De werk-privébalans van de huisarts anno 2020: een exploratief onderzoek

Olivier Leus, Universiteit Gent

Promotor: Dr. Kaatje Van Roy, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Joke Pauwelyn, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2019 – 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.

Voorwoord

Deze masterproef kwam tot stand in uitzonderlijke omstandigheden. Ze is het resultaat van twee jaren intensief werk dat naar het einde toe ironisch genoeg mijn persoonlijke werk-privébalans grondig onder spanning zette.
Ik wens dan ook in eerste instantie mijn vriendin Faukie Deceuninck te bedanken voor haar geduld, voor de motiverende woorden en voor het voorzien van lekkere versnaperingen tijdens het schrijven van de masterproef.

Een tweede dank gaat uit naar mijn co-promotor en promotor, Dr. Joke Pauwelyn en Dr. Kaatje Van Roy. Ik kon steeds rekenen op snelle feedback en kreeg van hun meer begeleiding dan ik op had gehoopt. Ze volgden mijn proces proactief op en ondersteunden me waar ze konden.

Ook mijn praktijkopleider, Dr. Marc Vanclooster, verdient meer dan een bedanking om me tijd te geven om aan mijn masterproef te werken wanneer het duidelijk werd dat ik ze nodig had.

Ten slotte wens ik de deelnemers van deze studie te bedanken. Het was een genoegen en een privilege om een kijkje te mogen nemen in jullie leefwereld. Bedankt om zo open en gastvrij geweest te zijn, ik heb van jullie veel bijgeleerd.

Abstract

Context: Voor maatschappelijke uitdagingen zoals vergrijzing wordt gerekend op een sterke eerstelijnszorg. Die wordt zelf uitgedaagd doordat een aantal artsen binnenkort met pensioen gaan en een nieuwe generatie hun aanzienlijke patiëntenbestand moet verwerken. Van hen wordt gezegd dat ze meer belang hechten aan hun werk-privébalans. Hierdoor kan spanning ontstaan tussen de stijgende zorgvraag enerzijds, en de belangen van de huisartsen anderzijds. Bovendien neemt het aantal burn-outs onder huisartsen toe. In deze context wordt vaak verwezen naar het belang van een goede werk-privébalans. De concrete visie op de werk-privébalans of over de tevredenheid ermee, is tot op heden weinig bekend. Daarom werd in deze masterproef die balans in kaart gebracht.

Methode: Er werd een kwalitatief onderzoek uitgevoerd waarbij een vragenlijst werd ingevuld en semigestructureerde diepte-interviews werden afgenomen bij startende en ervaren huisartsen thuis. Er werd gepeild naar de beleving van de individuele werk-privébalans en naar de algemene visie erover. De resultaten van de vragenlijst werden geanalyseerd in SPSS 26© en de interviews in NVivo 12©. Dit alles verliep volgens de regels van kwalitatief data-onderzoek.

Resultaten: Er namen 8 huisartsen deel (4 startende en 4 ervaren artsen), werkzaam in groepspraktijken, één wijkgezondheidscentrum en één solo-praktijk, zowel stedelijk als landelijk gelegen. Dit leverde 7 uur aan studiemateriaal op. De tevredenheid met de werk-privébalans was hoog, alsook met het werk- en het privéleven afzonderlijk. Wel was er een verschil in reserve die men voelde m.b.t. deze werk-privébalans. Vooral de moeders met jonge kinderen ondervonden moeilijkheden in deze studie. Alle bevraagde huisartsen hechtten belang aan de werk-privébalans, wat neerkomt op een toegenomen belangstelling voor het privéleven t.o.v. vroeger. Die evolutie wordt verklaard vanuit een veranderde zingeving, een toenemend aantal tweeverdieners en het verdwijnen van het overschot aan huisartsen. De continuïteit van zorg moest volgens de respondenten wel gegarandeerd worden d.m.v. wachtdiensten en met flexibiliteit in geval van acute zorgverlening. Een tijdelijk hogere werkdruk werd aanvaard zolang er voldoende oplaadmogelijkheden waren privé. De beïnvloedende factoren op de werk-privébalans waren talrijk. Privégerelateerde factoren zoals de aanwezigheid van kinderen en het beroep van de partner leken de sterkste invloed te hebben, maar waren vaak niet-beïnvloedbaar. Maatregelen ter bevordering van de werk-privébalans waren voornamelijk werkgerelateerd gezien daar de meeste ruimte voor verbetering was. Groepspraktijken leken deze maatregelen te faciliteren.

Conclusie: Er is een verhoogde belangstelling voor de werk-privébalans bij de huidige generatie huisartsen. Bovendien lijkt men tevreden te zijn met deze balans. Om een goede balans te faciliteren, lijken groepspraktijken de nieuwe norm te worden. De gevolgen voor de kwaliteit van zorg zijn momenteel onvoldoende onderzocht. Toekomstige beleidsmaatregelen dienen rekening te houden met deze verhoogde belangstelling om de tevredenheid van huisartsen te behouden en om een tekort in de zorgcapaciteit van de eerstelijnszorg tijdig te voorzien. Daarenboven kunnen maatregelen die de werk-privébalans bevorderen, preventief zijn tegen het ontwikkelen van burn-out. De resultaten van deze studie dienen bevestigd te worden in toekomstige onderzoeken.

Inhoud

Voorwoord .....
Abstract .....
Inhoud v
1. Inleiding 1
2. Literatuuronderzoek 2
2.1. Methodologie van het literatuuronderzoek 2
2.2. Situatieschets van de eerstelijnszorg 3
2.2.1. Huidige organisatie van de eerstelijnszorg 3
2.2.2. Uitdagingen voor de eerstelijnszorg 4
2.2.3. Toekomstperspectieven voor de eerstelijnszorg 5
2.3. De mentale gezondheidstoestand van de huisarts 7
2.3.1. Bevlogenheid 7
2.3.2. Burn-out 8
2.4. De werk-privébalans 9
2.4.1. Definitie van de werk-privébalans 9
2.4.2. Beïnvloedende factoren van de werk-privébalans 10
2.4.3. Gevolgen van een verstoorde werk-privébalans 10
2.4.4. Maatregelen m.b.t. een betere werk-privébalans 11
2.4.5. De werk-privébalans van de huisarts 11
3. Methodologie 12
4. Resultaten 14
4.1. Resultaten van de vragenlijst en onderzoekspopulatie 14
4.2. Resultaten van de diepte-interviews 15
4.2.1. Persoonlijke ervaringen en visie op de werk-privébalans 15
4.2.1.1. (On)tevredenheid met de werk-privébalans 15
4.2.1.2. Evolutie van de eigen werk-privébalans doorheen opleiding en carrière 18
4.2.1.3. Reflectie over de eigen werk-privébalans 19
4.2.2. Bredere kijk op de werk-privébalans 20
4.2.2.1. Visie op de werk-privébalans 20
4.2.2.2. Recente ontwikkelingen m.b.t. de werk-privébalans 22
4.2.2.3. Beïnvloedende factoren van de werk-privébalans 24
4.2.2.4. Maatregelen m.b.t. de werk-privébalans 27
4.2.2.5. Gevolgen van de verhoogde belangstelling voor de werk-privébalans 30
5. Discussie 31
6. Referenties 36
Bijlagen 39
Bijlage 1: Goedgekeurd Ethisch Comité + Protocol 39
Bijlage 2: Vragen Vragenlijst 41
Bijlage 3: Codeboom 42
Bijlage 4: Statistieken Deelnemers 43

1. Inleiding

De keuze om mijn masterproef te schrijven over de werk-privébalans van huisartsen kwam voort uit enkele bemerkingen vanuit mijn persoonlijk leven.

De laatste jaren wordt meer en meer belang gehecht aan de eerstelijnszorg. De gezondheidszorg wordt geconfronteerd met uitdagingen zoals vergrijzing, chronische zorg, multiculturaliteit en het behoud van een betaalbare gezondheidszorg. De democratisering van de zorg leidt tevens tot een verhoogde zorgvraag. Als oplossing voor deze uitdagingen wordt vaak naar de eerstelijnszorg gekeken. De huisarts is immers perfect geplaatst als zorgverlener met als typische kenmerken laagdrempeligheid, continuïteit, een holistisch denkpatroon, de poortwachtersfunctie, etc. De toegenomen verantwoordelijkheid en taken introduceren op hun beurt uitdagingen voor de reeds aanzienlijke werkdruk onder huisartsen. Die worden door verschillende stakeholders beantwoord met voorstellen tot reorganisatie. Samengevat lijkt de werkbelasting voor huisartsen dus opgedreven te worden met meer taken en verantwoordelijkheid.

De haalbaarheid van het succesvol uitvoeren van dit toegenomen takenpakket wordt verder bemoeilijkt door de dreigende problemen met het huidige artsenbestand. Tijdens de opleiding geneeskunde werd jarenlang gesproken van een dreigend tekort aan huisartsen, zij het algemeen, zij het regionaal. Een groot aantal huisartsen pensioneren binnenkort, de fractie huisartsen die trouwens procentueel het grootste aantal patiëntencontacten voor zijn rekening neemt. Binnen de startende generatie huisartsen, waartoe ik behoor, hoorde ik bovendien stemmen om minder te werken dan de vroegere generatie huisartsen. Soms was dit een reden om huisartsgeneeskunde te gaan studeren, soms een bijkomend voordeel aan de huisartsgeneeskunde. De redenen om minder te werken waren ook veelvuldig, van een toename aan tijd voor zichzelf tot een noodzaak om het huishouden en gezinsleven te kunnen combineren met het professionele leven. In deze context werd kennisgemaakt met de term ‘werk-privébalans’.

Een spanningsveld lijkt te ontstaan met een toename aan verantwoordelijkheden en het belang van de eerstelijnszorg aan de ene kant en een groeiend tekort aan huisartsen met een toenemend belang van de werk-privébalans aan de andere. Ik stelde me de vraag of dit zou leiden tot een haalbare werksituatie in de toekomst.

Een tweede context waarin de term werk-privébalans dikwijls wordt vermeld, is die van de psychosociale gezondheid van de huisartsen. Steeds meer onderzoeken wijzen op een relatief hoog aantal (huis)artsen met burn-out. In dat kader ontstonden initiatieven zoals doctors4doctors en schreef het Federaal Kenniscentrum een specifiek rapport over preventie en aanpak van burn-out bij huisartsen. In literatuur over preventie van burn-out wordt vaak naar het belang van een goede werk-privébalans gewezen. Echter, na enig onderzoek blijkt dat over de werk-privébalans van huisartsen nagenoeg geen literatuur te vinden is. Ik stelde me de vraag hoe aangenaam mijn werksituatie zou zijn in de toekomst.

Deze twee bemerkingen zetten mij aan tot het onderzoeken van het fenomeen werk-privébalans. Ik verrichtte een systematisch literatuuronderzoek naar de huidige toestand van de eerstelijnszorg en de veranderingen en uitdagingen waarvoor ze staat. Er werd literatuur geraadpleegd over de mentale gezondheidstoestand van de huisarts. Ten slotte werd gekeken naar de werk-privébalans, algemeen en huisartsenspecifiek.

In deze masterproef werd verder onderzocht hoe de werk-privébalans bij huisartsen eruitziet. Ik wilde inzicht krijgen in welke mate er kennis is over de werk-privébalans bij huisartsen en of er voldoende rekening mee gehouden wordt in het kader van de toekomstige beleidsplanning en in de bevordering van de mentale gezondheidstoestand van de huisartsen. In diepte-interviews werd

gepeild naar de visie hieromtrent, naar de evoluties die huisartsen doormaken binnen hun carrière en naar de (on)tevredenheid en moeilijkheden die huisartsen ondervinden. Daarnaast werd ook gevraagd naar het belang van deze werk-privébalans in verhouding tot de werkvreugde en naar diens rol in de preventie of in het ontstaan van burn-out en andere psychosociale problematiek. De geïnterviewde huisartsen konden zelf ook ideeën aanreiken over maatregelen die volgens hen van belang waren bij het verbeteren van hun werk-privébalans.

2. Literatuuronderzoek

2.1.Methodologie van het literatuuronderzoek

Met het literatuuronderzoek werd geprobeerd om enkele vragen te beantwoorden:

- Hoe is de huidige eerstelijnszorg georganiseerd?
- Hoe evolueert de eerstelijnszorg en wat zijn de toekomstperspectieven?
- Hoe beleven huisartsen hun beroep?
- Hoe is het gesteld met de mentale gezondheid van de huisartsen?
- Wat denken huisartsen over de werk-privé balans en hoe evalueren ze hun werk-privé balans?

Er werd gebruik gemaakt van verschillende databanken: Pubmed en Google Scholar als internationale databanken. Om zoveel mogelijk artikels te vinden m.b.t. de Belgische, Nederlandse of Vlaamse huisarts werd gezocht op de databanken van Domus Medica en Nederlands Tijdschrift van Geneeskunde. Ten slotte werden de rapporten van het Federaal Kenniscentrum geraadpleegd, alsook de database van voorgaande masterproeven op de site van het Interuniversitair Samenwerkingsverband HuisartsenOpleiding (ICHO-ISHO).
Snel werd duidelijk dat er naar het onderwerp van deze masterproef weinig grootschalig onderzoek is verricht.

Initiële zoektermen die werden gebruikt op Pubmed waren “work-life balance”, “general practice”, “general practitioner”, “family medicine”, “physician”. De eerste zoekterm werd daarbij gecombineerd met telkens een van de andere vier. Deze combinaties leverden respectievelijk 199, 69, 422 en 663 zoekresultaten op. Gecombineerd werden 46 abstracts gelezen. Uiteindelijk werden 5 *full-text* artikels weerhouden in deze masterproef. Een gelijkaardige zoekopdracht op Google Scholar leverde 1 extra artikel op. Slechts twee artikels gingen specifiek over de Belgische eerstelijnszorg. Omwille van de beperkte toepasbaarheid werden artikels geëxcludeerd die specifiek over de werk-privé balans van andere landen rapporteerden.

Om specifieker artikels te vinden over de Belgische of Vlaamse context, werd gezocht binnen Belgische databanken. De volgende zoektermen werden ingegeven: “Privéleven”, “werk-privé balans”, “werk-privébalans”, “visie huisarts”, “workload”, “work-life balance”, “burn-out”, “burnout”. Er was veel overlap tussen de zoekresultaten. In totaal werden meer dan 500 titels gescreend, en daarvan 67 abstracts gelezen. Uit de term “burn-out” of “burnout” werden uiteindelijk 4 artikels weerhouden, uit de term “privéleven” 2 extra artikels, uit de term “visie huisarts” 9 artikels en nog 1 extra artikel uit de termen “workload” en “work-life balance”. Via de sneeuwbalmethode werden uiteindelijk nog 15 extra artikels gelezen.
Voor het exploreren van de gezondheidscontext werden officiële statistieken geraadpleegd van de verschillende overheidssites, alsook de visietekst “Together We Change” dat ik reeds kende uit vorige studies.
Twee masterproeven onderzochten aan de hand van vragenlijsten reeds de beleving van de werk-privébalans bij jonge huisartsen.
Ten slotte werden de referenties nagekeken van de geïncludeerde artikels, waaruit nog eens 10 extra artikels werden geselecteerd en gelezen.

2.2.Situatieschets van de eerstelijnszorg

2.2.1. Huidige organisatie van de eerstelijnszorg

Het aantal gediplomeerde huisartsen in België nam de laatste jaren toe, met een totaal van 16.263 in 2018. In Vlaanderen waren dat er 9.204. Een gelijkaardige stijging geldt voor het aantal Huisartsen in opleiding (HAIO): sinds 2016 steeg het aantal HAIO's in België in 2 jaar tijd met 66%, met een totaal van 1.892 HAIO's in 2018; in Vlaanderen met 34% tot 840 HAIO's.(1) De laatste data m.b.t. het aantal actieve huisartsen in de Vlaamse Gemeenschap dateren uit 2016. Toen waren er 7.020 praktiserende huisartsen. Daarvan vulde de leeftijdsgroep van 50+'ers ruim de helft van het artsenbestand in. 58% van de praktiserende huisartsen was mannelijk. Van de huisartsen werkte 85% als zelfstandig arts, 6,5% had een gemengd statuut en 8,5% werkt als werknemer in loondienst.(2) Driekwart van de huisartsen werkt voltijds, één zesde werkt voor ¾ van de arbeidstijd in de praktijk. Daarnaast had 66% van de huisartsen een professionele nevenactiviteit. Vooral jonge, mannelijke solo-artsen werkten voltijds. Opvallend is dat het aantal kinderen thuis of aantal praktijkmedewerkers geen invloed leek te hebben op het al dan niet voltijds werken. (3,4) Een huisarts werkt gemiddeld 49 uren per week.(5) Dit verschil uit zich ook in een verschil in uitgekeerde bedragen door het RIZIV: van de 886.000.000€ die het in 2016 uitkeerde aan huisartsen, ging 69% naar de mannelijke huisartsen en 31% naar de vrouwelijke. (2) In een grootschalige bevraging zag driekwart van de huisartsen 50 tot 150 patiënten per week. (3)

In de Vlaamse Gemeenschap zijn gemiddeld 10,39 huisartsen beschikbaar per 10.000 inwoners. Opvallend is dat Vlaanderen in het algemeen, provincie West-Vlaanderen en Limburg in het bijzonder, in absolute cijfers een gelijkaardige tot zelfs lagere dichtheid kennen, maar door de hogere voltijdse tewerkstelling en het hoge aantal patiëntencontacten in realiteit een hogere beschikbaarheid kennen dan de Waalse of Brusselse huisartsen. Het is moeilijk uitspraken te doen over de verdeling van huisartsen in steden en gemeenten. Algemeen lijken de steden nagenoeg steeds gemiddeld of bovengemiddeld voorzien van huisartsen, waar enkele landelijke gemeenten duidelijk tekorten ontwikkelen. De meeste huisartsen lijken zich te vestigen in gemeentes die dicht bij steden grenzen. (2–4)

Enkele opvallende evoluties zijn vast te stellen in de invulling van het artsenbestand. Daarbij valt in eerste instantie de vervrouwelijking op: sinds 2004 is er een toename aan vrouwelijke artsen met 43%, tegenover een daling van 15% aan mannelijke huisartsen. (2) In 2018 waren er bijna dubbel zoveel vrouwelijke HAIO's dan mannelijke (65,8% t.o.v. 34,2%). (1) Een tweede duidelijke evolutie is de vergrijzing van de huisartsgeneeskunde: 58% van de huisartsen was in 2016 ouder dan 50 jaar; in 2004 waren dat slechts 40% van de huisartsen. Bovendien was 14% ouder dan 65 jaar: een verdubbeling t.o.v. 2004. Een derde trend is het procentueel afnemen van het aantal huisartsen tegenover arts-specialisten: 40% van de artsen in de Vlaamse Gemeenschap waren huisartsen in 2016, tegenover 46% nog in 2004. Dat betekent eerder een sterkere toename bij de arts-specialisten dan een afname van het totaalaantal huisartsen maar is een potentiële indicator van de aantrekkelijkheid van het huisartsenberoep. (2–4) Ook de praktijkorganisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg is in verandering. Daar wordt vastgesteld dat steeds meer huisartsen zich groeperen in duo- of groepspraktijken. In 2014 werkte volgens een bevraging 40% van de huisartsen als solo-arts, de helft werkte in een duo- of groepspraktijk. (3) Nationale gegevens gaven een andere indruk: in 2012 zou 70% van de VTE-huisartsen solo-arts zijn en 25% in een groepspraktijk werken. (6) Een vragenlijst uit 2009 die ingevuld werd door 365 Vlaamse huisartsen tussen 30-39 jaar, gaf blijk van deze trend om zich in groepspraktijken te organiseren. Slechts 25% van de artsen wilde nog solo werken en zo'n 40% van de huisartsen wilde veranderen van praktijkvorm, nagenoeg steeds naar een groepspraktijk. (5)
Ruim 25% van de huisartsen had in 2013 geen enkele vorm van praktijkondersteuning. 35% had een of andere vorm van secretariaat, hetzij op afstand met een telesecretariaat, hetzij in de praktijk zelf.

