliteit van de zorg en het professioneel welbevinden van huisartsen, waarbij het aantal burn-outs kan gehalveerd worden.	-Taakdelegatie: meer algemeen professioneel welbevinden en tevredenheid met het werkleven, efficiënter werken	
1975	Mechanic D. V.S.	Kwantitatief Cross-sectioneel met twee vragenlijsten	Het bepalen van het verschil in praktijk-organisatie, praktijk-karakteristieken en werktevredenheid tussen eerstelijns-instituten waar de huisartsen vooruitbetaald worden en eerstelijnsinstituten waar de artsen per prestatie betaald worden.	710 huisartsen en 179 pediaters	Gelijkaardige werktevredenheid aan tussen beide groepen. Artsen in een forfaitair systeem blijken iets meer tevreden te zijn met de tijd die ze op de praktijk spenderen en de vrije tijd die ze hebben. Huisartsen die niet in groep werken, blijken hier minder tevreden te zijn. Artsen in een forfaitair systeem zijn minder tevreden met de tijd die ze krijgen per patiëntencontact. Artsen die werken in groep en per prestatie tonen voor deze variabele de hoogste tevredenheid.	-In forfaitair systeem: vastgelegde werkuren en zekerheid van vrije tijd -In betaling per prestatie: eigen keuze hoe lang een patiëntencontact duurt	
2018	Noroxe K.B. Denemarken	Kwantitatief Cross-sectioneel onderzoek met vragenlijst en multivariate logistische regressie analyse	Mentaal welbevinden en werk-tevredenheid bij Deense huisartsen en de mogelijke associatie met leeftijd, geslacht en praktijkorganisatie.	1697 huisartsen	Eén op tien vertoont burnout-syndroom, één op vijf kampt met veel stress en één op vijf rapporteert een slecht algemeen welbevinden. 25% van de artsen vertoont geen symptomen van burn-out of stress. De huisartsen met de meeste klachten van lage werk-tevredenheid en burn-out klachten waren mannelijke huisartsen tussen de 45 en 59 jaar. Vrouwelijke huisartsen	-Betere work-life balans in groep	

					melden vaker een minder goede werk-privé balans dan mannen. Huisartsen in solo-praktijken waren minder tevreden met hun werk-privé balans dan huisartsen in een groepspraktijk		
2017	Rijsgaard H. Denemarken	Kwantitatief Cross-sectioneel met vragenlijst en mixed-effect ordered logit model	Is er een verband tussen de mate van taakverdeling en werk-tevredenheid bij huisartsen en hun personeel?	1245 huisartsen 631 personen medisch personeel	Er is een significant verband tussen een hoge graad van taakdelegatie en professioneel welbevinden bij medische assistenten. Bij de huisartsen zelf werd er geen significant verband aangetoond maar wel een neiging naar meer professioneel welbevinden wanneer er meer taken worden uitgedeeld. Dit zowel op vlak van algemene werktevredenheid als uitdagingen op het werk als tevredenheid met het werkmilieu.	-Taakdelegatie, minder werkdruk	
2016	Rijsgaard H. Denemarken	Systematisch literatuuronderzoek	Het huidige onderzoek naar de relatie tussen taakdelegatie en werk-tevredenheid van huisartsen en hun personeel bekijken. Bijkomend bekijken wat de literatuur tot nu toe als mogelijke verklaringen weerhoudt.	Praktijken met huisartsen, verpleeg-kundigen en praktijk-managers	Praktijk-verpleegkundigen en praktijkassistenten tonen aan zeer tevreden te zijn met de mogelijkheid van taakdelegatie, doch hebben soms het gevoel dat hun werk niet geapprecieerd wordt. Huisartsen daarentegen toonden geen toename van werktevredenheid gezien verlies van continuïteit van de zorg en een extra taak bovenop hun takenpakket nl. die als supervisor.	-Minder werkdruk door minder aantal werkuren dankzij taakdelegatie -Autonomie	-Verlies van persoonlijke holistische aanpak door taakdelegatie -supervisie geven naar het personeel toe kan vermoeiend zijn
2013	Rodwel J. Australië	Kwantitatief Cross-sectioneel onderzoek met vragenlijst en post-hoc analyse en chi-squared test	Het ontwikkelen van een taxonomie onder primaire gezondheidszorg-praktijken op basis van karakteristieken die geassocieerd zijn met werktevredenheid van huisartsen en praktijken, om de multi-dimensionele complexiteit van eerstelijns-praktijken aan te tonen.	3663 huisartsen	Volgens beleidsmakers zijn primaire gezondheidszorg-organisaties homogeen en onderscheiden dezen zich amper van elkaar. Niets is minder waar. Inzicht in de diversiteit van eerstelijnspraktijken is belangrijk om aan noden te beantwoorden en de mogelijkheden van de praktijk optimaal te benutten. Uit de multivariate clusteranalyse zijn 7 configuraties (clusters van kenmerken die een	-Voorspelbare werkuren -Weinig wachten	