Slechts 8% van de respondenten had een praktijkassistente of eerstelijnsverpleegkundige in dienst. (3)

2.2.2. Uitdagingen voor de eerstelijnszorg

De gezondheidszorg wordt geconfronteerd met enkele uitdagingen. Deze uitdagingen zijn het gevolg van evoluties binnen de gezondheidszorg enerzijds en maatschappelijke evoluties anderzijds.

De maatschappij is dynamisch en constant in verandering. Enkele van die veranderingen brengen uitdagingen voor de gezondheidszorg met zich mee. Zo is er het bekende fenomeen van vergrijzing. In de Europese Unie was de levensverwachting in 2016 voor mannen 84,6 jaar, voor vrouwen 89,1 jaar. Door het ontwikkelen van betere therapieën worden aandoeningen zoals kanker, waar men vroeger aan overleed, chronische en behandelbare ziekten. Men schat dat de helft van de 75-plussers 2 of meer chronische aandoeningen hebben en twee op vijf 75-plussers zelf 4 of meer. (4) Zorg wordt dus steeds complexer en moet een antwoord op maat gegeven worden op de multi-morbiditeit. Ook sociaaleconomisch staat de gezondheidszorg onder druk. Een sociale gezondheidskloof blijft bestaan in onze maatschappij: mensen met een lagere opleiding hebben dubbel zoveel chronische aandoeningen en pijnaandoeningen als mensen met een hoge opleiding. In 2018 leefde 10,8% van de Vlaamse bevolking onder de armoededrempel (voor een alleenstaande bedraagt die grens een inkomen van 1.187€ per maand, voor een gezin met twee kinderen 2.493€ per maand). De sociale ongelijkheid is bovendien nog toegenomen door de economische crisis van 2008.(4,7) Ook hier wordt van de eerstelijnszorg verlangd om oog te hebben voor deze ongelijkheid. Ze lijkt perfect geplaatst met haar hoge toegankelijkheid en signaalfunctie. Een derde uitdaging wordt gevormd door de globalisering. Zeker in stedelijke gebieden neemt de multiculturaliteit toe, wat nieuwe gezondheidsproblemen met zich meebrengt en een geheel eigen aanpak vereist, zowel voor het verstrekken van informatie als het coördineren van de zorg. (4) Ten slotte zijn er nog sociaal-culturele veranderingen. Patiënten stellen zich meer en meer op als “consument” en worden steeds mondiger. Op basis van informatie die gevonden wordt op het internet of wordt gewonnen uit screening en check-ups stijgt het aantal zorgvragen. De patiënt is zich daarbij steeds bewuster van de eigen rol die ze mag en moet spelen in de regie van de eigen zorg. Dat uit zich ook in de cijfers van overconsumptie (zowel diagnostisch als therapeutisch), waar echter ook artsen medeverantwoordelijk voor zijn. Van de zorg wordt verwacht dat ze op een adequate manier omgaat met deze stijgende vraag naar informatie en met de eisen van patiënten.(4)

Zoals hogervermeld zijn steeds meer huisartsen vrouwelijk en ouder. Huisartsen werken vaker deeltijds. Jongere huisartsen hechten meer belang aan het uitbouwen van een goede werk-privébalans. (4,5,8–12) Bovendien dreigt een huisartsentekort, deels doordat een deel van de huisartsen binnenkort op pensioen gaat, deels doordat een deel van de jonge huisartsen vroeg uitvalt, deels mogelijk doordat vaker deeltijds wordt gewerkt.
Het toegenomen aantal vrouwelijke huisartsen heeft gevolgen voor de organisatie van de huisartsgeneeskunde en de visie die ze heeft. (2,10) Ze werken vaker deeltijds, althans tot de kinderen zijn opgegroeid, en in groepspraktijken. (3,10,13) Een vrouwelijke huisarts werkt gemiddeld 8,5 uren minder per week dan een mannelijke huisarts. (5) Vrouwelijke artsen hebben minder bijberoepen, gaan minder op huisbezoeken en besteden minder tijd aan nascholing. (3,5) Ze hebben met name een grote belangstelling voor het gezin. (10). Belangrijk te vermelden echter is dat zowel mannelijke als vrouwelijke huisartsen steeds vaker deeltijds gaan werken. (3,4) De grootste motivator van deze beslissing zou een toenemende belangstelling voor de werk-privébalans zijn met oog op een verbetering van de levenskwaliteit. Deze beslissing zou niet per se nadelig zijn voor het aantal patiëntencontacten, eerder dan voor de tijdsinvestering in de praktijk. Er wordt vermoed dat dit deeltijds werken meer impact zal hebben op professionele nevenactiviteiten dan op de kwaliteit van patiëntenzorg. (3–5)
Vroeger was er een uitgesproken overschot aan huisartsen. In 1995 zou dat overschot tot 30%

bedraagd hebben. Nu lijkt de tendens de andere richting op te gaan. Mede door bovenstaande maatschappelijke uitdagingen en evoluties bestaat een reële vrees voor een toekomstig tekort aan huisartsen. Artsen jonger dan 45 jaar vertegenwoordigen nauwelijks 25% van de huidige professionele activiteit. De groep van 45- tot 65-jarigen neemt ruim 70% van de patiëntencontacten voor hun rekening. Mogelijk van invloed daarbij is dat deze groep huisartsen meer follow-up consultaties voorziet dan de jongere groep huisartsen en een groter patiëntenbestand heeft. (3,6) Eén op de drie huisartsen gaf in 2014 aan om binnenkort op pensioen te gaan. (3) Daarenboven blijkt ook een groep huisartsen vroegtijdig het beroep te verlaten. (3,13) In een grote bevraging in 2014 bleek dat één op drie respondenten ooit de overweging maakte om uit het huisartsenberoep te stappen. (3) Van een groep huisartsen die afstudeerden tussen 2005 en 2009, bleek in 2011 11% niet meer actief te zijn als huisarts. Van deze groep bleek slechts één ex-huisarts niet meer actief in de medische sector, al kan dat een onderschatting zijn gezien een aanzienlijke groep ex-huisartsen niet meer gevonden kon worden. Van deze ex-huisartsen was de helft actief als spoedarts of arts-specialist, een kwart in de maatschappelijke of preventieve gezondheidszorg en een kleiner deel in de wetenschappelijke of industriële sector. Andere studies rapporteren zelfs hogere cijfers van uitval, tot 20%. (10) Ook onder studenten heeft het beroep een beperkte aantrekkelijkheid. (11) Huisartsen die deeltijds werken en artsen uit de leeftijdsgroep 25-30 jaar maakten dubbel zoveel kans op een uitstap. Jonge artsen hebben voeren vaker nevenactiviteiten uit, wat de overstap kan faciliteren. Er was geen verschil tussen de geslachten in uitvalprevalentie.(3,13)
Vooral het gebrek aan tijd voor het gezin, de werkdruk, problemen met collega's en de onderwaardering van de huisarts bleken mee te spelen in de keuze om al vroeg uit het beroep te stappen. Ook financiële gebreken bleken mee te spelen in de overweging om uit het beroep te stappen.(3,11,13) Enkele persoonlijkheidskenmerken werden ook geassocieerd met uitstap: perfectionisme, gebrekkig zelfvertrouwen en een teveel aan empathie.(11) Al bij al kan de huidige instroom van nieuwe huisartsen het naderend tekort nipt compenseren. Echter zodra de werkdruk zal toenemen, volstaat dit niet meer. (3)

In de aanpak van deze uitdagingen zal een sterke eerstelijnszorg dus onontbeerlijk zijn. In de formulering van de maatregelen die voorgesteld werden om deze aan te pakken, werd echter nergens een afweging gemaakt m.b.t. de haalbaarheid voor de huisartsen. Er wordt in het visiedocument 'Together We Change' uit 2014 slechts in één alinea melding gemaakt van het toenemend aantal burn-outs bij huisartsen en van enkele maatregelen voorgesteld door het kenniscentrum. (4,14) In diezelfde alinea over zelfzorg bij artsen wordt vermeld dat patiënten te hoge verwachtingen hebben van de gezondheidszorg en dat huisartsen daarom zullen moeten leren neen zeggen. Dit lijkt echter moeilijk te verenigen met hun voorgestelde beleid waarin de patiënt centraal staat in zijn eigen zorgregie en zijn eigen verwachtingen en doelstellingen opstelt. (4)

2.2.3. Toekomstperspectieven voor de eerstelijnszorg

Als antwoord op de maatschappelijke uitdagingen werden concrete oplossingen voorgesteld in de visietekst. Deze oplossingen zijn echter weinig specifiek gericht op de werk-privébalans van de huisarts en vallen buiten het bestek van deze masterproef. Relevanter zijn beleidsstrategieën die ontworpen zijn ter bevordering van de aantrekkelijkheid van het huisartsenberoep, de retentie van huisartsen en ter preventie van burn-out onder huisartsen.
Stakeholders, bestaande uit beleidsmakers, universiteiten, beroepsverenigingen en media, geven de voorkeur aan een vernieuwde praktijkorganisatie en een betere opleiding.(8) Dat staat in contrast tot de huisartsen zelf, die zouden pleiten voor een betere financiële ondersteuning en directe maatregelen ter bevordering van de werk-privébalans. (4,8–12,15) Het verschil is op meerdere manieren te verklaren. Beleidsmakers bekijken maatregelen in meerdere dimensies. Waar huisartsen nadenken over maatregelen die hun job aantrekkelijker en aangenamer maken, moeten beleidsmakers tevens nadenken of die maatregelen ook aanvaardbaar zijn voor andere

gezondheidszorgbeoefenaars, of ze financieel acceptabel zijn, alsook de continuïteit van zorg niet in gevaar brengen. Conservatieve maatregelen worden doorgaans makkelijker doorgevoerd dan innovatieve. Mogelijk heeft dit te maken met de verdeeldheid die zowel bij beleidsmakers als binnen huisartsen(verenigingen) heerst. Een sterkere en eensgezindere vertegenwoordiging van alle eerstelijnsberoepen eerder dan de huidige opdeling met aparte vertegenwoordiging van de verschillende eerstelijnsberoepen (artsen, verpleging,…) zou hiervoor een oplossing kunnen bieden. (8) Een voorbeeld van deze eensgezindheid is het visiedocument 'Together We Change'. Dit document werd opgesteld in 2014 vanuit de professoren huisartsgeneeskunde aan de UGent, KUL, UA en VUB en wordt ondersteund door beroepsvereniging Domus Medica. (4)

Twee oplossingen die vrijwel steeds naar voren worden geschoven zijn het stimuleren van samenwerking en taakverschuiving. (3,4,8,12,14) Zoals reeds hoger vermeld werken steeds meer (jonge) huisartsen samen in groepspraktijken. Uit onderzoek blijkt dat samenwerking weinig invloed heeft op de werkdruk voor wat betreft het aantal patiëntencontacten. Een belangrijk voordeel van het organiseren in groepspraktijken is wel de mogelijkheid tot praktijkmanagement en het financieel-economisch mogelijk maken van praktijkondersteuning. (3) Als voordeel wordt ook vaak de collegialiteit en het kunnen ventileren vermeld. (16) Het beheren en organiseren van een groepspraktijk vraagt wel een belangrijke inspanning: er wordt samengewerkt met verschillende artsen. Die hebben in zekere mate elk een andere werkvisie, een ander werktempo, een andere voorkeuren in werk-privébalans, etc. Op korte termijn lopen samenwerkingen niet zelden stuk door deze verschillen. Vandaar is het belangrijk om voldoende afspraken te maken, ruimte te scheppen voor overleg en om feedbackmomenten te faciliteren. (3) Een ander risico dat door huisartsen erkend wordt is het verliezen van de persoonlijke band met de patiënten. (16)
Studies rapporteren ook steeds meer over het delegeren van taken in de huisartspraktijk. Op kwalitatief vlak verbetert taakverschuiving de gezondheidsvoorlichting en de opvolging van chronisch zieken.(4) Taakverschuiving zou een belangrijk verlichtend effect kunnen hebben op de werkbelasting van de artsen en deels verklaren waarom deeltijds werkende artsen ondanks een verminderd aantal uren werken nog steeds voldoende patiëntencontacten kunnen hebben. Het aantal ondersteunende medewerkers zou geen invloed hebben op de keuze voor deeltijds of voltijds werk, de meeste artsen werken nog evenveel uren als voordien.(3,4,11,17) Men kan dus afleiden dat ondersteunende medewerkers vooral taken overnemen ter voorbereiding van patiënten of administratieve taken die de arts anders buiten de uren zou moeten uitvoeren. (3,17) Dit kan de werk-privébalans van de huisarts enorm bevorderen.
In de praktijk lijkt taakverschuiving echter niet eenvoudig om te realiseren. Een formeel opleidingskader voor enkele ondersteunende functies (praktijkassistente, eerstelijnsverpleegkundige) bestaat in België echter momenteel nog niet en ook het juridisch-deontologisch kader waarbinnen ze werken is onvoldoende beschreven. (3,4)
Grote, kwalitatieve studies over de gevolgen van taakverschuiving, met name voor wat betreft de kwaliteit van zorg, de gevolgen voor de patiënten, de werkdruk van artsen, de beschikbaarheid en de kosten van de zorg werden nog niet gevonden. Uit interviews met huisartsen die reeds kozen voor een praktijkassistent(e) blijkt dat deze samenwerking als tijdbesparend en werkontlastend werd ervaren. Huisartsen zien hun rol voornamelijk in de anamnese en het klinisch onderzoek, in de interpretatie van het technische onderzoek en in het uitvoeren van het beleid. Zij zien zichzelf ook als buffer tussen de eerste en de tweede lijn. Vooral administratieve taken en minimaal medisch-technische taken leken aanvaardbaar voor delegatie: telefoondiensten, onderhouden en opvolgen van preventiedossiers, geplande bloedonderzoeken, vaccinatie, etc. Er was in de uitgevoerde focusgroepen binnen dit onderzoek wel een grote verdeeldheid tussen huisartsen en bij elke taak werden ook de nodige kanttekeningen geplaatst. Vooral de arts-patiëntrelatie leek bedreigd, al werd dat tegengesproken door artsen die reeds werkten met praktijkassistentie. (17) Meer onderzoek zal nodig zijn in de toekomst om een duidelijker beeld te krijgen van de werkelijke gevolgen van

taakdelegatie.
Andere maatregelen die voorgesteld werden in hetzij de context van de retentie van huisartsen (11), hetzij als antwoord op de uitdagingen voor de eerstelijnszorg (4), hetzij als preventie van burn-out (14) waren divers en weinig onderbouwd. Er was sprake van een nieuwe (verhoogde) salariëring, continue medische vorming en het verder integreren van de eerstelijnszorg in de opleiding geneeskunde (4,11). Er zou gekeken moeten worden naar de voorziening van vervanging van huisartsen bij ziekte en het verder uitbouwen van de wachtdiensten. (11,14) Van hogerhand uit dienen patiënten gesensibiliseerd te worden om realistische verwachtingen te hebben van de gezondheidszorg en minder veeleisend te zijn.(4,11,14) Er moet meer ondersteuning komen in het managen van groepspraktijken en ook meer actieve ondersteuning van huisartsen met burn-out.(11,14)

2.3. De mentale gezondheidstoestand van de huisarts

Het is nagenoeg onmogelijk om veralgemenende uitspraken te doen over de psychosociale toestand van huisartsen. Dezelfde werkcondities zijn ideaal voor de ene arts en leiden tot burn-out bij de andere. Daarnaast fluctueert de psychosociale gezondheid bij eenzelfde huisarts ook in de tijd. Toch blijken bepaalde trends zich af te tekenen. Zo zijn er bepaalde terugkerende aspecten van het beroepsleven die leiden tot werktevredenheid of -ontevredenheid. Rond de eeuwwisseling verschenen studies die zich zorgen maakten over de mentale gezondheid van de huisartsen. De ernst van de mentale spanning schommelde van een te hoge werkdruk tot uitval van huisartsen met burn-out. Vermoedelijk als reactie hierop verschenen later ook studies die een totaal ander beeld schiepen. Zij spreken over bevlogenheid, over het enthousiasme en de uitgesproken tevredenheid van huisartsen. Ook daar vallen bepaalde terugkerende elementen op. Algemeen schommelt de psychosociale werkgerelateerde gezondheidstoestand van de huisartsen tussen een spectrum van bevlogenheid aan het positieve einde, en burn-out met al diens gevolgen aan het negatieve einde.