					groep onderscheiden) van eerstelijns-praktijken voortgekomen: het geoptimaliseerde, het onafhankelijke, het reactieve, het afwikkelende, het klassieke, het flexibele en het schaalefficiënte team		
2009	Scheurer D. V.S .	Systematisch literatuuronderzoek met data-extractie met beschrijvende analyse	Het systematisch bekijken van de literatuur aangaande de tevredenheid van artsen uit de V.S.	Huisartsen en specialisten	Zowel intrinsieke als extrinsiek factoren spelen een rol in het bepalen van professioneel welbevinden bij artsen. Een bepaalde leeftijdscategorie, geslacht of ras toon geen opvallend verschil in werktevredenheid.. Pediaters zouden de hoogste tevredenheid tonen. Een onevenwicht tussen verwachtte en ervaarde stress en werkdruk zou matig geassocieerd zijn met ontevredenheid. Een goede relatie met collega's heeft een matig positief effect. Artsen in solo-praktijken of HMO praktijken zouden minder professioneel welbevinden tonen dan collega's in andere configuraties. Tevredenheid aangaande het inkomen van de arts houdt verband met algemene tevredenheid en welbevinden.	-Work-lifebalans -Collegiale banden	
2001	Sturm R. V.S.	Kwantitatief Cross-sectioneel onderzoek met vragenlijst met logistische regressie-modellen	Bestuderen hoe georganiseerde zorg, praktijk-configuratie en financiële regelingen invloed hebben op de kijk van huisartsen op de praktijk waar ze werken en op de werktevreden-heid	7146 eerstelijns-artsen waarvan 2355 internisten, 3168 huisartsen en 1623 pediaters	Artsen uit een solo-praktijk of een praktijk met slechts twee artsen zijn significant minder tevreden met hun medische carrière dan artsen tewerk gesteld in grotere groepspraktijken wegens gebrek aan klinische vrijheid en een hogere inkomstendruk. Huisartsen in grotere groepspraktijken melden dan weer meer	-Autonomie	-Tijdsdruk in grote groepsraktijken -Inkomstendruk in solo en duo-praktijken

					tijdsdruk.		
2002	Worzniak M.J. V.S.	Modelbeschrijving	Het beschrijven van een 'job-sharing' concept onder huisartsen.	Huisartsen met gelijkaardige visie en competentie die parttime werken en samen een fulltime bekomen.	Er worden drie modellen beschreven. Model 1: twee parttime huisartsen. Model 2: drie parttime huisartsen. Model 3: twee parttime huisartsen en twee fulltime huisartsen. Deze modellen bieden een behouden continuïteit van de patiëntenzorg en een betere werk-privé balans gezien meer vrije tijd en een behouden salaris. Job-sharing met 3-4 collega's lijkt ideaal.	Dankzij de job-sharing in deze modellen: -Behouden mogelijkheid tot persoonlijke groei -Afwisselend beoefenen van de vaardigheden -Hospitaal privéleges behouden -Continuïteit -Flexibel schema -Delen van de kosten	-Slechte communicatie tussen collega's
2006	Zazzali J.L. V.S .	Kwantitatief Cross-sectional onderzoek met vragenlijst en hiërarchicale lineaire modelling	Beoordelen in welke mate de cultuur van groepspraktijken geassocieerd is met tevredenheid van individuele artsen aangaande bestuurlijke en organisatorische mogelijkheden van de groep	52 medische groepen aangesloten bij 12 geïntegreerde gezondheids-systemen waarbij 1593 artsen betrokken zijn	Groepscultuur (gekenmerkt door teamwerk, samenhang en deelname) werd positief geassocieerd met tevredenheid over personeel, technologische verfijning en prijsconcurrentie. Hiërarchale cultuur en bureaucratie werd negatief geassocieerd met tevredenheid. Rationele cultuur (gekenmerkt door het behalen van concurrentievoordeel en beloond worden voor het bereiken van bepaalde doelen) werd negatief geassocieerd met tevredenheid. Ontwikkelings-cultuur (gekenmerkt door innovatie en het durven nemen van risico's) was niet significant geassocieerd met tevreden of ontevredenheid.	-Groepscultuur -Ontwikkelings-cultuur	- Hiërarchale cultuur -Rationele cultuur

Bijlage 2: Zoekstrategie in drie databanken

PUBMED

Professional wellbeing

- *Wellbeing :*
  1. "Personal satisfaction"[MeSH]
  2. "Personal satisfaction"[TIAB]
  3. "Satisfaction"[TIAB]
  4. "Dissatisfaction"[TIAB]
  5. "Personal dissatisfaction"[TIAB]
  6. "Mental health"[MeSH]
  7. "Mental health"[TIAB]
  8. "Burnout, psychological"[MeSH]
  9. "Psychological burnout"[TIAB]
  10. "Psychological burn-out"[TIAB]
  11. "Burnout"[TIAB]
  12. "Burn-out"[TIAB]
  13. "Burnout syndrome"[TIAB]
  14. "Burn-out syndrome"[TIAB]
  15. "Stress, psychological"[MeSH]
  16. "Psychological Stress"[TIAB]
  17. "Mental stress"[TIAB]
  18. "Emotional stress"[TIAB]
  19. "Emotional pressure"[TIAB]
  20. "Exhaustion"[TIAB]
  21. "Impairment"[TIAB]
  22. "Well-being"[TIAB]
  23. "Wellbeing"[TIAB]
  24. "Well-doing"[TIAB]
  25. "Welldoing"[TIAB]
  26. "Mental hygiene"[TIAB]
  27. "Happiness"[MeSH]
  28. "Happiness"[TIAB]
  29. "Peace of mind"[TIAB]
  30. "Wellness"[TIAB]
  31. "Resilience, psychological"[MeSH]
  32. "Psychological Resilience"[TIAB]
  33. "Personal Resilience"[TIAB]
  34. "Needs"[TIAB]
  35. 1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 11 OR 12 OR 13 OR 14 OR 15 OR 16 OR 17 OR 18 OR 19 OR 20 OR 21 OR 22 OR 23 OR 24 OR 25 OR 26 OR 27 OR 28 OR 29 OR 31 OR 32 OR 33OR 34
- *Professional OR*
  36. "Occupations"[MeSH]
  37. "Occupations"[TIAB]
  38. "Occupation"[TIAB]
  39. "Occupational"[TIAB]
  40. "Employment"[MeSH]
  41. "Employment"[TIAB]
  42. "Work"[MeSH]
  43. "Work"[TIAB]

44. “Work-Life Balance”[MeSH]
45. “Work-Life Balance”[TIAB]
46. “Work-life harmony”[TIAB]
47. “Work Shedule Tolerance”[MeSH]
48. “Work Shedule Tolerance”[TIAB]
49. “Workload”[MeSH]
50. “Workload”[TIAB]
51. “Work load”[TIAB]
52. “Work Engagement”[MeSH]
53. “Work Engagement”[TIAB]
54. “Work Environment”[TIAB]
55. “Work Performance”[MeSH]
56. “Work Performance”[TIAB]
57. “Working time”[TIAB]
58. “Professional Practice”[MeSH]
59. “Professional Practice”[TIAB]
60. “Professional Competence”[MeSH]
61. “Professional Compentence”[TIAB]
62. “Delegation, professional”[MeSH]
63. “Professional delegation”[TIAB]
64. “Professional Role”[MeSH]
65. “Professional Role”[TIAB]
66. “Professional Autonomy”[MeSH]
67. “Professional Autonomy”[TIAB]
68. “Professional development”[TIAB]
69. “Malpractice”[MeSH]
70. “Malpractice”[TIAB]
71. “Pofession”[TIAB]
72. “Professional”[TIAB]
73. “Job”[TIAB]
74. “Job performance”[TIAB]
75. “Career”[TIAB]
76. “Caregiver”[TIAB]
77. “Care-giver”[TIAB]
78. 36 OR 37 OR 38 OR 39 OR 40 OR 41 OR 42 OR 43 OR 44 OR 45 OR 46 OR 47 OR 48 OR 49 OR 50 OR 51 OR 52 OR 53 OR 54 OR 55 OR 56 OR 57 OR 58 OR 59 OR 60 OR 61 OR 62 OR 63 OR 64 OR 65 OR 66 OR 67 OR 68 OR 69 OR 70 PR 71 OR 72 OR 73 OR 74 OR 75 OR 76 OR 77