In het algemeen komen vakinhoudelijke factoren positief naar voren en arbeidsvoorwaardelijke factoren eerder negatief. (11) Factoren die de werktevredenheid verlaagden waren bijvoorbeeld de werkdruk, de administratieve last, de hoogte van het inkomen en het gebrek aan erkenning. Hierin worden dezelfde factoren herkend die ook meespeelden bij het verlaten van het beroep door sommige huisartsen.(11,18) Er lijkt geen verschil te zijn in werktevredenheid tussen landelijke en stedelijke huisartsen of tussen solo-artsen en artsen geassocieerd in een groepspraktijk. De verhoogde werktevredenheid door verbeterde werkomstandigheden in groepspraktijken zou gecompenseerd worden door het verlies aan status. Wel zijn er mogelijke regionale of generationele verschillen in attributie van bepaalde factoren als autonomie en variatie. (18) Deze factoren kunnen aanleiding geven tot zowel toename als afname van de jobvoldoening. Landelijke en oudere huisartsen zouden de keuzevrijheid meer appreciëren, andere artsen hebben het gevoel dan eerder te veel verantwoordelijkheid te moeten dragen. Een verschil in persoonlijkheid is daarbij ook van het grootste belang. (19) Geslacht zou geen invloed hebben op werktevredenheid, al lijken sommige studies een hogere tevredenheid bij vrouwen te suggereren. Studies van lage kwaliteit lijken ook een hogere werktevredenheid te vinden bij deeltijds werkende artsen, een doctoraatsstudie van hogere kwaliteit rapporteerde enkel een verhoogde tevredenheid met de werk-privébalans.(10,18) Kinderen verlagen de werktevredenheid, maar dit wordt gecompenseerd met andere aspecten waardoor de totale tevredenheid gelijk blijkt. Ten slotte lijken ook huisartsen met meer ervaring meer tevreden over hun werk.(10)

2.3.1. Bevlogenheid

Op de inwooncursus van huisartsenvereniging Domus Medica in 2013 werd expliciet gepeild naar positieve aspecten van het huisartsenberoep als tegengewicht voor de berichtgeving rond burn-out en de hoge werkdruk bij huisartsen. (20) De mooiste aspecten van het huisartsenberoep waren

gerelateerd aan het beroep zelf: de specifieke arts-patiëntrelatie, de betrokkenheid in verschillende gezinnen doorheen hun levensloop, de autonomie, de variatie, het breed landschap waarin holistisch gedacht moet worden en rekening gehouden moet worden met de sociaal-culturele context van patiënten, etc. Opvallend was dat deze groep huisartsen een goede werk-privébalans aangaf als troef van de huisartsengeneeskunde. Om de batterijen op te laden werden algemene adviezen verstrekt gaande van genieten van de kleine dingen tot ventileren bij collega's, partner of vrienden, tot sporten of mediteren. Tevens werd gewezen op het belang van een goede agendaplanning en een goed tijdsmanagement met een voorkeur tot het organiseren in een groepspraktijk.(20)
Een literatuurstudie van het European General Practitioners Research Network (EGPRN) onderzocht eveneens de jobvoldoening bij gevestigde huisartsen in Europa. Hoewel de vergelijkbaarheid en kwaliteit van de gevonden literatuur beperkt zijn, lijken opnieuw vooral vakinhoudelijke aspecten voldoening te geven. Goede netwerken zijn daarnaast ook voorspellend voor een betere tevredenheid. Een definitie van jobvoldoening werd hier voor het eerst teruggevonden: "een aangename of positieve emotionele staat als resultaat van een individuele beoordeling van zijn/haar werk of werkervaring". (21)
Een laatste grootschalige kwalitatieve studie van dezelfde onderzoeksgroep EGPRN uit 2019 legde factoren bloot die huisartsen voldoening bracht in hun persoonlijk dagelijks praktijkvoeren. (16) Er werd aan de deelnemers geïnstrueerd om niet te overschouwend te denken maar de focus te plaatsen op de individuele beleving. De bevindingen sluiten grotendeels aan bij de bovengenoemde factoren. Daarenboven werden hier enkele voorwaarden benoemd om tevreden te zijn over hun professioneel leven. Essentieel daarin is de persoonlijkheid van de huisarts met interesse voor het leven van anderen, een liefde voor het beroep eerder dan voor het salaris en het vervullen van de huisartsenrol in de gemeenschap. Daarnaast werd ook gewezen op het belang van het zich competent voelen in het uitoefenen van zijn/haar beroep. Hier werd nogmaals het belang van een goede werk-privébalans benadrukt met de ruimte om voldoende tijd te hebben voor het gezin. Daarvoor is vrijheid nodig om de praktijkorganisatie in te vullen naar de wens van de huisarts en ondersteund te worden in het zoeken naar een goede werk-privébalans.(16)

2.3.2. Burn-out

Exacte prevalenties van burn-out in België zijn moeilijk terug te vinden of uit te rekenen. Het prevalentiecijfer hangt immers sterk af van de gebruikte vragenlijst en/of definitie. De "Fédération des maisons médicales" uit 2005 schatte dat 10% van de huisartsen aan burn-out leiden.(14) Een grootschalige bevraging in 2009 rapporteerde dan weer dat 17% van de huisartsen tussen 30 en 39 jaar het subjectieve gevoel van burn-out hadden ervaren.(5) Ter vergelijking: het FOD werkgelegenheid schatte de algemene prevalentie bij de werkende Belgische bevolking 0,8%. Van de artsen die vroegtijdig uit het beroep stappen, blijkt bij een kwart van hen burn-out de voornaamste reden hiervoor. (3) De malaise bij huisartsen bleek dermate ernstig dat het Federaal Kenniscentrum in 2011 een rapport publiceerde over de preventie en aanpak van burn-out bij huisartsen. Dit vormde een belangrijk uitgangspunt dat nu in meer of mindere zin geoperationaliseerd wordt. (14)
Essentieel in het ontstaan van burn-out is een langdurige blootstelling aan stress in de werkomgeving. Vooral bij mensen die een groot contrast ervaren tussen de geïdealiseerde verwachting en de realiteit van hun werk, alsook bij mensen die veel belang hechten aan hun beroep, komt burn-out voor. De langdurige stress leidt tot een breuk in de psychologische verbondenheid met het werk, met een negatieve perceptie van dat werk, wat zich uit in professionele inefficiëntie en uitputting. Meerdere psychische en (psycho)somatische klachten, cognitieve en affectieve problemen en gedragsveranderingen zijn hieraan verbonden.(14)
De meest gebruikte definitie van burn-out komt van Maslach et al. (22) De definitie gaat uit van een professionele uitputting, bestaande uit drie elementen: emotionele uitputting, depersonalisatie en een vermindering van de persoonlijke verwezenlijking. Emotionele uitputting wordt gekenmerkt door een gebrek aan motivatie en kan zulke proporties aannemen dat de arts het gevoel heeft dat alles

onoverkomelijk is. Depersonalisatie heeft betrekking tot het onpersoonlijk, onverschillig benaderen van patiënten en geen band of connectie meer voelen met hen. Ten slotte bedoelt men met het verminderen van de persoonlijke verwezenlijking het negatieve zelfbeeld dat de huisarts krijgt, maar dat hij ook niet kan verbeteren met (werkgerelateerde) inspanningen omdat hij het werk als zinloos beschouwt.
Huisartsgeneeskunde vormt een risicoberoep om verschillende redenen. Er is uiteraard een belangrijke en toenemende werkdruk. Daarbij worden patiënten steeds mondiger, stijgen hun verzoeken en verwachtingen. Persoonsgebonden factoren eigen aan huisartsen spelen tevens een rol: huisartsen hebben over het algemeen een sterke professionele inzet, voelen een druk om continuïteit te garanderen en zijn zelf slechte patiënten die aan ontkenning en zelfbehandeling doen. Ze vinden het moeilijk om hun activiteiten te onderbreken omwille van het risico op het onderbreken van de continuïteit en het eventuele inkomstenverlies. Ten slotte hebben ze zelf weinig toegang tot de preventieve geneeskunde als zelfstandigen. (14)
In het ontstaan van burn-out zouden werkgerelateerde factoren van groter belang zijn dan persoonsgebonden factoren, al wordt in het dagelijks leven vaak uitgegaan van een probleem met het individu. Zij worden centraal gesteld, zowel in de oorzaak als in de therapie van burn-out. Werkgerelateerde factoren die in evenwicht dienen te zijn, kunnen gebundeld worden in 6 categorieën: werkdruk, controle/autonomie, beloning (waarbij sociale appreciatie meer doorweegt dan financiële), ondersteuning in de gemeenschap, rechtvaardigheid binnen het beroepsleven en waarden.(23) Een andere indeling van factoren die geassocieerd zijn met burn-out gaat uit van individuele, intrinsieke beroepseigen factoren en extrinsieke factoren. Deze factoren zijn enkel associatief, causaliteit kan niet afgeleid worden o.b.v. de uitgevoerde case-control studies. Ze kunnen dus risicofactoren, causale factoren of gevolgen zijn van burn-out.(14)

2.4. De werk-privébalans

2.4.1. Definitie van de werk-privébalans

De werk-privébalans kent veel verschillende verwoordingen, schrijfwijzen en definities, wat het correct bestuderen ervan als uitkomstmaat of beïnvloedende factor bemoeilijkt. Als men spreekt over een verstoorde werk-privébalans gaat men in de context van de gezondheidszorg meestal uit van interferentie van het werk op het privéleven, hoewel dat omgekeerd evenzeer voorkomt. Denk maar aan gezinsruzies of ziekten binnen de familie: deze beïnvloeden het concentratievermogen of de prikkelbaarheid van de arts en op die manier mogelijk ook het professionele leven.
De Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde (NVAB) publiceerde in 2013 een multidisciplinaire richtlijn ‘Werk-privébalans’. (24) Als definitie wordt die van Greenhaus en Beutell gebruikt: “Een verstoorde werk-privébalans is een vorm van interrol conflict waarin de druk van de rollen die vervuld moeten worden in het werk- en privédomein in bepaalde mate onverenigbaar zijn. Er zijn drie dimensies binnen een verstoorde werk-privébalans: conflicten gebaseerd op tijd, conflicten gebaseerd op inspanning en conflicten gebaseerd op gedrag”.(25) Immers, tijd doorgebracht op het werk kan niet doorgebracht worden met het gezin. Inspanningen op het werk geeft stress en kan symptomen veroorzaken als spanning, angst, piekeren… Deze symptomen kunnen aanhouden thuis wat ten koste gaat van de familierol. Ten slotte kan bepaald gedrag dat vereist is op het werk zoals professionaliteit of stabiliteit, anders zijn dan gedrag dat thuis verlangd wordt (bijvoorbeeld warmte en kwetsbaarheid). (24)
De prevalentie van een verstoorde werk-privébalans in Nederland wordt geschat op 33% van de werkende bevolking, maar dit percentage is erg onbetrouwbaar en afhankelijk van beroepsgroep en aantal kinderen in huis. De werk-privébalans is geslachtsonafhankelijk.(24,26) Vooral de leeftijdsgroep 30-45 jaar lijkt een risicogroep. Ook ploegendiensten en mensen die regelmatig overuren moeten opnemen hebben een hoger risico. Voor de Belgische bevolking werd geen prevalentiecijfer gevonden. Er zijn meerdere gevalideerde vragenlijsten om de werk-privébalans in te schatten, maar de enige Nederlandstalige vragenlijst is de SWING. (24)

2.4.2. Beïnvloedende factoren van de werk-privébalans

Net zoals het geval is bij burn-out, zijn de beïnvloedende factoren van de werk-privébalans meestal afgeleid uit case-control studies en dus correlaties. Uit correlaties is geen causaal verband af te leiden. Mogelijk zijn het risicofactoren, eventueel zelfs confounders. Deze factoren zijn algemeen onderzocht en niet specifiek voor de huisartsenpopulatie.
Twee grote meta-analyses publiceerden het grootste deel van de resultaten die werden opgenomen in de richtlijn van het NVAB: Byron et al. in 2005 en Michel et al. in 2011. (26,27) Beïnvloedende factoren worden eerst ingedeeld in beïnvloedbare en niet-beïnvloedbare factoren, verder in werkgerelateerde, familie gerelateerde en niet-domeinspecifieke factoren. Daarvan hebben werkgerelateerde factoren de sterkste associatie. Negatief beïnvloedende factoren zijn voornamelijk werkstress en de daaraan verwante hoge werkdruk, lange werkuren en rolconflict op het werk. Dit laatste is een vorm van intra-rol conflict waarin taken en verantwoordelijkheden worden gegeven die onmogelijk te verenigen zijn. Andere factoren zijn onduidelijkheid over de rol op het werk en een gebrekkige betrokkenheid. Beschermende werkgerelateerde factoren zijn voornamelijk sociale steun van collega's en leidinggevenden, een sterke werkorganisatie en flexibiliteit in werkuren. Dat laatste geldt zeker voor ouders en getrouwden. Familiegerelateerde aspecten geven eerder interferentie van het privéleven op het werk dan omgekeerd, maar de relatie is zeker niet mutueel exclusief. Belangrijke factoren zijn de sfeer thuis, stress gerelateerd aan het goed uitvoeren van de familierol en conflicten daaruit voortkomend, evenals onduidelijkheid over de familierol. Steun van de familie lijkt slechts een zwak beschermend effect te hebben op de werk-privébalans. (24,26,27) Een beïnvloedbaar niet-domeinspecifiek aspect dat geassocieerd wordt met een verstoorde werk-privébalans is het gebruik van nieuwe media zoals smartphones. De continue bereikbaarheid en verbinding met het werk is sterk geassocieerd met een verstoring, zeker indien er veel gebruik is buiten de reguliere werkuren. (24)
Niet-beïnvloedbare factoren zijn naast de hogergenoemde zoals geslacht (hoewel twijfelachtig) en het aantal kinderen, ook persoonlijkheidskenmerken. Vooral mensen met een neiging tot neuroticisme en met een hoge interne locus of control zijn vatbaar voor het ervaren van een verstoorde werk-privébalans. Optimisme en zelfvertrouwen zouden dan weer beschermende karakteristieken zijn. (24,27)

2.4.3. Gevolgen van een verstoorde werk-privébalans

Ook de consequenties van een verstoorde werk-privébalans zijn in te delen in werkgerelateerde, familiegerelateerde en niet-domeinspecifieke gevolgen. Anders dan bij de beïnvloedende factoren zijn hier de niet-domeinspecifieke gevolgen het grootst, wat duidelijk aangeeft dat de gevolgen van problemen op het werk of in het huishouden zich over meerdere domeinen kunnen tonen. Een ander belangrijk gegeven, wat ook de link met burn-out verklaart, is dat de meeste gevolgen voortkomen uit de stress die gepaard gaat met een verstoorde balans. (28)
Evidente werkgerelateerde gevolgen zijn een hogere werkstress en verminderde prestaties. Er is tevens een verminderde betrokkenheid met het werk en minder bereidheid om taken buiten de functieomschrijving uit te voeren. De werktevredenheid daalt ook, al lijkt dit eerder een indirect gevolg van de hogere werkstress. Er is een verhoogde kans op het verlaten van het werk, en er zijn meer burn-out symptomen. (24) Bovendien zou deze verstoring in de werk-privébalans voorafgaan aan de uitputting, wat een causaal verband doet vermoeden. (14) Ook familiegerelateerde gevolgen zijn vrij vanzelfsprekend: meer gezinsstress met meer conflicten en meer moeite om de partnerrol naar behoren te vervullen.
Niet-domeinspecifieke gevolgen zijn zoals hogervermeld vooral niet-specifieke stressgevoelens, evenals depressieve klachten en een verhoogde mentale spanning. Naast psychologische problemen zijn er ook somatische klachten zoals hevige rug- en nekklachten. Belangrijk zijn slaapproblemen, een associatie met rookgedrag en problematisch alcoholgebruik.
Van bijzonder belang is de sterke correlatie met burn-out. Zowel mensen die een hevige verstoring

van hun werk-privébalans aangaven als een gemiddelde verstoring hebben meer kans op het ontwikkelen van burn-out, met odds ratio's van respectievelijk 6,76 en 2,45. (24) Die associatie kan vermoed worden omwille van enkele gemeenschappelijke risicofactoren voor zowel een verstoorde werk-privébalans als burn-out: een hoge werkdruk, rolconflicten op het werk, aantal kinderen en leeftijd, etc. Verschillend is de lijst met persoonlijkheidskenmerken die geassocieerd zijn met burn-out bij huisartsen (perfectionisme, laag zelfvertrouwen) t.o.v. die met werk-privébalans (neuroticisme). Een interne locus of control past wel bij de persoonlijkheidskenmerken die een verhoogd risico geven op burn-out. (14,24) Naast gemeenschappelijke beïnvloedende factoren zijn er ook belangrijke consequenties van een verstoorde werk-privébalans die als risicofactoren gelden voor het ontwikkelen van burn-out. Niet in het minst een verhoogde (werk)stress, waarbij men kan aannemen dat deze chronisch is. Daarnaast is er verminderde betrokkenheid bij het werk. Psychische klachten van waardeloosheid worden bij depressieve klachten gezien. Daaruit kan men afleiden dat burn-out en een verstoorde werk-privébalans sterk aan mekaar gelinkt zijn. Dat verklaart tevens waarom het verbeteren van de werk-privébalans dikwijls als expliciete preventieve maatregel wordt genoemd. (14)

2.4.4. Maatregelen m.b.t. een betere werk-privébalans

De richtlijn van het NVAB merkt op dat er een groot aanbod is aan interventies die de werk-privébalans zouden verbeteren. Echter, zeer weinig van deze interventies zijn wetenschappelijk bestudeerd en effectief bewezen. Er werden geen studies teruggevonden die specifiek het verbeteren van de werk-privébalans bij huisartsen onderzochten. Een veelbelovende interventie is die van de 'Results Only Work Environment' (ROWE). In zo'n werkomgeving krijgen werknemers controle over werktijd en werkplaats. Naast een betere werk-privébalans verbeterde ook het gezondheidsgedrag van de werknemers: er was sprake van een frequente rookstop, de werknemers waren meer in beweging en hadden minder slaapproblemen. Vooral indien er meer dan 2,5 dagen per week van thuis werd gewerkt, waren de resultaten goed. Dit is natuurlijk niet toepasbaar op de huisartsgeneeskunde, maar flexibiliteit en autonomie in het kiezen van werkuren en -plaats kan wel worden toegepast.(24) Andere interventies zoals het opstellen van werk-familieprogramma's of het creëren van een familievriendelijke werkcultuur lijken minder effectief. Steun van leidinggevenden in het combineren van werk- en privéleven lijkt vooral te werken bij werknemers die interferentie ondervinden van hun privéleven op het werk. In elk geval lijken meer studies dus noodzakelijk. (24)

2.4.5. De werk-privébalans van de huisarts

Rond de start van het nieuwe millennium verschenen de eerste artikels over het profiel van een nieuwe generatie huisartsen. Deze generatie hecht in toenemende mate belang aan een goede werk-privébalans. (15,29) Concreet wil men meer tijd vrijmaken voor de familie, in tegenstelling tot de oude(re) generatie huisartsen die over het algemeen langere werkdagen kenden en minder tijd vrijmaakten voor het gezin. (4,5,8–12) Jonge(re) artsen zien het beroepsleven meer als een job en minder als roeping. Het ideaal van de solo-arts die steeds bereikbaar is, wordt in vraag gesteld. Anderzijds kan dit zeker niet gegeneraliseerd worden en willen sommige huisartsen aan dit ideaal vasthouden. (12) Vrouwelijke huisartsen zouden dit nog belangrijker vinden. Zij ondervinden dan ook de meeste stress door de soms moeilijke combinatie tussen het werk en privéleven, in contrast tot mannelijke huisartsen die meer stress hebben door het werk zelf.(10) Een duidelijk afgebakende leeftijdsgrens tussen een moderne en verouderde visie werd niet gevonden. De vraag stelt zich of de meer ervaren artsen ook nog denken volgens het gestereotypeerde denkpatroon van vroeger en niet ook veranderd zijn in hun visie.
Een bevraging bij jonge huisartsen die kort na hun HAIO uit het beroep stapten, voornamelijk omwille van problemen met het werk-privé evenwicht, pleitte voor meer organisatie in

groepspraktijken met maximale ondersteuning, vaste werkuren met het wegvallen van werk op zaterdagvoormiddag en een betere wachtdienstorganisatie.(13) Andere studies komen tot gelijkaardige voorstellen.(11) Uit een bevraging bij 365 huisartsen tussen 30 en 39 jaar uit 2009 blijkt dat de Vlaamse huisarts zijn levenskwaliteit gemiddeld 7,6 op 10 scoort. De tevredenheid over het vrijetijdsleven ligt lager, met een score van 5 op 10. Zoals reeds eerder vermeld lijkt de huisarts tevreden met het werk zelf en diens karakteristieken, echter de werkdruk en de werkomstandigheden brengen ontevredenheid. (5) Twee masterproeven uit 2012 gingen de beleving van de werk-privébalans na bij jonge, respectievelijk vrouwelijke en mannelijke huisartsen en bij hun partners.(9,10) Twintig vrouwelijke en tweeëntwintig mannelijke huisartsen vulden een vragenlijst in. Daaruit bleek dat bij vrouwelijke artsen het gezin en de partnerrelatie de belangrijkste elementen in het leven waren en hierover ook tevreden waren. Er was wel ontevredenheid over de tijd voor zichzelf en meer dan de helft gaf aan te weinig tijd te hebben voor het gezin en de partner. De partners van de vrouwelijke huisartsen beaamden dit. Ook deze masterproef bevestigde de tevredenheid met werkgerelateerde aspecten maar ontevredenheid met de werkomstandigheden. (10) Gelijkaardige resultaten werden gevonden voor mannelijke huisartsen, ook al vonden hun partners dat zij voldoende tijd hadden (of maakten) voor het gezin. De relevantie van deze bevinding is twijfelachtig. Deze studie was ook van lagere kwaliteit.(9)

Ook de internationale literatuur doet vermoeden dat de werk-privébalans een steeds belangrijkere rol speelt bij artsen. Uit een studie uitgevoerd in 2003 bij Amerikaanse geneeskundestudenten bleek de optie tot een controleerbare levensstijl 37% van de evolutie in specialisatiekeuze te verklaren. Opvallend was wel dat huisartsgeneeskunde beschouwd werd als een beroep waarbij de levensstijl niet controleerbaar was. De reden hiervoor werd niet toegelicht. (30)
Een andere studie uit 2011 die burn-out en ontevredenheid met de werk-privébalans evalueerde bij Amerikaanse artsen, vond symptomen van burn-out bij 45,8% en ontevredenheid bij 40,2% van de 27.000 respondenten. Huisartsen scoorden gemiddeld hoog op de burn-out vragenlijst, en rond het gemiddelde voor wat betreft de ontevredenheid met de werk-privébalans. Ook hier lijken de cijfers van tevredenheid met de werk-privébalans niet significant te verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke artsen. Deze cijfers moeten evenwel met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, gezien de verschillen tussen het Amerikaanse en het Belgische gezondheidszorgsysteem.(31)

3. Methodologie

Omwille van het ontbreken van grootschalige studies die de werk-privébalans van de huisartsen evalueren, werd gekozen voor een kwalitatief onderzoek. Het experimentele luik van deze masterproef bestaat uit twee delen: een verkennende vragenlijst en diepte-interviews. De bedoeling was om te exploreren hoe de werk-privébalans van verschillende types huisartsen georganiseerd wordt. Naast die individuele vormgeving, werd gepeild naar de tevredenheid en de ervaringen met de eigen werk-privébalans en naar de bredere visie over het belang ervan. Ter voorbereiding van het onderzoek werd literatuur geraadpleegd over kwalitatief studiedesign. (32) Deze studie werd goedgekeurd door de commissie voor Medische Ethiek van het UZ Gent op 25 juni 2019 (zie **bijlage 1**).

Er werd gekozen om twee groepen huisartsen te includeren: een groep ‘recent gestarte’ huisartsen en een groep ‘ervaren’ huisartsen. Het onderscheid werd gemaakt op basis van het aantal jaren dat de artsen actief waren. De jongste groep had tussen 1 en 4 jaar ervaring, de ervaren groep tussen 10 en 40 jaar ervaring. Andere inclusie- of exclusiecriteria waren er niet, behalve dat de huisartsen op het moment van het interview actief praktiserend moesten zijn. Er werd tevens geprobeerd om een diverse groep huisartsen te interviewen om een zo volledig en gevarieerd beeld als mogelijk te krijgen en zoveel mogelijk relevante beïnvloedende factoren in kaart te brengen. Er werden

vrouwelijke en mannelijke artsen gezocht met verschillende praktijkorganisaties en praktijklocaties. Om selectiebias te vermijden werden geen artsen gecontacteerd die goed gekend waren door de auteur. De uiteindelijke selectie van de artsen werd gemaakt o.b.v. de gegevens van het RIZIV, die publiek te raadplegen zijn op een web toepassing (https://ondpanon.riziv.fgov.be/SilverPages/). In totaal werden 50 artsen opgelijst, 25 per leeftijdsgroep. Deze artsen werden vervolgens telefonisch gecontacteerd. Daarbij werd de belvolgorde zo gekozen dat binnen elke groep een mannelijke en vrouwelijke solo-arts en een arts actief in een groepspraktijk werd gecontacteerd, en dat binnen een landelijke én stedelijke context. Zodra de huisarts(e) telefonisch akkoord ging, werd een email verstuurd met meer informatie, een informed consent-formulier en een link naar de vragenlijst. Daaropvolgend werd een datum vastgelegd voor het diepte-interview. Op voorhand werd geen doelstelling vastgelegd voor wat betreft het aantal interviews, het plan was om te contacteren tot datasaturatie werd bereikt.

Een verkennende vragenlijst werd opgesteld met behulp van de gratis dienst LimeSurvey (https://www.limesurvey.org/). Ze diende ter voorbereiding van de diepte-interviews. De vragen werden opgesteld op basis van de vragenlijst die in een eerdere masterproef werd gebruikt en aangepast naar aanleiding van enkele recentere studies die in de literatuurstudie werden gevonden. (10,17) De vragenlijst werd vervolgens overlopen met de co-promotor van deze studie. Vier categorieën werden bepaald: persoonlijke kenmerken, vragen m.b.t. het huisartsenberoep, gezinssituatie en privéleven en werk-privébalans. De resultaten werden na afloop van de gegevensverzameling geëxporteerd naar het dataverwerkingsprogramma SPSS©. De structuur van de vragenlijst kan teruggevonden worden in **bijlage 2.**

Uitgebreidere informatie werd verkregen aan de hand van semigestructureerde diepte-interviews. Aan de hand van open vragen werd op een interactieve manier gepeild naar percepties en meningen over de werk-privébalans in brede zin enerzijds, en de persoonlijke ervaringen en tevredenheid hiermee anderzijds. De vragen werden opgesteld vanuit de vooraf gedefinieerde onderzoeksvragen en waren een pragmatische vertaling ervan. Ze werden vooraf besproken met de co-promotor van deze masterproef.
De interviews werden opgenomen met een audiorecorder en nadien volledig en letterlijk getranscribeerd. Deze getranscribeerde interviews functioneerden vervolgens als basis voor de data-analyse in het softwareprogramma NVivo 12©.

De resultaten van de vragenlijst werden verwerkt in het softwareprogramma SPSS 22©. Enkele beschrijvende parameters werden afgeleid (leeftijd, geslacht, praktijkvorm, praktijkorganisatie, gezinssamenstelling), alsook resultaten m.b.t. de organisatie van het beroeps- en gezinsleven. Er werden tevens resultaten geanalyseerd m.b.t. de tevredenheid over het beroeps- en gezinsleven en over de tevredenheid met de werk-privé balans. Deze tevredenheid werd vervolgens getoetst t.o.v. de tijd die men subjectief heeft voor elk van deze domeinen en het belang dat men er aan hecht.

De neergeschreven interviews werden gecodeerd in het programma Nvivo 12©. Dat programma is specifiek gericht op de analyse van kwalitatieve data. Uit de interviews werden uitspraken gecodeerd die betrekking hadden tot de ervaringen, tevredenheid en visies van huisartsen m.b.t. de eigen werk-privébalans en m.b.t de bredere reflectie rond dit concept. Deze codes werden vervolgens hiërarchisch gerangschikt tot een aanvaardbaar kader ontstond. Het coderen gebeurde volgens het principe van het ‘progressief focussen’. Daarin wordt vertrokken van een preliminair idee dat doorheen de studie aangepast wordt o.b.v. de bevindingen tot een algemeen aanvaardbaar kader gestalte krijgt. De initiële codeboom die uit de eerste 5 interviews ontstond, werd op 28/02/2020 besproken met de promotor en co-promotor van deze studie en nadien aangevuld en aangepast o.b.v. hun feedback. De uiteindelijke codeboom van de interviews kan gevonden worden in **bijlage 3.**

4. Resultaten

4.1. Resultaten van de vragenlijst en onderzoekspopulatie

De belangrijkste informatie die uit de vragenlijst werd gewonnen, kan teruggevonden worden in **Bijlage 4.** Gezien de beperkte steekproefgrootte werd de data-analyse van de vragenlijst beperkt tot beschrijvende parameters. De power van deze dataset was immers onvoldoende groot om hypothesen met voldoende bewijskracht te testen. Dit was ook niet het doel van deze vragenlijst, ze werd opgesteld ter exploratie van de eigenschappen en van enkele percepties van de deelnemende huisartsen en ter voorbereiding van de diepte-interviews.

Uiteindelijk namen 8 huisartsen deel aan deze studie. Er werden evenveel mannelijke als vrouwelijke huisartsen bevraagd, en evenveel startende als ervaren artsen. De gemiddelde leeftijd van de startende en ervaren artsengroep was respectievelijk 28,5 en 53,5 jaar. Dit weerspiegelt zich ook in het aantal jaren werkervaring: startende artsen werkten gemiddeld reeds 2,5 jaar, de ervaren artsen 27 jaar. Er nam één solo-arts deel en één arts uit een wijkgezondheidscentrum. Die behoorden tot de groep ervaren huisartsen. De startende huisartsen werkten in een groepspraktijk of in een duo-praktijk. Twee artsen werkten in de stad, uit elke groep één. De praktijklocatie van de andere artsen werden landelijk ingedeeld, al werkten twee artsen in randgemeenten en lag enkel de praktijk van de solo-arts echt landelijk. Enkel die solo-arts werkte voltijds, de andere huisartsen hadden minstens 1 vrije middag. Het aantal dagelijkse patiëntencontacten varieerde van 15 bij de startende huisarts die een eigen praktijk oprichtte, tot 35 bij de solo-arts. Gemiddeld waren er 22 contacten per dag, mediaan waren dat er 20. De ervaren huisartsen hadden iets meer contacten, maar het verschil met de startende artsen was, met uitzondering van de solo-arts, verwaarloosbaar klein. 3 van de 4 ervaren huisartsen deed vrije raadplegingen, in tegenstelling tot slechts één startende huisarts. Mediaan hadden de huisartsen 15 weekwachten per jaar en 6,5 weekendwachten. De startende huisartsen deden meer weekendwachten (mediaan 8 t.o.v. 5,5). De ervaren artsen in deze studie namen mediaan 6 dagen meer vakantie per jaar dan de startende (31 dagen t.o.v. 25 dagen).

Eén startende huisarts had twee kinderen, de andere deelnemende jonge huisartsen waren kinderloos. De ervaren huisartsen hadden allen kinderen, op de solo-arts na. Logischerwijs waren de kinderen van de ervaren huisartsen reeds ouder, gaande van lagere schoolleeftijd tot werkende kinderen met eigen kinderen. De startende huisarts had een baby en een zuigeling. 5 van de 8 huisartsen hadden een partner.

De mate waarin praktijkondersteuning geboden werd, varieerde sterk tussen de verschillende huisartsen. De twee oudste artsen (de solo-arts en een groepspraktijk uitgebouwd door een getrouwd huisartsenkoppel) hadden geen enkele vorm van ondersteuning, zo poets- en boekhoudhulp niet worden meegerekend. De meest uitgebreide praktijkondersteuning werd voorzien in het wijkgezondheidscentrum (WGC) met de aanwezigheid van twee secretaresses, een team van verpleging, kinesisten en diëtisten en een samenwerkingsverband met een psychologe. Zo'n uitgebreide praktijkondersteuning werd niet enkel in het WGC gezien: ook de groepspraktijk van een van de startende artsen had een verpleegster en praktijkassistente in dienst en werkte samen met enkele paramedici. De meeste praktijken (5 van de 8) hadden een vorm van secretariaat dat werd bemand door een secretaresse, verpleegkundige of praktijkassistente. Daarnaast werden in 3 praktijken verpleegkundige verstrekkingen uitbesteed aan een praktijkverpleegkundige van wie het statuut verder ongedefinieerd bleef.
Niet-menselijke hulp onder de vorm van een online afsprakensysteem was aanwezig in 5 van de 8 praktijken. Alle jonge huisartsen maakten gebruik hiervan.

Ook in het privéleven werd ondersteuning geboden: alle huisartsen hadden poetshulp. De ervaren artsengroep hadden bovendien aanvullende hulp. Huisartsen met jonge kinderen deden beroep op kinderopvang.

De werk-privébalans werd bevraagd. Zonder uitzondering vonden alle geïnterviewde huisartsen een goede balans belangrijk. Daarbij viel op dat het privéleven (bestaande uit partner, gezinsleven, hobby's en vrije tijd en zelfzorg) steeds belangrijker werd geacht dan de carrière en het inkomen. Carrière werd wel door geen van de bevraagden als onbelangrijk beoordeeld. Startende huisartsen hadden de neiging om hobby's en zelfzorg iets minder belangrijk te schatten dan ervaren artsen. Die laatste groep leek inkomen dan weer iets minder belangrijk in te schatten, al kan hier zeker geen significante uitspraak over worden gedaan.
De antwoorden over het hebben van voldoende tijd voor bepaalde deeldomeinen verschilden meer. Van de huisartsen met kinderen of met een partner had slechts één huisarts het gevoel eerder onvoldoende tijd te hebben hiervoor. Er was een wisselend gevoel van voldoende tijd voor zichzelf, hobby's en sociale contacten. Gemiddeld had men het gevoel voldoende tijd te hebben, al was deze minder dan voor gezin en partner en dit meer bij huisartsen met kinderen of oudere huisartsen. Ook hier kan men geen hypotheses testen door het gebrek aan power.
De resultaten rond tevredenheid met deze deeldomeinen die werk-privébalans bepalen lagen in dezelfde trend: algemeen was men over al deze deeldomeinen eerder tevreden tot tevreden. Gemiddeld was men iets minder tevreden over de tijd voor zichzelf, de hobby's en de sociale contacten, maar het verschil is verwaarloosbaar. Het minst tevreden blijkt men met het inkomen, al waren nagenoeg alle huisartsen ook hier eerder tevreden. Algemeen kan afgeleid worden dat men minder tevreden is als men het gevoel heeft onvoldoende tijd te hebben voor domeinen die men belangrijk vindt.

De werkvreugde van de bevraagde huisartsen was hoog. Ze waren het meest tevreden over de intrinsieke kenmerken van het beroep. Ook over het financiële aspect waren de artsen tevreden. De startende huisartsen waren zonder uitzondering tevreden over de samenwerking en relatie met hun collega's. Opvallend hier was de ontevredenheid van de solo-arts m.b.t. de samenwerking. De twee oudste artsen gaven ook aan eerder ontevreden te zijn met de externe factoren die het werk beïnvloeden (werkdruk, patiënten).
Op de finale vraag hoe tevreden de huisartsen waren met hun werk-privébalans antwoordden de startende artsen allen tevreden. De ervaren huisartsen verschilden in mening: de jongste van hen was tevreden, net zoals de arts uit het WGC. De oudere arts met de familiepraktijk gaf aan neutraal te zijn hierrond, de solo-arts was ontevreden.