79. 35 AND 78

- *Mesh termen of tekswoorden die beide termen combineren:*

80. “Job satisfaction”[MeSH]
81. “Burnout, professional”[MeSH]
82. “Occupational Stress”[MeSH]
83. 80 OR 81 OR 82

84. 79 OR 83

Group practice

85. “Group practice”[MeSH] OR “Group practice”[TIAB]

86. “Independant practice associations”[MeSH] OR “Independant practice associations”[TIAB]
87. “Patient care team”[MeSH] OR “Patient care team”[IAB]
88. “Practice management, medical”[MeSH] OR “Medical practice managementl”[TIAB]
89. “Delegation, professional”[MeSH] OR “Professional delegation”[TIAB]
90. “Collaborative care team”[TIAB]
91. “Collaborative patient care team”[TIAB]
92. “Collaborative health care team”[TIAB]
93. “Collaborative practice”[TIAB]
94. “Practice organisation”[TIAB]
95. “Practice association”[TIAB]
96. “Interdisciplinary association”[TIAB]
97. “Multidisciplinary association”[TIAB]
98. “Interdisciplinary group practice”[TIAB]
99. “Multidisciplinary group practice”[TIAB]
100. “Interdisciplinary collaboration”[TIAB]
101. “Multidisciplinary collaboration”[TIAB]
102. “Interprofessional group practice”[TIAB]
103. “Multiprofessional group practice”[TIAB]
104. “Interprofessional collaboration”[TIAB]
105. “Multiprofessional collaboration”[TIAB]
106. “Interprofessional association”[TIAB]
107. “Multiprofessional association”[TIAB]
108. “Cross-professional collaboration”[TIAB]
109. “Cross-professional group practice”[TIAB]
110. “Cross-professional association”[TIAB]
111. “Interdisciplinary collaborative practice”[TIAB]
112. “Multidisciplinary collaborative practice”[TIAB]
113. “Interprofessional collaborative practice”[TIAB]
114. “Multiprofessional collaborative practice”[TIAB]
115. “Cross-professional collaborative practice”[TIAB]
116. “Interdisciplinary practice organisation”[TIAB]
117. “Multidisciplinary practice organisation”[TIAB]
118. “Interprofessional practice organisation”[TIAB]
119. “Multiprofessional practice organisation”[TIAB]
120. “Cross-professional practice organisation”[TIAB]
121. “Task delegation”[TIAB]
122. “Personnel Delegation”[MeSH]
123. “Personnel Delegation”[TIAB]
124. 85 OR 86 OR 87 OR 88 OR 89 OR 90 OR 91 OR 92 OR 93 OR 94 OR 95 OR 96 OR 97 OR 98 OR 99 OR 100 OR 101 OR 102 OR 103 OR 104 OR 105 OR 106 OR 107 OR 108 OR 109 OR 110 OR 112 OR 113 OR 114 OR 115 OR 116 OR 117 OR 118 OR 119 OR 120 OR 121 OR 122 OR 123

General practitioner

125. “General practitioners”[MeSH] OR “General practitioners”[TIAB]
126. “General practice”[MeSH] OR “General practice”[TIAB]
127. “General practitioner”[TIAB]
128. “Physicians, family”[MeSH]
129. “Family Physician”[TIAB]
130. “Family Physicians”[TIAB]
131. “Family practice”[Mesh] OR “Family practice”[TIAB]