4.2. Resultaten van de diepte-interviews

Er werden 8 interviews afgenomen en getranscribeerd, samen goed voor 7 uren ofwel 69 pagina's (46.113 woorden) aan materiaal. Uit deze interviews konden vaststellingen gemaakt worden m.b.t. de persoonlijke tevredenheid, evolutie, analyse en visie op de werk-privébalans. Daarnaast werden bredere uitspraken gedaan over de recente evoluties van deze balans, de visie hierop, wat volgens de geïnterviewde huisartsen de beïnvloedende factoren van de werk-privébalans juist zijn, welke maatregelen bevorderend zijn en welke eerdere contraproductief en ten slotte wat de gevolgen zijn van de (verhoogde belangstelling voor de) werk-privébalans voor patiënten en de verdere ontwikkeling van de eerstelijnszorg.

4.2.1. Persoonlijke ervaringen en visie op de werk-privébalans

4.2.1.1. (On)tevredenheid met de werk-privébalans

Alle geïnterviewde artsen, startende en ervaren artsen, waren tevreden over hun algemene werk-privébalans. De mate van tevredenheid varieerde wel. Twee ervaren huisartsen wezen op een goede

balans maar met weinig marge of met ruimte voor verbetering. Met name de flexibiliteit t.g.v. hun autonomie en het hebben van een vrije middag, waren bronnen van tevredenheid over de werk-privébalans.

> *"Ik ben tevreden, zeker in de zomermaanden wanneer het iets kalmer is. Ik heb vrijdag een vrije middag en dat voelt ook wel echt als een luxe. Ik denk niet dat dat vroeger denkbaar was. Nu kan ik op een vrije middag wel eens mijn boekhouding doen of eens gaan sporten. Globaal gezien bof ik algemeen dus wel meestal."*

> *"We hebben goed ons werk, maar moeten zeker niemand weigeren. We hebben niet veel tijd over, maar met drie kunnen we schipperen."*

> *"Wij hebben het voordeel dat we af en toe over en weer kunnen lopen. Vandaag was ons kleinkind ziek, dan kunnen wij af en toe eens komen kijken hoe het gaat tussen de consultaties door. Maar als fabriekswerker kan je dat niet doen."*

Een andere mening werd door de solo-arts geuit. Ook hij is tevreden met zijn werk-privébalans, maar heeft de enorme vreugde die hij voelde dankzij het invoeren van de wachtdiensten voor een deel voelen afnemen door de toename van de administratieve last en de digitalisering.

> *"Er wordt zeer veel van ons gevraagd. Het opstellen van attesten, Sumehrs opstellen. En in een solo-praktijk kan je geen secretaresse zetten. Ik weet het zijn zaken die je zelf moet doen. Dus dat is zeer veel veranderd, en dat maakt me niet zo heel gelukkig. Soms doe ik het ook wel graag, maar het gaat ten koste van zowat al mijn vrije tijd in de week. Er is niets over. Gecombineerd met een gezin weet ik niet hoe dat zou gaan."*

Tijdens hun carrière hadden enkele huisartsen reeds momenten waarop hun werk-privébalans in moeilijkheden kwam. Dat was meestal een tijdelijke periode, die zonder gevolgen voorbijging. Een enkele huisarts was vroeger een langere tijd ontevreden omwille van de continue bereikbaarheid die haar stress bezorgde.

> *"Ik heb vaak gedacht dat ik in een acute burn-out verzeild zat. Maar dat was echt in periodes waarin er geen tijd was voor ontspanning of dat het echt van 's morgens vroeg tot 's avonds laat doordrammen was zonder 's middags tijd te hebben om een boterham te eten. Zelfs een toiletbezoek moeten uitstellen om de agenda vol te houden. Dat was toen een van de twee artsen een maand op vakantie was. Dan moest ik 40-45 patiënten op een dag zien, en op mijn tempo betekende dat 14 uren per dag werken. En dat is iets wat mij ongelukkig maakt. Behalve ik, hebben vooral mijn kinderen en mijn echtgenoot daarvan afgezien. Dat was heel kort, want als we met twee waren was alles terug treffelijk. Dat was niet erg, maar ik raakte wel aan de grens van wat ik niet wilde."*

> *"Ik heb een tijdlang -en dat heb ik achteraf pas beseft- een voor mij zware combinatie gehad en dat waren wel ambetante jaren. Toen was ik voorzitter van een vereniging, en achteraf gezien gaf me dat wel wat spanning. En de eerste vijftien jaar van mijn werk hier, was ik praktijkassistent. Die 3/10, gecombineerd met mijn werk hier en dan de kinderen thuis en nog dat voorzitterschap: dat was te veel en dus heb ik dat verminderd."*

Zowel startende als ervaren huisartsen ervaren ondanks hun algemene tevredenheid, ook wel moeilijkheden in het handhaven van een goede werk-privébalans.

> *"De zaterdag willen mijn dochter en ik stoppen, maar ik heb een echtgenoot die de zaterdagvoormiddag consultaties niet wil stoppen. Zo'n beslissing maak je niet alleen he, je kan dat de collega's niet aandoen."*

"We konden een nanny vermijden als ons kind naar de voorschoolse en naschoolse opvang ging en dan zou het nog krap zijn. Dat vind ik veel voor een kindje van 2 jaar."

"Een tijdje geleden heb ik gedacht aan naailessen, maar probeer maar eens om 19u ergens aanwezig te zijn. Ik kan dat niet, dat is veel te vroeg. En als je bijvoorbeeld een concert wilt halen, is het altijd stressen."

Over de privé- en werksituatie werden ook uitspraken gedaan zonder specifieke focus op hun onderlinge relatie en interactie. Startende artsen waren steeds tevreden met hun privéleven, al gaf de arts met kinderen toe dat er wat minder tijd was voor hobby's, zelfzorg en sociale contacten door het starten van een gezin. Dit beschouwde ze echter niet als een probleem. Slechts één arts gaf aan problemen te ondervinden met de partner door onvoldoende tijd te maken voor mekaar.
De werkvreugde van de geïnterviewde artsen was ook hoog. Voornamelijk intrinsieke aspecten van het huisartsenberoep werden genoemd in het kader van de werkvreugde: de autonomie, variatie, de arts-patiëntrelatie, de appreciatie van patiënten en de maatschappelijke waarde van het beroep. Ook de goede band met de collega's werd meermaals aangehaald, al werden omgekeerd ook conflicten of spanningen met collega's benoemd als bronnen van werkontevredenheid. De werkdruk leek zeker voor de startende artsen aanvaardbaar, twee ervaren artsen gaven aan een te hoge werkdruk te voelen en zeker in de wintermaanden. Niemand had bezwarende opmerkingen over het financiële aspect. Het storende karakter van telefoonoproepen tijdens de consultaties, werd opvallend vaak vermeld als bron van ontevredenheid.

"Ik denk dat al onze vrienden door dezelfde fase gaan. Ik heb veel vrienden die ook allemaal een drukke job hebben en vaak jonge kindjes. Iedereen heeft een beetje zijn eigen leven nu, dus het is ook niet zo dat al onze vrienden gaan fuiven terwijl wij thuis zitten en niets doen. We proberen nu vooral op een andere manier af te spreken. Dit weekend gaan we bijvoorbeeld op zondag met vrienden afspreken aan een speelplein, zodat de kindjes kunnen spelen terwijl wij wat kunnen praten of iets drinken. Ik denk dat je sociaal leven verandert in die zin. Maar je vrienden evolueren mee met jou."

"[over het financiële aspect] Ik had verwacht dat ik ging moeten sparen, maar eigenlijk valt dat best mee. Zelfs al staat mijn agenda niet vol, toch haal ik een mooi loon binnen. Bovendien hebben wij niet veel kosten omdat wij het gebouw huren. We haalden ook allebei een IMPULSEO-premie en daar kunnen we ook veel kosten mee betalen. Dus dat valt allemaal goed mee."

"Ik heb enorm bewust gekozen voor huisartsgeneeskunde, het sprak me aan en ik vind het nog steeds enorm leuk. Ik zit ook in een praktijk met een heel gevarieerde populatie en dan heb ik soms van die dagen dat ik eerst een baby vaccineerde om daarna een hechting te doen, waarna ik een oude meneer heb geholpen. Dan merk je echt de gevarieerde pathologie die ik in geen enkel ander specialisme zou vinden. Plus het feit dat ik echt goede collega's heb, ik werk in een gemoedelijke omgeving."

Enkele duidelijke voorbeelden van werk-privé en privé-werk interferentie kwamen aan bod tijdens de interviews. Voor beide types van interferentie werden zowel positieve als negatieve ervaringen benoemd. Familie stond centraal in de voorbeelden.

"Mijn moeder kreeg op 64-jarige leeftijd een hersenbloeding en is 6 maanden lang verlamd geweest. Dus eiste mijn vader dat ik om 17u daar naartoe ging elke dag. Toen heb ik mijn patiënten misschien wel wat verwaarloosd. Dat is misschien wat te zwaar uitgedrukt, maar ik was er in elk geval niet bij met mijn gedachten. Maar dat heeft 6 maanden geduurd, dus op lange termijn heeft dat weinig belang gehad. Maar ik herinner het me wel als een heel zware periode. Ook voor de kinderen. Gelukkig zijn we goed opgevangen, onder andere door de ouders van mijn man."

"Onze oudste zoon is in het begin van het schooljaar enkele keren na mekaar ziek geweest en moest een keer een week thuisblijven. Dat was wel lastig. En dan is er een periode geweest dat de jongste bijna 3 weken niet heeft geslapen omdat hij tandjes kreeg. Toen was ik een beetje emotioneel. Dan moest er niet veel meer bijkomen overdag. Ik ben toen eens uitgegleden op de parking en was toen aan het huilen omdat m'n knie pijn deed. Dan is er echt geen marge omdat je oververmoeid bent. Dat is niet organisatorisch, dat hoort gewoon bij het hebben van kleine kindjes he."

"Ik kon mij in de korte momenten die er nog waren, zijnde de weekends en mijn vakanties of bij het 's avonds thuiskomen en de kindjes in bed steken, zo hard opladen dat het me lukte om verder te doen."

"Na een zware dag met veel emotionele of depressieve klachten, gaat het soms moeilijker om voldoende empathisch te reageren thuis, zeker als mijn partner ook problemen heeft. Ik vermoed dat dat verzadiging is van hetgeen ik aankan."

"Op het moment van mijn scheiding had ik mijn vrije halve dagen echt nodig, maar ook mijn werk als een soort van normaliteit die verderging."

4.2.1.2. Evolutie van de eigen werk-privébalans doorheen opleiding en carrière

Een eerste belangrijke wijziging in de werk-privébalans treedt op na de studietijd aan de universiteit, tijdens de opleiding als Huisarts In Opleiding (HAIO). De meeste startende artsen gaven toen een vaste hobby op voor sport en recreatie op vrijblijvende basis omdat die makkelijker in te plannen waren. Er werd minder afgesproken met vrienden doordat ze minder tijd hadden hiervoor en doordat de afstand te groot werd. Door een startende arts werd bovendien gewezen op de belasting van de opleiding op de werk-privébalans. Voor haar was de aanpassing naar het zelfstandig praktijkvoeren een verbetering van deze balans. Andere huisartsen spraken zich niet specifiek uit over de HAIO-opleiding. Een laatste aanpassing was de verplaatsing van de sociale en recreatieve activiteiten naar het weekend.

"Ik herinner me nog goed van mijn HAIO-jaren, dat je enorm veel taken moet combineren. Je hebt dan wel je vrije dag, maar op die dagen ben je bezig met casussen, thesissen, examenvoorbereiding. Dan blijft weinig tijd over voor andere dingen. Ik merkte dat ik toen veel meer stress had, veel meer onrust voelde en me ook minder oplaadde in het weekend om dan in die toestand aan een nieuwe werkweek te moeten beginnen. Dat was een pak lastiger. Nu heb ik volledig vrij op mijn vrije momenten en kan ik activiteiten gaan uitvoeren. Ik voel me daar een pak gelukkiger bij."

De werk-privébalans evolueert doorheen de carrière niet op een rechtlijnige, maar sterk dynamische manier volgens een ervaren huisarts. De startende huisarts die zelf haar praktijk oprichtte, merkte een sneller toenemende werkdruk dan ze had verwacht. Ervaren huisartsen, waaronder de solo-arts, werken daarentegen minder lang dan vroeger. Toen deden ze nog avondrondes of werkten ze op zaterdagen. De solo-arts werkt wel nog lange dagen door de toegenomen administratieve druk. Onder impuls van kinderen of kleinkinderen werd dus meer tijd gemaakt voor het privéleven, al merkte de jonge moeder op dat die vrijgekomen tijd niet per se meer tijd voor zichzelf oplevert, maar eerder naar huishoudelijke en gezinstaken gaat.

"Het is toch een weg van op en af, zeker geen rechte lijn. Want je neemt bijvoorbeeld een collega bij, waardoor je meer marge krijgt. Maar als die zijn agenda voller loopt, en die collega al harder zijn grenzen bewaakt dan ik, dan merk ik dat ik zelf ook weer harder voor die grens moet gaan vechten en langer begin door te werken. Dus neen, het is geen rechte lijn die steeds beter wordt."

“Op donderdagvoormiddag deed ik Kind & Gezin tot ik hoogzwanger was van ons eerste kind. Sindsdien ben ik in de voormiddag alleen thuis en kan ik dingen voor mezelf of voor het gezin doen zoals administratieve taken, en ben ik ‘s middags met de kindjes. De namiddag is dus niet echt tijd voor mezelf. Ik vind het leuk dat ik die heb, maar het is niet zo dat ik echt op m'n gemak ben met een boekje in de zetel. “

4.2.1.3. Reflectie over de eigen werk-privébalans

Vier van de acht bevraagde artsen gaven een limiet aan van hun bereikbaarheid. Deze limiet varieerde tussen 19u en 20u ’s avonds. De twee jongste artsen vonden 19u het uiterste uur waarop nog gebeld kon worden en waarna de wachtdienst moest gecontacteerd worden. Daarbij werd de groepspraktijk van een van de twee artsen wel zo georganiseerd, dat er steeds een arts consultaties deed tot 20u. De solo-arts zette zijn antwoordapparaat aan om 20u. De keuzes voor deze uren waren gebaseerd op het kunnen garanderen van de continuïteit van zorg. In dat kader hadden ook alle artsen geen probleem met extra consultaties of het uitlopen van de agenda, maar dan exclusief voor acute pathologie. Dat vond zelfs de solo-arts die het laatst en meeste werkte van alle artsen. In wisselende mate werden werk en privé gescheiden gehouden. Eén arts zag geen problemen in het geven van zijn privénummer aan palliatieve patiënten. Een andere vond het belangrijk om werkgerelateerde spanning te kunnen ventileren thuis, maar om zoveel mogelijk de problemen van het werk en privé gescheiden te kunnen houden.

“Ik ben bereid om lang te werken want je hebt een zekere verantwoordelijkheid naar de patiënten, maar als je een goed georganiseerd wachtsysteem hebt en je weet dat de continuïteit van zorg gegarandeerd kan worden, belet niets mij om rond 19-20u te stoppen i.p.v. tot 23u door te werken om toch al mijn eigen patiënten gezien te hebben.”

“Als mensen ’s avonds nog bellen, gaat het meestal over kindjes met koorts die per se nog willen gezien worden. Daar heb ik geen probleem mee. Ik merk wel ergernis als een jongeman 's avonds laat nog belt voor een afwezigheidsattest en het heeft vertikt om 's ochtends vroeg te bellen.”

“In het weekend heb ik geen schuldgevoel meer om patiënten aan de deur te laten staan. Ze moeten maar opzoeken wie er van wacht is. Bij apothekers is het toch ook zo?”

Een tijdelijke drukte, hetzij privé-, hetzij werkgerelateerd, werd niet als een probleem ervaren, zolang deze zichzelf spontaan oploste, of er voldoende tijd overbleef om zich op te laden privé.

“Het maakt denk ik niet uit of je een drukke dag hebt overdag, zolang je u 's avonds kunt opladen of een paar uren extra hebt 's avonds om nog iets te gaan doen. Ik heb liever een drukke dag, waarop ik het gevoel heb echt gewerkt te hebben en dat ik dan vroeger naar huis kan, dan een dag van 8 tot 19u waarop je maar de helft van de dag effectief hebt gewerkt en toch laat thuis bent. Dus de drukte van het werk vind ik niet zo erg, maar je moet je vrije momenten hebben nadien.”

“Je weet dat het tijdelijk is met de kindjes. Binnenkort zullen de nachten weer draaglijker zijn. En ook tijdens de winter, waarop het snel donker is, heb je minder zin om nog te gaan lopen. Seizoensgebonden gaat dat wel weer passeren. En onze jongste zal binnenkort ook beter slapen. Hopelijk betert het binnenkort.”

Alle startende huisartsen gaven blijk van een verhoogde belangstelling voor het privéleven, waarbij drie artsen expliciet stelden dat het privéleven primeerde op het werkleven. Opvallend is dat slechts één ervaren arts hierover uitspraken deed, namelijk de arts uit het WGC. Vooral een goede band met de familie en het kunnen zien opgroeien van de kinderen waren van belang. Voor de ervaren arts was het belangrijker om voldoende tijd te hebben voor zichzelf. Het belang van hobby’s om zich op te

laden, werd dan weer enkel benadrukt door ervaren artsen. Geld was volgens twee jonge artsen niet de motor van de werklust, zij hadden liever een hogere levenskwaliteit dan meer geld. Twee startende artsen beschouwden het huisartsenberoep als niet meer dan hun job, en zagen zichzelf tevens als persoon naast het werk. De startende huisartsen vonden het verder hun taak om hun steentje bij te dragen in het huishouden en in het gezinsleven. Hier werd wel een kanttekening bij gemaakt door een andere startende huisarts: de aard van het beroep laat het niet toe om volledig te kiezen voor een te ver doorgedreven privéleven.

> *"Tegenwoordig zijn er tweeverdieners, of toch zeer vaak, dus moet je elkaars noden afstemmen op mekaar. Bovendien wil ik ook mijn kinderen zien opgroeien, dus heb ik geen zin om tot 22-23u 's avonds te werken. En dan heb je ook nog tijd nodig voor je hobby's, wat niet gaat als je de hele dag aan het werken bent. Volgens mij was dat vroeger anders en een stuk minder belangrijk."*

> *"Ik merk aan mezelf dat indien ik veel meer uren zou werken en minder tijd zou hebben voor mijn sociale activiteiten om mij sociaal op te laden, ik het veel lastiger zou hebben met de lange werkuren."*

> *"Voor mij is arts-zijn persoonlijk nog altijd een job. Ik weet dat dat iets uitgebreider is soms, en dat het ook nooit gedaan is, maar ik denk dat van andere jobs ook. Ik identificeer mij niet als dokter en dat dat mijn leven is. Voor mij is het nog steeds m'n job, daarnaast wil ik steeds mezelf zijn en mezelf kunnen ontplooien."*

4.2.2. Bredere kijk op de werk-privébalans

4.2.2.1. Visie op de werk-privébalans

De algemene visie op de werk-privébalans is het resultaat van de afweging tussen het belang van het werk enerzijds, en van het privéleven anderzijds. De huisartsen maakten elk een andere afweging, waarbij de oudere artsen in deze studie het belang van werk hoger leken in te schatten dan de jongere artsen. Geen van de artsen achtte werk echter belangrijker dan het privéleven en allen erkenden de cruciale rol van het privéleven in de mentale gezondheid van de huisarts. Alle geïnterviewde huisartsen waren het eens dat ieder zijn/haar eigen voorkeur van werk-privébalans moet kunnen definiëren en kunnen toepassen in zijn/haar leven. Het voor zichzelf organiseren van een goede werk-privébalans is wel de taak van de arts zelf, vinden vier artsen. Volgens de jongste huisarts zou de verhoogde belangstelling voor deze balans wel makkelijker maatschappelijk aanvaard worden als er minder verschil zou zijn tussen de werk-privébalansen van de individuele huisartsen.

> *"Ik denk dat het bepalen van die grens zeer persoonlijk is voor iedereen. Bepaalde mensen willen een stuk meer werken en hebben dan ook minder nood aan een privéleven. Bij hen is hun werk ook een stukje hun leven. Dus ik denk dat je daar geen gelijkvormigheden voor kan invullen. Maar ik denk wel dat het goed is voor iedereen om wat privé-tijd in te bouwen. […] Er zit zoveel druk op de huidige maatschappij. Dan moet je echt in je privé kunnen ontspannen en iets doen aan die druk. Dus ik denk dat ieder zijn vrije uren moet inbouwen en ik denk dat moest iedereen dat doen, er meer begrip voor zou zijn. Als nu de ene generatie werkt bij wijze van spreken als een 9 to 5-job en de andere van 7u 's morgens tot 22-23u ' s avonds, dan zal je strubbelingen ontvangen van je patiënten omdat de ene wel laat werkt en de ander niet. Als men gelijkvormiger zou werken en we allen aan hetzelfde zeil zouden trekken om onze privé te blijven bewaken, dan zou dat meer aanvaard worden door de maatschappij."*

> *"Dan denk je: 'hoe ben ik in godsnaam bezig?' Je weet wat je belangrijk vindt, maar kijk hoe weinig tijd je ervoor vrijmaakt. En dat is denk ik de oefening, maar als huisarts moeten we beseffen dat we zelfstandig artsen zijn en onze eigen baas."*

Het belang van de werk-privébalans werd ook getoetst aan bepaalde visies op het huisartsenberoep. In lijn met wat reeds bij de persoonlijke visie werd aangehaald, benoemen 4 artsen het belang van een voldoende bereikbaarheid en van de continuïteit van zorg. Voornamelijk bij de solo-arts leidde dit tot frustratie. Volgens hem komt de continuïteit in het gedrang door een te scherp afgrenzen van de werkuren door de startende generatie huisartsen. Door twee artsen werd tevens gewaarschuwd voor een overdreven belangstelling van het privéleven.

> *"Ik vind ook wel dat wij nog steeds arts zijn. Dat is geen 9 to 5 job. Wij moeten ook werken op momenten dat mensen thuis zijn en naar ons kunnen komen. Daar zijn wel grenzen aan natuurlijk."*
>
> *"In Nederland zijn ze strenger en zie je dat er langere wachttijden zijn. Het is daar ook echt bijna een 9 to 5 job. Ik denk niet dat we daar naartoe kunnen evolueren, want veel zorg is natuurlijk niet te plannen. Daar zit vaak een acute factor in, die je niet 3 dagen kan uitstellen."*
>
> *"Als ik van wacht ben, komt vaak om 19u02 al de eerste telefoon van de groepspraktijk. Dat is toch erg, allez het is 2 minuten na 19u. Dat zijn dan vaak kleine kinderen die plots koorts krijgen na 19u en naar de wachtdienst moeten hollen. Dat begrijp ik niet, zeker als je met 4 bent. Ze hebben zelf allemaal kinderen. Ik moet het verstaan zeker. (Lacht)"*

Over de werk-privébalans werden uiteenlopende reflecties gemaakt. Een arts opperde dat de huidige werk-privébalans het gevolg lijkt van maatschappelijke evoluties, eerder dan van een nieuwe persoonlijke voorkeur van startende artsen voor het privéleven. Volgens een andere arts is de balans dynamisch en fluctuerend in de tijd. Iemand vond dat er nu meer belangstelling is voor de WLB dan vroeger, wat de arts een goede zaak vindt. Twee ervaren arts waren van mening dat het vandaag moeilijker moet zijn om een goede WLB te verzorgen dan vroeger.

> *"Ik denk dat het maatschappelijke zaken zijn, zoals meer tweeverdieners, vervrouwelijking, ... Die zaken hebben ertoe geleid dat artsen zich anders gaan organiseren."*
>
> *"Ik denk dat jongere artsen sowieso op werkvlak, dat voel ik nu al, hun grenzen goed stellen. Maar ik weet niet of de grenzen die ze op werkvlak stellen ten goede komt aan de zelfzorg. Ik weet niet of de uren dat er minder gewerkt wordt, de load privé doet afnemen. Als ik een grens stel is het denk ik om die dag zeker nog een halfuur te kunnen lopen. En als ik dat halfuurtje heb gehad, dat ik dan dat uurtje minder patiënten volledig heb kunnen compenseren en me heb kunnen opladen voor de andere werkuren. En ik weet niet of de jonge huisarts die vroeger stopt, dat uurtje extra goed genoeg gaat invullen om voor zichzelf op te komen. Want ze gaan uitgedaagd worden in een gezin waar ze veel in gaan moeten bijdragen omdat de partner ook werkt, wat de oudere huisartsen dus niet hebben moeten doen. En dat die thuis dus veel meer verantwoordelijkheden zal hebben dan de financiële verantwoordelijkheid."*

Alle bevraagde artsen waren overtuigd van een verband tussen de werk-privébalans en burn-out. Twee artsen vonden het de belangrijkste beïnvloedende factor, een derde zag het als de enige echt beïnvloedbare factor. De visie van de bevraagden impliceert dat een goede werk-privébalans voornamelijk betekent dat er voldoende tijd voor het privéleven is. In dat opzicht is een slechte balans een risicofactor voor het ontwikkelen van burn-out omwille van een te hoge werkdruk of -volgens drie van hen nog belangrijker- te weinig oplaadmogelijkheden thuis. Andere factoren die volgens hen gelinkt waren aan burn-out, waren de hoge verantwoordelijkheid, de continue bereikbaarheid, de persoonlijkheid (perfectionisme, te weinig zelfreflectie, overgevoeligheid) en de jobvoldoening.

"Ik was ooit aan het wandelen aan de zee. Ik wandel nooit zomaar en was dus op zoek naar schelpen. Toen kwam ik een psychiater tegen die vroeg wat ik aan het doen was. Toen ik het hem uitlegde vroeg hij waarom ik dat deed? Ik zei, het is ofwel dat, ofwel in uw wachtzaal zitten. Af en toe moet je dat echt kunnen, even weg zijn. Zeker met het ouder worden kan je daar niet meer zo goed tegen."

"Heel veel mensen zijn onzeker of perfectionistisch en dat zijn elementen waar je best inzicht in krijgt voor jezelf. Als je vervolgens van jezelf beseft dat je risico loopt op een burn-out, hoe kan je het anders preventief aanpakken dan met het corrigeren van je work-life balance? Je hoeft dan geen zware psychosociale gevallen te zien, of je kan kiezen om geen wachten te doen omdat dat te belastend is. Sommige mensen kunnen meer of minder druk aan, en dan is de work-life balance hetgeen waarmee je binnen een bepaalde bandbreedte een beetje kan spelen."

4.2.2.2. Recente ontwikkelingen m.b.t. de werk-privébalans

Volgens de ervaren huisartsen was de belangrijkste verandering in de organisatie van de eerstelijnszorg de invoering van de wachtposten. De meest ervaren vrouwelijke huisarts zag de wachtposten ontstaan onder impuls van de vrouwelijke huisartsen, die in het begin van haar carrière nog sterk in de minderheid waren. Haar mannelijke partner, met wie ze een duo-praktijk oprichtte, gaat akkoord met haar stelling. Een andere evolutie die van invloed is geweest op de werk-privébalans volgens hen, is het wegvallen van de plethora. In het begin van hun carrière waren er algemeen te veel huisartsen, wat het beroep commercialiseerde en werk-privébalans bevorderende maatregelen tegenhield. De meeste geïnterviewde artsen gaven aan dat het huidig (naderend) tekort aan huisartsen het makkelijker maakt voor huisartsen om hun eigen belangen te verdedigen. Andere veranderingen met invloed op de werk-privébalans die werden vermeld: het toenemen van het aantal groepspraktijken en het afnemen van het aantal vrije raadplegingen.

"Je moet weten dat die echte permanentie zoals die er momenteel is, pas enkele jaren bestaat hoor. Dat de band aanstaat na de consultaties. Daarvoor maakte het niet uit of je officieel van wacht was of niet, je had toch geen werk want iedereen bleef beschikbaar."

"Wij zijn tenslotte ook begonnen in de plethora. De centen deden ertoe he. Als ik begon, werd er in de wachtdienst gestemd of ik kon aansluiten omdat ik zogezegd de straten niet kende. Nu geraak ik geen wacht kwijt, aan niemand, ook niet aan de jonge artsen. Vroeger kregen we er geen."

Ook enkele maatschappelijke veranderingen hadden volgens de bevraagden invloed op de werk-privébalans. Vooral de vervrouwelijking van de arbeidsmarkt en het toenemende aantal tweeverdieners zouden van invloed zijn. Dat beïnvloedt de werk-privébalans op verschillende manieren. Ten eerste moeten de huishoudelijke taken verdeeld worden over beide partners. Daarnaast creëert het meer financiële reserve doordat er twee inkomens zijn, daar waar vroeger de huisarts moest werken om voor het hele gezin te voorzien. Zonder specifieke uitspraken doen meerdere artsen ook vermoeden dat er aspecifieke effecten zijn van de vervrouwelijking op het beroep. Een andere maatschappelijke verandering is de hogere druk op de samenleving met hoge verwachtingen, ook op de huisartsen. Een oudere arts gaf daarentegen wel de opmerking dat de opvoeding niet streng genoeg meer is, waardoor jongeren de maatschappelijke druk minder goed aankunnen. Twee artsen gaven ten slotte aan dat het toenemend gebruik van smartphones leidt tot een grotere bereikbaarheid, wat ook de werk-privébalans beïnvloedt.

"We leven in andere tijden, mensen zijn veel meer beschikbaar waarschijnlijk. De samenleving is ook iets drukker nu dan vroeger. De oude solo-arts van veel vroeger was toen volgens mij ook de eenverdiener van het gezin en diens vrouw -ik hoop dat ik niet seksistisch klink- zorgde

voor de kinderen en deed secretariaatswerk. Ik ken praktijken die nog zo functioneren, maar wij leven in een andere tijd met meer tweeverdieners."

"De maatschappij zelf is ook veranderd. Vroeger was een vrijdagavond een gewone avond in de week en een zaterdag voor de meeste mensen ook niet zo speciaal. Voor de jonge mensen begint het weekend nu ook de vrijdagavond, dus willen ze op dat uur ook niet meer naar de huisarts."

"Dat inkomen moet er niet per se meer zijn, het gaat vaak over koppels waarvan de ene huisarts is en de ander een ander beroep uitoefent. Dus waar vroeger de huisarts moest werken voor het hele gezin, is dat nu niet meer. Als je getrouwd bent of samenwoont met iemand anders die ook genoeg verdient is de financiële druk minder."

"Mensen verdragen niets meer. Ook de opvoeding speelt daar een belangrijke rol in. Al die soft opvoeding, wij hebben dat zien beginnen. Wij waren streng vroeger, maar nu hebben de mensen geen ruggengraat meer. Ze kunnen niets meer verdragen in de humaniora of aan de universiteit. Maar als ze later voor een baas werken, kunnen ze ook niets meer verdragen."

Tijdens de interviews werd aan de huisartsen gevraagd wat volgens hen de verschillen waren tussen de oudere en jongere generatie. Startende artsen vonden dat oudere huisartsen later werkten en meer tot continu bereikbaar waren. Mede hierdoor hadden ze een betere band met patiënten en kregen ze er meer respect van. Verder deden ze volgens één huisarts ook meer in eigen beheer en verwezen ze later door naar de tweede lijn. Ten slotte hechtten ze volgens één deelneemster minder belang aan het privéleven, en bepaalde het huisarts-zijn meer hun identiteit dan dat nu het geval is. Volgens hen dachten oudere huisartsen dat ze minder bereid waren te werken uit luiheid, maar hier gingen de jonge artsen niet mee akkoord.

"Als ik aan mijn eigen huisarts denk vroeger. Ik belde toen om 17-18u om een afspraak en ik mocht komen om 22-23u 's avonds."

"Volgens mij was het privéleven een pak minder belangrijk en speelde het zich hoofdzakelijk af tijdens het weekend. Tijdens de weekdagen werd dat gezinsleven overgenomen door iemand anders binnen het gezin, wat nu veel minder het geval is. Ik denk dat zij er nog meer en op een andere manier waren voor hun patiënten."

"We hebben daar nog niet expliciet over gesproken, maar ik ken duidelijk de mening van de oudere artsen hier en die is dat de jongere generatie te weinig wil werken. Ik versta hun standpunt, maar dat is echt een hele andere generatie. Een generatie die vaak een vrouw had die niet werkte en het hele huishouden op zich nam. Zij kwamen thuis en moesten niets meer doen. Chapeau voor hen dat ze zo wilden werken, maar dat is niet mijn stijl."

De ervaren huisartsen waren minder eensgezind in hun uitspraken. Een van hen zei dat jongere huisartsen meer tijd hadden voor het gezin en ze het makkelijker hadden in het begin van hun carrière. Echter, zoals reeds hoger aangehaald zei een andere vrouwelijke huisarts dat ze moeilijker hun werk-privébalans konden onderhouden en ze meer druk ondervonden vanuit het gezin. Oudere huisartsen hadden dat probleem volgens haar niet omdat ze meer afgeschermd werden van het werk thuis. Alle artsen waren het eens dat jonge artsen hun grenzen meer stelden, maar ze verschilden in mening of dit een goede zaak was, of net overdreven. Een huisarts wees op de verhoogde belangstelling voor het privé, en het feit dat de job hun identiteit niet langer bepaalt. Hun eigen generatie vonden ze, zoals de startende artsen reeds aangaven, meer bereikbaar voor hun patiënten. Anderzijds vond de solo-arts zijn generatie retrospectief wel te bereikbaar en gaf hij toe veel nutteloze onderzoeken gedaan te hebben. Dat vond hij beter georganiseerd door de jongere huisartsen.

“Goh, wat zou ik kunnen zeggen. Ik vind het niet slecht waarmee ze bezig zijn, maar het enige nadeel is dat het muurtjes afsnijden me wat stoort. Maar zoals ze bezig zijn komt het ook wel goed.”

“Ik denk dat die druk op de jonge huisarts alleen maar groter wordt. Dat de uitdaging om die balans in evenwicht alleen maar groter wordt t.o.v. 20-30 jaar geleden. Toen was de huisarts denk ik voornamelijk afgeschermd van veel werk thuis te moeten verrichten. Terwijl de jonge huisarts nu wellicht wel in een gezinssituatie terechtkomt van twee werkenden.”

“Als wij naar oma en opa gingen vroeger hadden wij alle mogelijke toestellen mee, nog voor de gsm's bestonden. Zenders, antennes,... In de auto, pagers, met kiestoetsen -8 voor bevallingen, 1 dringende consultaties, 2 normale consultatie- We hebben dat steeds gekocht en waren steeds beschikbaar.”

“Wij overdreven hoor destijds. We durfden zelfs geen boodschappen te doen omdat mensen gezegd zouden hebben: moet die arts niet werken, die loopt hier in de supermarkten rond tijdens de werkuren.”

Ook de patiëntenpopulatie evolueerde de laatste jaren. De meeste artsen gaven aan dat jongere patiënten meegaand zijn in het afgrenzen van de agenda en in het organiseren in groepspraktijken. De oudere patiënten hechten volgens enkelen meer belang aan een vast aanspreekpunt en zijn hier koppig in. Drie artsen merkten wel op dat er een algemene mentaliteitsverandering kwam, die niet per se beperkt bleef tot de jonge generatie.

"De mensen zijn in elk geval soepeler geworden. Vroeger waren onze patiënten 80-90 jaar en zeer rigide. Ze moesten hun vaste huisarts hebben. Mijn generatie beviel met een vaste gynaecoloog. Nu zou het bij wijze van spreken de paus van Rome mogen zijn die de bevalling doet. Een eigen gynaecoloog, dat bestaat niet meer. Het is die persoon die van wacht is. Vroeger werd er ingeleid omdat de vaste gynaecoloog op reis ging, nu bestaat dat niet meer. We hebben dat wat moeten aanbrengen bij de patiënten, en dat is goed gekomen.”