132. “Family practitioner”[TIAB]
133. “Family practitioners”[TIAB]
134. “General practice physician”[TIAB]
135. “General practice physicians”[TIAB]
136. “Family doctor”[TIAB]
137. “Family doctors”[TIAB]
138. “General physician”[TIAB]
139. “General physicians”[TIAB]
140. “GP”[TIAB]
141. “GPs”[TIAB]
142. “Physicians, primary care”[MeSH]
143. “Primary care physician”[TIAB]
144. “Primary care physicians”[TIAB]
145. “Primary care doctor”[TIAB]
146. “Primary care doctors”[TIAB]
147. “Primary care practitioner”[TIAB]
148. “Primary care practitioners”[TIAB]
149. “Primary care practice”[TIAB]
150. “General medical practice”[TIAB]
151. “General medicine”[TIAB]
152. “General medical practitioner”[TIAB]
153. 125 OR 126 OR 127 OR 128 OR 129 OR 130 OR 131 OR 132 OR 133 OR 134 OR 135 OR 136 OR 167 OR 138 OR 139 OR 140 OR 141 OR 142 OR 143 OR 144 OR 145 OR 146 OR 147 OR 148 OR 149 OR 150 OR 151 OR 152

154. 84 AND 124 AND 153

EMBASE

Professional wellbeing

- *Wellbeing*
    1. ‘Wellbeing’/exp
    2. ‘Wellbeing’:ti,ab
    3. ‘Well-being’:ti,ab
    4. ‘Welldoing’:ti,ab
    5. ‘Well-doing’:ti,ab
    6. ‘Wellness’:ti,ab
    7. ‘Mental health’/exp
    8. ‘Mental health’:ti,ab,
    9. ‘Personal satisfaction’:ti,ab
    10. ‘Satisfaction’:ti,ab
    11. ‘Personal dissatisfaction’:ti,ab
    12. ‘Dissatisfaction’:ti,ab
    13. ‘Burnout’/exp
    14. ‘Burnout’:ti,ab
    15. ‘Burn-out’:ti,ab
    16. ‘Burn-out syndrome’:ti,ab
    17. ‘Burnout syndrome’:ti,ab
    18. ‘Psychological burn-out’:ti,ab
    19. ‘Psychological burnout’:ti,ab
    20. ‘Mental stress’/exp
    21. ‘Mental stress’:ti,ab

22. ‘Emotional stress’/exp
23. ‘Emotional stress’:ti,ab
24. ‘Psychological stress’:ti,ab
25. ‘Emotional pressure’:ti,ab
26. ‘Exhaustion’/exp
27. ‘Exhaustion’:ti,ab
28. ‘Impairment’:ti,ab
29. ‘Mental hygiene’:ti,ab
30. ‘Happiness’/exp
31. ‘Happiness’:ti,ab
32. ‘Peace of mind’:ti,ab
33. ‘Psychological resilience’/exp
34. ‘Psychological resilience’:ti,ab
35. ‘Personal resilience’:ti,ab
36. ‘Needs’:ti,ab
37. 1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 11 OR 12 OR 13 OR 14 OR 15 OR 16 OR 17 OR 18 OR 19 OR 20 OR 21 OR 22 OR 23 OR 24 OR 25 OR 26 OR 27 OR 28 OR 29 OR 31 OR 32 OR 33OR 34 OR 35 OR 36

- *Professional*
    38. ‘Occupation’/exp
    39. ‘Occupation’:ti,ab
    40. ‘Occupations’:ti,ab
    41. ‘Occupational’:ti,ab
    42. ‘Employment’/exp
    43. ‘Employment’:ti,ab
    44. ‘Work’/exp
    45. ‘Work’:ti,ab
    46. ‘Work engagement’/exp
    47. ‘Work engagement’:ti,ab
    48. ‘Work environment’/exp
    49. ‘Work environment’:ti,ab
    50. ‘Work schedule’/exp
    51. ‘Work schedule’:ti,ab
    52. ‘Work schedule tolerance’:ti,ab
    53. ‘Work-life balance’/exp
    54. ‘Work-life balance’:ti,ab
    55. ‘Work-life harmony’:ti,ab
    56. ‘Working time’/exp
    57. ‘Working time’:ti,ab
    58. ‘Workload’/exp
    59. ‘Workload’:ti,ab
    60. ‘Work load’:ti,ab
    61. ‘Work performance’:ti,ab
    62. ‘Job’:ti,ab
    63. ‘Job performance’/exp
    64. ‘Job performance’:ti,ab
    65. ‘Medical profession’/exp
    66. ‘Medical profession’:ti,ab
    67. ‘Professional development’/exp
    68. ‘Professional development’:ti,ab
    69. ‘Professional’:ti,ab
    70. ‘Profession’:ti,ab
    71. ‘Professional practice’/exp
    72. ‘Professional practice’:ti,ab
    73. ‘Professional competence’/exp
    74. ‘Professional competence’:ti,ab