4.2.2.3. Beïnvloedende factoren van de werk-privébalans

Talrijke beïnvloedende factoren werden geïdentificeerd doorheen de interviews. Ze kwamen voort uit een reflectie over wat de eigen werk-privébalans beïnvloedt en uit een algemenere reflectie over de werk-privébalans. Ze werden eerst ingedeeld in statische en dynamische factoren en verder voor zover mogelijk in werk-, privé- of niet-domeinspecifieke factoren. Deze indeling is zeker niet sluitend gezien enkele van de statische factoren over een lange termijn wel onderhevig zijn aan verandering; een factor werd gecategoriseerd als statisch zo hij eerder stabiel en niet-beïnvloedbaar was. Dynamische factoren zijn beïnvloedbaar of niet-beïnvloedbaar en beïnvloeden de werk-privébalans acuter of intenser dan statische factoren.

<u>Statische factoren</u>

Drie persoonskenmerken werden als beïnvloedende factor genoemd: **geslacht, persoonlijkheid en leeftijd.** Er werden geen uitspraken gedaan over eventuele verschillen in de werk-privébalans tussen mannen en vrouwen, er was wel een uitspraak over het effect van de vervrouwelijking op de balans. Workaholicisme, perfectionisme of onvoldoende assertiviteit zou een invloed hebben op de werk-privébalans. Het individuele karakter bepaalt volgens een arts bovendien de affiniteit voor een bepaalde praktijkvorm. De invloed van leeftijd kan worden afgeleid uit de bovenstaande hoofdstukken.

“Ik denk van wel. Ik wil het hele bos zien en niet een boom. Daardoor verdwaal ik soms wel en daardoor krijgt een bepaald probleem meer tijd dan het zou mogen krijgen.”

"Ik merk dat dat bij sommige mensen lukt: het zoeken en creëren van de werkomstandigheden die zij graag hebben en nodig hebben, en ook de werkdruk op de een of andere manier afschermen. Andere mensen lukt dat niet, en dan denk ik dat dat niet altijd ligt aan de werkomstandigheden of aan de werkdruk, maar eerder aan de persoonlijkheid van de arts in kwestie."

"Er zijn huisartsen die zich goed voelen door in groep mee te draaien versus de solo-arts in de gemeente die graag alles oplost en dag en nacht bereikbaar is. Dat zullen wel twee verschillende profielen zijn. En als je die profielen zomaar omdraait, dan ontstaan problemen omdat de huisarts zogezegd niet meer op zijn plaats zit."

Statische, werkgerelateerde factoren met een invloed op de werk-privébalans waren de **praktijklocatie, de keuze voor een bepaalde praktijkvorm** en **bepaalde intrinsieke kenmerken van het huisartsenberoep**.
De keuze voor een *stedelijke of landelijke* praktijkvestiging lijkt van belang. Twee artsen getuigen specifiek over de West-Vlaamse landelijke regio waar meer solo-artsen werken en waar op heden een conservatievere praktijkvoering gebeurt met conservatievere patiënten. Het al dan niet inrichten van een *thuispraktijk* heeft voor- en nadelen: er kan gemakkelijk tussendoor wat tijd aan privétaken worden besteed, maar het is letterlijk moeilijker om de privégrenzen te stellen. Aan de praktijklocatie is steeds een bepaalde *huisartsendichtheid* gekoppeld. Een te hoge dichtheid creëerde vroeger commerciële druk met druk op de werk-privébalans, een te lage dichtheid doet op heden anderzijds de werkdruk toenemen.
Aan het begin van de carrière staan alle huisartsen voor de keuze om zich te vestigen als *solo-arts* of te associëren in een *groepspraktijk of WGC.* Drie van de 4 startende artsen, een arts uit het WGC en een solo-arts zelf merken hierover op dat het als solo-arts moeilijker is om controle te hebben over de werk-privébalans. De keuze voor een WGC heeft volgens een arts een bijkomende invloed door het wegvallen van enige financiële druk, gezien het betalingssysteem er forfaitair werkt. Een andere keuze betreft het starten van een *nieuwe praktijk* of om een *praktijk over te nemen*. Bepaalde intrinsieke kenmerken van het beroep faciliteren of bemoeilijken een goede werk-privébalans: de *autonomie*, *verantwoordelijkheid, de inhoud van consultaties en het nut van het beroep* werden genoemd. De autonomie beschermt de huisarts door het kunnen bepalen van eigen werkuren en -omstandigheden. Een arts merkte op dat het ook mogelijk moet zijn als eigen baas om een carrièreswitch door te voeren. De verantwoordelijkheid brengt een mentale belasting met zich mee om steeds voldoende alert te zijn om ernstige gevallen uit te filteren. De impact van een medische fout op de werk-privébalans is groot volgens één van de artsen. Inhoudelijk variëren consultaties van banale verkoudheden tot mentaal vermoeiende psychosociale contacten, chronische invaliderende klachten en complexe klachtenpatronen.

"Als solo-arts zonder secretariaat werk je volgens mij veel langer dan iemand dan in een wijkgezondheidscentrum of een groepspraktijk met praktijkassistente, secretaresse, eventueel diëtisten of een psycholoog."

"Wij zijn een nieuwe praktijk gestart met nieuwe patiënten en kunnen dus nieuwe regels opleggen aan patiënten. Dat kan je niet als je aansluit bij een andere praktijk of een oudere praktijk hebt. Daarin hebben we de luxe om een nieuw systeem uit te kunnen bouwen en uit te leggen aan patiënten dat dat de manier is waarop we werken. En ze passen zich daar goed naar aan."

"Ik heb soms het gevoel dat ziekenhuisartsen later beginnen en vroeger gedaan hebben, maar als huisarts kies je wel meer je eigen uren. Dan kan je bijvoorbeeld tussendoor even om boodschappen. Of wissel je uren om een concert bij te wonen."

Uit het privéleven waren het **beroep van de partner, de aanwezigheid van kinderen en hun levensfase, en de relatiestatus** van belang. Uit de uitspraken van de deelnemende huisartsen bleek

dat het beroep van de partner de werk-privébalans op meerdere manieren belangrijk beïnvloedde. Financieel schiep het meer of minder financiële prestatiedruk. Het actief zijn in een andere sector dan de (eerstelijns)gezondheidszorg had als voordeel dat het werk makkelijker losgelaten kon worden bij het thuiskomen maar als nadeel dat er mogelijk minder begrip was voor de werksituatie van de huisarts. De aard van het beroep beïnvloedde de tijd van de partner voor het huishouden en voor het gezin, alsook de flexibiliteit om bijvoorbeeld een ziek kind op te vangen. Kinderen werden door alle bevraagden als tijdsintensief en zeker in de eerste jaren als vermoeiend gezien. Het krijgen van kinderen blijkt door velen gezien te worden als een belangrijke mijlpaal voor het aanpassen van de werk-privébalans. Ze zijn naast vermoeiend ook wel een belangrijke bron van energie en levensvreugde.

> *"Op zich heeft ze niet altijd 100% een idee van wat de job inhoudt. Ik vermoed dat als je samen bent met iemand die geneeskunde heeft gestudeerd, dat je dat begrip wat meer voelt; maar ik denk dat het soms aangenamer is om te weten dat je partner iets helemaal anders doet, dat je wat meer een afzonderlijke leefwereld hebt en dat je bij het thuiskomen niet continu over het werk moet praten."*

> *"Soms begin je wel te denken hoe je het allemaal zult aanpakken eenmaal er kinderen zijn. Alles wordt dan op een hoop gesmeten en dan moet je opnieuw je weg vinden. Maar anderen kunnen dat, dus ik geloof ik ook."*

<u>Dynamische factoren</u>

Twee niet-domeinspecifieke dynamische factoren werden genoemd: **seizoenen en financiën.** Meerdere artsen noemden het griep- en pollenseizoen als tijdelijk drukkere periodes met invloed op de werk-privébalans. 6 van de 8 geïnterviewde huisartsen kwamen tot dezelfde conclusie m.b.t. het financiële aspect, namelijk dat het geen of weinig invloed heeft en geen stimulans is om de werk-privébalans aan te passen omdat het huidige loon voldoende is om in de levensstandaard te voorzien. Ze beseften wel dat dit anders zou zijn als het loon onvoldoende hoog was.

> *"Ik zou dat helemaal niet erg vinden om op jaarbasis 20.000€ minder te verdienen maar meer marge te hebben daardoor."*

Meerdere dynamische werkgerelateerde factoren werden geïdentificeerd, die ingedeeld konden worden in **externe factoren** en **omkadering**. **Externe factoren** waren *werkdruk***,** het al dan niet hebben van *(professionele) nevenactiviteiten*, *druk en waardering van patiënten*. De **omkaderende** factoren die genoemd werden, waren *de relatie met collega's***,** het hebben van *goede praktijkafspraken* en *een gelijkaardige praktijkvisie, flexibiliteit in de werkagenda* en *de mogelijkheid tot vervanging*. Daarnaast zijn **ondersteunende maatregelen** van belang, maar deze worden toegelicht in het volgende hoofdstuk. Andere noemenswaardige beïnvloedende factoren waren het organiseren van *vrije raadpleging* en het optreden van **onverwachte professionele gebeurtenissen** (ziekte of vakantieperiode collega, pensioen van collega uit regio…)**.**
De uitspraken m.b.t. de werkdruk gingen voornamelijk over de kwaliteit van zorg t.g.v. een hoge werkdruk en de gevolgen voor de mentale gezondheid met het risico op burn-out. Specifiek in het kader van de werk-privébalans werd de werkdruk vaak uitgedrukt als marge of reserve, wat neerkomt op het verschil van de voor zichzelf opgelegde grens minus de werkdruk. Meerdere huisartsen gaven aan dat de werkdruk minder belangrijk was dan de mogelijkheid om zich op te laden privé. Het aantal gewerkte uren lijkt dus van meer belang dan de werkdruk tijdens de gewerkte uren. Extra bronnen van werkdruk waren de administratieve last en digitalisering. Patiënten beïnvloeden op een al dan niet directe manier de werk-privébalans. Een goede verstandhouding met collega's faciliteert de werk-privébalans door het kunnen ventileren, met minder interferentie van het werk- op privéleven tot gevolg of omgekeerd. Het maakt ook bepaalde maatregelen mogelijk

zoals vervangingen bij ziekte of het makkelijker wisselen van werkuren om privé engagementen na te kunnen komen. Deze maatregelen lijken specifieke voordelen van groepspraktijken.

> *"Ik denk dat een drukke dag overdag niet uitmaakt, zolang je u 's avonds kunt opladen of af en toe een paar uren extra hebt 's avonds om nog iets te gaan doen. Ik heb liever een drukke dag, waarop ik het gevoel heb dat ik echt heb gewerkt en dat ik dan vroeger naar huis kan, dan een dag van 8 tot 19u waarop je maar de helft van de dag effectief hebt gewerkt en toch laat thuis bent. Dus de drukte van het werk vind ik niet zo erg, maar je moet je vrije momenten hebben nadien."*

> *"Ik denk ook dat in ons beroep een belangrijke rol is weggelegd voor het continu appel op de huisarts. En daar kan ik het soms moeilijk mee hebben. Soms kan dat heel aanklampend aanvoelen, ons beroep. Iemand belt met een probleem en jij moet het oplossen. En dan belt nog iemand."*

> *"Samenwerken met collega's in een groepspraktijk vind ik voor mezelf misschien wel de belangrijkste. Omdat je weet dat je er niet alleen voor staat, al is het maar in de koffieruimte waar we mekaar dagelijks ziet en kunnen bijpraten of klagen of advies vragen. We hebben allemaal al eens ingesprongen voor mekaar of een wacht overgenomen."*

> *"Dat is misschien een voordeel van een groepspraktijk en een WGC. De week dat ik de kinderen heb, werk ik minder en ga ik bijvoorbeeld maar 1 avond doen. Dan ga ik op maandag ook vroeger naar huis. En de week zonder kinderen werk ik meer en doe ik meer overuren, ben ik flexibeler. Ik ben de praktijk en collega's hier zeer dankbaar voor dat dat mogelijk is."*

Ten slotte werden ook privégerelateerde dynamische factoren genoemd: **gezinsconflicten, (on)duidelijkheid over de gezinsrol, steun van de partner en de omgeving, gezondheid** en **hobby's**. Steun was daarbij nodig om op te kunnen laden en voor het opvangen van huishoudelijke of gezinstaken. Zowel de eigen gezondheid als die van het gezin of van de naaste omgeving waren van invloed.

> *"Laat ons zeggen dat het ene vooral fysiek uitputtend is. Dat kan je verdragen, daar recupereer je van. Ik denk dat moest je gezinssituatie bovenop je job ook nog eens psychisch uitputtend zijn, dan wordt het gevaarlijk"*

> *"Als er kinderen zijn zoals bij mijn collega, maken zij afspraken voor vaste kookdagen en werkt hij later op andere dagen. Zeker indien er kinderen komen zal dat belangrijker worden. Vaste dagen inkopen doen, zaken beter organiseren, een vaste weekmenu bijvoorbeeld. Dan boet je in aan spontaniteit, maar je maakt je het leven wel makkelijker."*

4.2.2.4. Maatregelen m.b.t. de werk-privébalans

Een groot aantal maatregelen ten voordele van de werk-privébalans kwamen aan bod tijdens de interviews, gericht op het werk- of privéleven of met een directe invloed op beide domeinen.

<u>Werkgerelateerd</u>

Enkele **algemene individuele adviezen** werden verstrekt. Zoals eerder aangehaald was het belangrijk om *actief en preventief* werk te maken van een goede werk-privébalans en om problemen met het werk- en/of privéleven in de mate van het mogelijke *bewust gescheiden* te houden. Een van de belangrijkste en meest herhaalde adviezen was het (tijdig) *stellen van grenzen*. Dat gaat over het tijdig blokkeren van de agenda, het invoeren van een patiëntenstop, het stoppen met weekendwerk… Ook het inplannen van een *vrije middag* kan hierin gekaderd worden. Het stellen van grenzen had volgens de meeste huisartsen wel enkele nadelen.

"We hebben dat zelf in handen genomen. Dat komt nooit vanzelf, never. Dat moet je zelf in handen nemen. "

"Ik denk dat het voor werkende mensen ook vervelend is. Enerzijds moet je kunnen afbakenen, anderzijds is het vaak ook niet makkelijk voor werkende mensen om zich tijdens de werkuren vrij te maken voor een eenvoudige bloedafname."

"Ik voel me altijd schuldig als mensen me zeggen dat ze twee weken op voorhand moeten weten of ze ziek gaan zijn. Dat is niet leuk. Nog steeds heb ik daar een slecht gevoel bij als ze dat zeggen. Maar dat is iets waarmee ik moet leren omgaan.

"Ik denk dat het heel erg belangrijk is om vanaf het begin van je carrière een goede work-life balance in te bouwen. Je kan heel makkelijk zeggen dat je extra gaat werken maar niet dat je plots minder bereikbaar zal zijn. Dus als je vrije tijd wilt hebben, moet je dat vanaf het begin duidelijk maken."

Andere maatregelen hadden te maken met de **herorganisatie van de agenda**. Voorbeelden die werden gegeven hadden het over het *inkorten van de tijd per consultatie* of een *langere middagpauze* nemen om met het gezin te kunnen eten. Een arts uit een grote praktijk *analyseerde de praktijkdrukte* en stemde daar het werkschema van het volgende jaar op af. Een aantal artsen *beperkten het aantal huisbezoeken* om zo meer tijd voor consultaties vrij te maken. Een ander voorbeeld van zo'n herorganisatie is het *vermijden van onnodige zorg*. Een laatste maatregel die werd voorgesteld door 2 artsen, was het inbouwen van *rust- of buffermomenten* voor bijvoorbeeld administratie. Door deze op het einde van een werkdag te plannen kan het tijdig afsluiten van een werkdag bovendien worden gegarandeerd.

"Ik denk dat artsen te veel werken omdat ze allemaal domme dingen doen. Veel chronische dingen op een heel inefficiënte en prestatie gedreven manier. Ik zie nog steeds heel erg veel huisbezoeken en bloeddrukmetingen. Dat moet eruit, de richtlijnen bestaan met een reden en zouden beter toegepast moeten worden."

"Maar ik denk inderdaad dat de rustmomenten die je hebt, zoals wij bijvoorbeeld tijd incalculeren om administratie te doen tijdens de werkdag, ervoor zorgt dat je dat niet moet doen na je uren of in het weekend. Je bent dan ook aan het werk, maar op een ander tempo. Je kan dan even doordoen en dat is echt een adempuntje in de week."

Op het niveau van het **praktijkmanagement** werden ook belangrijke maatregelen voorgesteld. Een eerste maatregel is het invoeren van een *afspraaksysteem* waardoor het makkelijker wordt om grenzen te stellen. Het consulteren op afspraak heeft ook nadelen volgens de bevraagde artsen: de wachttijd kan aanzienlijk oplopen, ondanks het instellen van buffers of het vrijhouden van slotjes voor acute pathologie. Vooral voor de chronische pathologie kan die oplopen. Het voordeel voor de patiënt van het exact kennen van het consultatietijdstip kan een nadeel worden voor arts en patiënt als die achterstand oploopt op de agenda en zich hierdoor gejaagd voelt. Van groot belang is *praktijkondersteuning* met de mogelijkheid tot *taakdelegatie*. In de interviews werd over ondersteuning d.m.v. een secretariaat of een praktijkverpleegkundige gesproken. Een secretariaat heeft naast een rol in afsprakenbeheer ook een onmiskenbare waarde als grenswachter van de telefoon. Het invoeren van een telefoonreceptie vermijdt een overdreven storen van de arts tijdens diens consultaties en als tussenpersoon kunnen minder aangename boodschappen ook doorgegeven worden terwijl de arts buiten schot blijft. Praktijkverpleegkundigen waren aanwezig in drie praktijken en hadden in twee praktijken een eigen agenda waarin minimaal technische handelingen werden verricht of patiënteneducatie werd gegeven. Dat verlichtte de werkdruk van de artsen die een verpleegkundige in dienst hadden. Bovendien verhoogde volgens hen de kwaliteit van zorg door een tweede opinie te hebben. Er werden geen nadelen verbonden aan het hebben van een praktijkassistente, maar er werd wel gewaarschuwd voor een mogelijk verlies aan expertise door te

veel patiëntenzorg te delegeren. Een laatste maatregel binnen het praktijkmanagement is het scheppen van de mogelijkheid om te *ventileren* en om zijn/haar bezorgdheden kenbaar te maken.