75. ‘Professional delegation’/exp
76. ‘Professional delegation’:ti,ab
77. ‘Professional role’:ti,ab
78. ‘Professional autonomy’:ti,ab
79. ‘Malpractice’/exp
80. ‘Malpractice’:ti,ab
81. ‘Career’/exp
82. ‘Career’:ti,ab
83. ‘Caregiver’/exp
84. ‘Caregiver’:ti,ab
85. ‘Care-give’:ti,ab
86. 38 OR 39 OR 40 OR 41 OR 42 OR 43 OR 44 OR 45 OR 46 OR 47 OR 48 OR 49 OR 50 OR 51 OR 52 OR 53 OR 54 OR 55 OR 56 OR 57 OR 58 OR 59 OR 60 OR 61 OR 62 OR 63 OR 64 OR 65 OR 66 OR 67 OR 68 OR 69 OR 70 PR 71 OR 72 OR 73 OR 74 OR 75 OR 76 OR 77 OR 78 OR 79 OR 80 OR 81 OR 82 OR 83 OR 84 OR 85

87. 37 AND 86

- *Mesh termen of tekswoorden die beide termen combineren*

88. ‘Job satisfaction’/exp
89. ‘Job stress’/exp
90. ‘Professional burnout’/exp
91. ‘Caregiver burnout’/exp
92. ‘Caregiver burden’/exp
93. ‘Caregiver burden’:ti,ab
94. ‘Care-giver burden’:ti,ab
95. ‘Quality of working life’/exp
96. ‘Quality of working life’:ti,ab

97. 88 OR 89 OR 90 OR 91 OR 92 OR 93 OR 94 OR 95 OR 96

98. **87 OR 97**

Group practice

99. ‘Group practice’/exp
100. ‘Group practice’:ti,ab
101. ‘Independant practice associations’:ti,ab
102. ‘Patient care team’:ti,ab
103. ‘Medical practice management’:ti,ab
104. ‘Professional delegation’/exp
105. ‘Professional delegation’:ti,ab
106. ‘Collaborative care team’/exp
107. ‘Collaborative care team’:ti,ab
108. ‘Collaborative health care team’:ti,ab
109. ‘Collaborative patient care team’:ti,ab
110. ‘Collaborative practice’:ti,ab
111. ‘Practice organisation’:ti,ab
112. ‘Practice association’:ti,ab
113. ‘Interdisciplinary association’:ti,ab
114. ‘Multidisciplinary association’:ti,ab
115. ‘Interdisciplinary group practice’:ti,ab
116. ‘Multidisciplinary group practice’:ti,ab
117. ‘Interdisciplinary collaboration’:ti,ab
118. ‘Multidisciplinary collaboration’:ti,ab
119. ‘Interprofessional group practice’:ti,ab
120. ‘Multiprofessional group practice’:ti,ab

121. ‘Interprofessional collaboration’:ti,ab
122. ‘Multiprofessional collaboration’:ti,ab
123. ‘Interprofessional association’:ti,ab
124. ‘Multiprofessional association’:ti,ab
125. ‘Cross-professional collaboration’:ti,ab
126. ‘Cross-professional group practice’:ti,ab
127. ‘Cross-professional association’:ti,ab
128. ‘Interdisciplinary collaborative practice’:ti,ab
129. ‘Multidisciplinary collaborative practice’:ti,ab
130. ‘Interprofessional collaborative practice’:ti,ab
131. ‘Multiprofessional collaborative practice’:ti,ab
132. ‘Cross-professional collaborative practice’:ti,ab
133. ‘Interdisciplinary practice organisation’:ti,ab
134. ‘Multidisciplinary practice organisation’:ti,ab
135. ‘Interprofessional practice organisation’:ti,ab
136. ‘Multiprofessional practice organisation’:ti,ab
137. ‘Cross-professional practice organisation’:ti,ab
138. ‘Task delegation’:ti,ab
139. ‘Personnel delegation’:ti,ab
140. ‘Multidisciplinary team’/exp
141. ‘Multidisciplinary team’:ti,ab
142. **99 OR 100 OR 101 OR 102 OR 103 OR 104 OR 105 OR 106 OR 107 OR 108 OR 109 OR 110 OR 112 OR 113 OR 114 OR 115 OR 116 OR 117 OR 118 OR 119 OR 120 OR 121 OR 122 OR 123 OR 124 OR 125 OR 126 OR 127 OR 128 OR 129 OR 130 OR 131 OR 132 OR 133 OR 134 OR 135 OR 136 OR 167 OR 138 OR 139 OR 140 OR 141**

General practitioner

143. ‘General practitioner’/exp
144. ‘General practitioner’:ti,ab
145. ‘General practitioners’:ti,ab
146. ‘General practice’/exp
147. ‘General practice’:ti,ab
148. ‘Family practice’:ti,ab
149. ‘General medical practice’:ti,ab
150. ‘General medicine’:ti,ab
151. ‘General medical practitioner’:ti,ab
152. ‘Family doctor’:ti,ab
153. ‘Family doctors’:ti,ab
154. ‘Family physician’:ti,ab
155. ‘Family physicians’:ti,ab
156. ‘Family practitioner’:ti,ab
157. ‘Family practitioners’:ti,ab
158. ‘General physician’:ti,ab
159. ‘General physicians’:ti,ab
160. ‘Gp’:ti,ab
161. ‘GPs’:ti,ab
162. ‘General practice physician’:ti,ab
163. ‘General pracice physicians’:ti,ab
164. ‘Primary care phyiscian’:ti,ab
165. ‘Primary care physicians’:ti,ab
166. ‘Primary care doctor’:ti,ab
167. ‘Primary care doctors’:ti,ab
168. ‘Primary care practitioner’:ti,ab
169. ‘Primary care practitioners’:ti,ab

170. 'Primary care practice':ti,ab
171. **143 OR 144 OR 145 OR 146 OR 147 OR 148 OR 149 OR 150 OR 151 OR 152 OR 153 OR 154 OR 155 OR 156 OR 157 OR 158 OR 159 OR 160 OR 161 OR 162 OR 163 OR 164 OR 165 OR 167 OR 168 OR 169 OR 170**

172. **98 AND 142 AND 171**

WEB OF SCIENCE

Professional wellbeing

- *Wellbeing*
  173. TS="Wellbeing"
  174. TS="Well-being"
  175. TS="Welldoing"
  176. TS="Well-doing"
  177. TS="Wellness"
  178. TS="Mental health"
  179. TS="Personal satisfaction"
  180. TS="Satisfaction"
  181. TS="Personal dissatisfaction"
  182. TS="Dissatisfaction"
  183. TS="Burnout"
  184. TS="Burn-out"
  185. TS="Burn-out syndrome"
  186. TS="Burnout syndrome"
  187. TS="Psychological burn-out"
  188. TS="Psychological burnout"
  189. TS="Mental stress"
  190. TS="Emotional stress"
  191. TS="Psychological stress"
  192. TS="Emotional pressure"
  193. TS="Exhaustion"
  194. TS="Impairment"
  195. TS="Mental hygiene"
  196. TS="Happiness"
  197. TS="Peace of mind"
  198. TS ="Psychological resilience"
  199. TS="Personal resilience"
  200. TS="Needs"
  201. 1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 11 OR 12 OR 13 OR 14 OR 15 OR 16 OR 17 OR 18 OR 19 OR 20 OR 21 OR 22 OR 23 OR 24 OR 25 OR 26 OR 27 OR 28
- *Professional*
  202. TS="Occupation"
  203. TS="Occupations"
  204. TS="Occupational"
  205. TS="Employment"
  206. TS="Work"
  207. TS="Work engagement"
  208. TS="Work environment"
  209. TS="Work schedule"
  210. TS="Work schedule tolerance"
  211. TS="Work-life balance"
  212. TS="Work-life harmony"

213. TS="Working time"
214. TS="Workload"
215. TS="Work load"
216. TS="Work performance"
217. TS="Job"
218. TS="Job performance"
219. TS="Professional development"
220. TS="Professional"
221. TS="Profession"
222. TS="Professional practice"
223. TS="Professional competence"
224. TS="Professional delegation"
225. TS="Professional role"
226. TS="Professional autonomy"
227. TS="Malpractice"
228. TS="Career"
229. TS="Caregiver"
230. TS="Care-giver"
231. 30 OR 31 OR 32 OR 33 OR 34 OR 35 OR 36 OR 37 OR 38 OR 39 OR 40 OR 41 OR 42 OR 43 OR 44 OR 45 OR 46 OR 47 OR 48 OR 49 OR 50 OR 51 OR 52 OR 53 OR 54 OR 55 OR 56 OR 57 OR 58
232. 29 AND 59

- *Mesh termen of tekswoorden die beide termen combineren*
    233. TS="Caregiver burden"
    234. TS="Care-giver burden"
    235. TS="Quality of working life"
    236. 61 OR 62 OR 63

    237. **60 OR 64**

Group practice

238. TS="Group practice"
239. TS="Independant practice associations"
240. TS="Patient care team"
241. TS="Medical practice management"
242. TS="Professional delegation"
243. TS="Collaborative care team"
244. TS="Collaborative health care team"
245. TS="Collaborative patient care team"
246. TS="Collaborative practice"
247. TS="Practice organisation"
248. TS="Practice association"
249. TS="Interdisciplinary association"
250. TS="Multidisciplinary association"
251. TS="Interdisciplinary group practice"
252. TS="Multidisciplinary group practice"
253. TS ="Interdisciplinary collaboration"
254. TS="Multidisciplinary collaboration"
255. TS="Interprofessional group practice"
256. TS="Multiprofessional group practice"
257. TS="Interprofessional collaboration"
258. TS="Multiprofessional collaboration"
259. TS="Interprofessional association"
260. TS="Multiprofessional association"

261. TS="Cross-professional collaboration"
262. TS="Cross-professional group practice"
263. TS="Cross-professional association"
264. TS="Interdisciplinary collaborative practice"
265. TS="Multidisciplinary collaborative practice"
266. TS="Interprofessional collaborative practice"
267. TS="Multiprofessional collaborative practice"
268. TS="Cross-professional collaborative practice"
269. TS="Interdisciplinary practice organisation"
270. TS="Multidisciplinary practice organisation"
271. TS="Interprofessional practice organisation"
272. TS="Multiprofessional practice organisation"
273. TS="Cross-professional practice organisation"
274. TS="Task delegation"
275. TS="Personnel delegation"
276. TS="Multidisciplinary team"
277. **66 OR 67 OR 68 OR 69 OR 70 OR 71 OR 72 OR 73 OR 74 OR 75 OR 76 OR 77 OR 78 OR 79 OR 80 OR 81 OR 82 OR 83 OR 84 OR 85 OR 86 OR 87 OR 88 OR 89 OR 90 OR 91 OR 92 RO 93 OR 94 OR 95 OR 96 OR 97 OR 98 OR 99 OR 100 OR 101 OR 102 OR 103 OR 104**

General practitioner

278. TS="General practitioner"
279. TS="General practitioners"
280. TS="General practice"
281. TS="Family practice"
282. TS="General medical practice"
283. TS="General medicine"
284. TS="General medical practitioner"
285. TS="Family doctor"
286. TS="Family doctors"
287. TS="Family physician"
288. TS="Family physicians"
289. TS="Family practitioner"
290. TS="Family practitioners"
291. TS="General physician"
292. TS="General physicians"
293. TS="Gp"
294. TS="GPs"
295. TS="General practice physician"
296. TS="General pracice physicians"
297. TS="Primary care phyiscian"
298. TS="Primary care physicians"
299. TS="Primary care doctor"
300. TS="Primary care doctors"
301. TS="Primary care practitioner"
302. TS="Primary care practitioners"
303. TS="Primary care practice"
304. **106 OR 107 OR 108 OR 109 OR 110 OR 111 OR 112 OR 113 OR 114 OR 115 OR 116 OR 117 OR 118 OR 119 OR 120 OR 121 OR 122 OR 123 OR 124 OR 125 OR 126 OR 127 OR 128 OR 129 OR 130 OR 131**

305. **65 AND 105 AND 132**