> *"De gemiddelde wachttijd bij de agenda zoals die nu is opengesteld, is 2,5 weken. Dat is niet leuk, als huisarts heb je dan het gevoel dat je achter de feiten aanholt en dat je op den duur geen huisartsgeneeskunde meer doet."*
>
> *"Onze secretaresse was vrijdag ziek, dan heb ik 's ochtends een uur geen patiënten kunnen zien omdat ik telefoondienst had. Zo merk je wat een luxe een secretariaat biedt. Ook omdat zij soms zaken afblokken: ze geven boodschappen door die wij hen geven, en die niet steeds de leukste boodschappen zijn om te krijgen."*
>
> *"Zij bewaken de grenzen die ik voor mezelf moeilijk kan bewaken. Dat is een taak die ik heb uitbesteed. En daarvoor worden ze betaald ook al hebben ze het er soms lastig mee of worden ze aan de telefoon soms niet altijd vriendelijk bejegend door patiënten. Maar het is hun job uiteindelijk."*
>
> *"Wat hier enorm belangrijk is, is dat wij veel zorgen voor mekaar. Dus die bedrijfscultuur van weten dat je iets kan vragen als er iets is. Dat er ruimte is om thuis te blijven. Dat geeft rust die preventief werkt op overdrive."*

Regionale maatregelen werden het vaakst voorgesteld tijdens de interviews. Onder dit niveau vallen het *organiseren in groepspraktijken* en het *organiseren van wachtdiensten*. Groepsprakijken faciliteren het invoeren van enkele maatregelen (financieren van praktijkondersteuning, het nemen van een vrije middag of vroeger stoppen 's avonds, kunnen ventileren bij collega's) of scheppen bepaalde gunstige condities die eerder in de beïnvloedende factoren werden vermeld (flexibiliteit en mogelijkheid tot vervanging bij ziekte). Het belang van goede praktijkafspraken en een gedeelde praktijkvisie werd door meerdere artsen onderstreept. Meerdere artsen waren het eens dat voor een goede werk-privébalans, een groepspraktijk de enige geschikte praktijkvorm is. Het grootste nadeel van groepspraktijken volgens de bevraagden was het wegvallen van een vaste arts met het risico op verlies van dossierkennis en het maken van communicatiefouten met gevolgen voor de kwaliteit van zorg. Daarnaast wordt de autonomie ingeperkt in een groepspraktijk. Alle bevraagden erkenden het grote belang van de wachtdiensten in het faciliteren van een goede werk-privébalans, zeker de artsen die de tijden zonder wachtdiensten doormaakten. Er werd wel gewaarschuwd voor het stijgende aantal niet-dringende wachtconsultaties en de soms onveilige situaties waaraan wachtdoende artsen worden blootgesteld.

> *"Nu we met twee werken heeft zij echte vrije momenten waarop ze helemaal niets meer moet doen, niet meer bereikbaar moet zijn en geen verantwoordelijkheden heeft. En dat maakt dat heel veel van haar stress wegvalt. Haar vriend beaamt dat ook, dat ze de maanden voor ik er was een heel ander persoon was dan nu ik er ben."*
>
> *"Ik denk dat dat gevolgen kàn hebben voor de zorgkwaliteit, omdat je natuurlijk niet meer alles in het beheer van één persoon hebt. In die zin gebeurt het bij ons soms ook dat je op maandag een labo prikte maar dinsdag niet telefonisch te bereiken bent, waardoor je niet weet of het labo wel werd gecommuniceerd. Dus het vraagt denk ik wel een inspanning om te zorgen dat er naar patiënten een continue zorg is. Wij proberen op een zeer uniforme en correcte manier onze dossiers in te vullen, dat is een belangrijke start. Ik denk dat patiënten dat ook snel doorhebben, of je die continuïteit kan bieden of niet. Maar ik denk dat het geen nadeel hoeft te zijn. Want uiteindelijk vergeet je ook dingen als je alles in eigen beheer moet doen. Het feit dat we met veel zijn, maakt dat er nog controlemechanismen zijn. Soms merkt een collega dan iets op dat je zelf niet had gezien."*

"De georganiseerde wachtdienst bestaat nog niet lang. Mijn collega was nog 2-3 keer van wacht voor de eigen praktijk. Ik denk dat dat alleszins een grote belasting is die wegvalt, dat je avonden en nachten van jou zijn. En ook de meeste weekends. Dat lijkt me een hele grote en gunstige evolutie."

Ten slotte werd door één startende arts gewezen op het belang van het **aantrekkelijker maken van het huisartsenberoep** om een buitenproportionele werkdruk door een dreigend tekort aan huisartsen op te vangen.

"Het is haalbaar als er meer huisartsen bijkomen. Ik denk dat we momenteel met twee jonge artsen moeten starten om één drukbezette solo-praktijk van een oudere huisarts over te kunnen nemen. Ik denk dat we in de toekomst met een probleem kunnen zitten hierdoor."

<u>Privégerelateerd</u>

In mindere mate werden ook maatregelen voor het privéleven voorgesteld om de werk-privébalans te verbeteren. Algemeen werd geadviseerd om duidelijke *afspraken* te maken met de partner om zo rolconflicten te vermijden. Ook privé kan *ondersteuning* worden geboden, bijvoorbeeld door huishoudhulp in te schakelen en kinderen op te vangen in de crèche of schoolopvang.
Individueel werd meermaals het belang benadrukt van het zoeken naar goede *copingmechanismen* om zich te kunnen opladen privé. Dat opladen kan op verschillende manieren: door zelfzorg, hobby's, sport, culturele en sociale activiteiten, reizen…

"De zee is een luxe, gewoon weg. Ik kan niet elke week gaan shoppen he, dus trek ik er gewoon op uit. Weg. "

"Als ik ga duurlopen met vriendinnen zijn we weg voor ons therapeutisch uurtje. Dan babbelen we een uurtje terwijl we fysiek bezig zijn, met mensen die ik graag heb. Voor mij het perfecte tegengif voor uitputting en stressload."

4.2.2.5. Gevolgen van de verhoogde belangstelling voor de werk-privébalans

De verhoogde belangstelling voor de werk-privébalans had volgens de bevraagden consequenties voor twee domeinen: de patiëntenzorg en de organisatie van de eerstelijnszorg.
Volgens twee startende en twee ervaren artsen zou de band met de patiënt afzwakken en zou er minder kennis zijn van de patiënten. Dit wordt toegeschreven aan het afgrenzen van de bereikbaarheid enerzijds, en anderzijds aan het vestigen in groepspraktijken. Voor werkende patiënten zal het zoals hogervermeld moeilijker worden om uitstelbare, niet-acute zorg te krijgen buiten de werkuren. Een belangrijke vaststelling is dat t.g.v. de toename van het aantal groepspraktijken en het inschakelen van de wachtdienst na de reguliere werkuren, patiënten minder beroep zullen kunnen doen op een vast aanspreekpunt en meerdere artsen in vertrouwen zullen moeten nemen. Dat kan mogelijk gevolgen hebben voor de kwaliteit van zorg doordat de voorgeschiedenis en de context van de patiënt minder gekend zullen zijn dan door een vaste huisarts, of door medische fouten t.g.v. communicatiefouten tussen de verschillende zorgverleners (zie uitspraak hoger). De meeste bevraagden merken wel op dat dit verholpen kan worden door het zorgvuldig bijhouden van het medisch dossier. Vijf van de acht bevraagden denken dat er geen gevolgen zullen zijn voor de zorgkwaliteit. De acute zorg wordt immers gegarandeerd en zorgverlening zal gebeuren op een andere manier, met meer oog voor context en de mentale gezondheid. Twee artsen denken zelfs dat de kwaliteit van zorg mogelijk zal verbeteren door het controlemechanisme van een collega die het dossier van de patiënt nagaat, of zelfs door de verbeterde zorg voor de werk-privébalans. De houding van de patiënten t.o.v. de veranderingen is wisselend volgens de bevraagden, maar overwegend begripvol.

"Als ik kijk naar mijn oudere collega -die nu ook aan het afbouwen is, die kan niets verkeerd doen voor de patiënten. Die is koning, omdat die vroeger waarschijnlijk steeds beschikbaar was."

"Ik denk dat er nadelen zijn, maar ook voordelen. De voordelen zijn dat er ook eens een frisse blik meekijkt en het beleid eens evalueert en nieuwe insteken kan bieden. Anderzijds denk ik dat iemand die niet het hele bos van de patiënt kent, op belangrijke cruciale momenten niet direct de juiste reflex zal hebben. En dat gaat iemand die het hele bos kent, meestal wel hebben. Dus voor- en nadelen. De patiënt, die gaat zich moeten aanpassen in die zin en ook zelf moeten nadenken over zijn gezondheid en meer verantwoordelijkheid nemen. Wij moeten hen daarbij helpen om hun eigen verantwoordelijkheid op te nemen."

Voor wat betreft de veranderingen in de eerstelijnszorg, waren de bevraagden het eens dat het profiel en de praktijkvorm van de solo-arts zeldzaam wordt. Door het wegvallen van deze hardwerkende solo-artsen en door de nieuwe visie op de werk-privébalans, lijkt een mogelijk tekort aan huisartsen of zorgcapaciteit te ontstaan en zeker in de rurale gebieden. Dit werd door drie van de acht artsen vermoed.

"Er zullen veel huisartsen moeten bijkomen om al het werk op te vangen, en ik vrees ervoor dat dat niet zal gebeuren dus we zullen ons toch een beetje moeten aanpassen. Maar we kunnen het toch maar proberen hé."

5. Discussie

In deze masterproef werd onderzoek gedaan naar de werk-privébalans van de huidige huisartsenpopulatie. Om deze in kaart te brengen, werd een verkennende vragenlijst ingevuld waaraan context en perspectief werd toegevoegd d.m.v. diepte-interviews. In totaal namen acht huisartsen mee. Ondanks de beperkte steekproef werd een grote diversiteit in huisartsprofielen teruggevonden: van de groep startende en ervaren artsen werd zowel een landelijke als stedelijke, mannelijke of vrouwelijke arts bevraagd die in een groepspraktijk praktiseerde. Er nam wel slechts één solo-arts deel en één arts die werkte in een WGC. Deze artsen leken desondanks representatief voor het profiel van de solo-arts, respectievelijk WGC-arts dat uit de literatuurstudie werd geschetst. (1–3,5)

Zonder uitzondering bleek de werk-privébalans voor alle deelnemende kandidaten van groot belang. Dit kwam voort uit de vragenlijst en werd meermaals bevestigd door de deelnemers tijdens de gesprekken. Gegevens uit de literatuurstudie ondersteunen deze vaststelling. (4,5,9–12) Uit de interviews bleek wel dat het **begrip 'werk-privébalans'** op verschillende manieren werd geïnterpreteerd en vaak werd gelijkgeschakeld met werkdruk, werktevredenheid of met tijd en tevredenheid met het privéleven.
Alle deelnemende artsen hadden een toegenomen belangstelling voor het privéleven. Een goede werk-privébalans lijkt in deze interviews dan ook voornamelijk overeen te komen met voldoende tijd voor een privéleven waarover men tevreden is. Een slechte werk-privébalans, of een balans onder druk, lijkt in het grootste deel van de uitspraken betrekking te hebben tot een te hoge werkdruk of tot interferentie van het werkleven op het privéleven. De eigenlijke definitie van de werk-privébalans gaat echter uit van een positieve en negatieve interferentie in beide richtingen, dus ook in positieve zin van het werk op het privéleven of in negatieve zin van het privé op het werkleven. (24,25) Het lijkt erop dat het werkleven, ondanks de algemene tevredenheid ermee, wel vermoeiend blijft en dat vooral naar het privéleven wordt gekeken om te kunnen recupereren. Dat blijkt ook uit de voorgestelde maatregelen: deze hebben voornamelijk betrekking tot de werksituatie en zijn bedoeld om deze minder belastend te maken. Privé lijken de meeste van de geïnterviewde huisartsen weinig problemen te ondervinden en waren de maatregelen voornamelijk bedoeld om de omstandigheden nog verder te verbeteren.

De huisartsen in dit onderzoek waren allen **tevreden met hun werk- en privéleven**, en dus logischerwijs ook met hun werk-privébalans. De solo-arts was wel enorm ontevreden met de administratieve druk en de digitalisering, wat verklaart waarom hij op de vragenlijst een ontevredenheid met de werk-privébalans aangaf. In het interview was hij echter gematigder en gaf ook hij aan tevreden te zijn dankzij het invoeren van de wachtpost. Hoewel allen tevreden, gaven enkele artsen wel aan weinig marge te hebben of ruimte te voelen voor verbetering van de werk-privébalans. Vooral het hebben van jonge (klein)kinderen deed de druk op de werk-privébalans toenemen. Ook de werktevredenheid was dus hoog in deze studie. Ontevredenheid was bovendien meestal slechts tijdelijk of t.g.v. werkomstandigheden van vroeger die nu aanzienlijk verbeterd waren. Het is moeilijk om deze bevindingen te toetsen aan gegevens uit de literatuur. Eén studie vond een hoge algemene tevredenheid, maar een lagere tevredenheid met het privéleven. Deze studie werd echter uitgevoerd bij een groep artsen met een leeftijd tussen 30 en 39 jaar. Slechts 2 artsen uit deze studie vielen binnen die leeftijdsgroep. Wel waren dat de twee artsen die het meeste moeilijkheden ondervonden met hun werk-privébalans. (5) Dit zou verklaard kunnen worden door het typisch hebben van jonge kinderen op die leeftijd. Twee masterproeven die de tevredenheid met de werk-privébalans nagingen bij jonge huisartsen, ontdekten ook een verhoogde belangstelling voor de werk-privébalans en een hoge tevredenheid hiermee. Ook in hun studie leken jonge artsen iets minder tijd te hebben voor zelfzorg. Een verschil in hun studie, was dat de helft van de vrouwelijke jonge huisartsen te weinig tijd leken te hebben voor de partner en het gezin. (9,10) Het is moeilijk de bevindingen van deze masterproef m.b.t. de werktevredenheid te vergelijken met die van andere studies, gezien die zich meestal richtten tot artsen die bevlogen waren, dan wel dreigden het beroep te verlaten, of rapporteerden buiten de Belgische gezondheidscontext.(11,13,16,18,20,30,31)

Meer nog dan een algemeen **verhoogde belangstelling voor het privéleven**, gaven alle startende artsen aan dat het primeerde op het werkleven. Ook de arts uit het WGC had deze mening. De twee oudste artsen waren in hun uitspraken gematigder met een evenwaardig belang van werk en privé. Vooral kinderen en familie waren belangrijk, wat in eerdere studies ook werd vermeld, al was dat meestal in de context van vrouwelijke huisartsen. (10,12) Het hebben van kinderen lijkt uit de interviews en vragenlijst ten koste te gaan van de hobby's, sociale contacten en tijd voor zichzelf. De startende artsen lijken dit te beseffen maar relativeren dit als een tijdelijke situatie. Ervaren artsen wezen echter meermaals op het belang van hobby's, een sociaal vangnet en tijd voor zelfzorg. Ook deze verminderde tijd voor zelfzorg bij startende artsen kwam in eerdere studies als vaststelling naar boven. (5,9,10)
Verschillende verklaringen werden gegeven aan de verhoogde belangstelling voor het privéleven. Twee jonge bevraagden beschouwden een sterke carrière als een minder belangrijk levensdoel dan vroeger. Voor hen maakte het huisartsenberoep minder deel uit van hun totale identiteit. De ervaren huisartsen benoemden dit meermaals als een belangrijk verschil tussen de jonge en oudere generatie. Daarnaast blijkt uit enkele getuigenissen dat de keuze om meer tijd te maken voor het privéleven deels voortkomt uit noodzaak t.g.v. recente maatschappelijke evoluties. In deze context werd door alle huisartsen gewezen op de vervrouwelijking van de arbeidsmarkt en als gevolg hiervan het toenemend aantal tweeverdieners. De startende huisartsen zagen het als hun taak en verantwoordelijkheid om bij te dragen in het huishouden en in het gezinsleven. De tijd die vrijkomt voor het privéleven, gaat volgens enkelen dan ook niet naar zelfzorg of ontspanning, maar naar het gezin en het huishouden. Volgens twee vrouwelijke ervaren huisartsen is het organiseren van de werk-privébalans dan ook moeilijker vandaag dan dat het vroeger was. Dat wordt bevestigd in het verhaal van de enige startende huisarts die reeds kinderen had. Hoewel zij tevreden was, ondervond zij samen met de ervaren huisarts met de jongste kinderen de meeste moeilijkheden in het organiseren van een goede werk-privébalans. Een derde verklaring voor de vernieuwde visie op de werk-privébalans is mogelijk de evolutie van een eerstelijnszorg met een teveel aan huisartsen naar een (potentieel) tekort aan huisartsen. Waar dit overschot vroeger commerciële druk creëerde zodat

men wel voor zichzelf ongunstige werkomstandigheden moest aanvaarden, kan men nu eenvoudiger eisen stellen m.b.t. de werk-privébalans.

Ook in de **visie op het werkleven** waren de artsen eensgezind dat het niet meer nodig is om eindeloos door te werken en continu bereikbaar te zijn. Dat vond zelfs de solo-arts, de oudste arts met veruit de langste werkuren. Hij vond dat hij vroeger onnodig lang heeft gewerkt om onnodige onderzoeken uit te voeren. Verder was er unanimiteit dat ieder de vrijheid moet hebben om de eigen grens van bereikbaarheid te bepalen. De garantie op continuïteit van zorg gold als maatstaf voor het vastleggen van deze grens. Hier verschilde de visie op de werk-privébalans tussen de deelnemende huisartsen het meest. Alle huisartsen waren akkoord dat de wachtdienst voor continuïteit van zorg kon zorgen na de reguliere werkuren. Echter, ook het verlenen van onverwachte acute zorg werd tot het bieden van continuïteit van zorg gerekend. Hoewel akkoord dat een zekere flexibiliteit in de werkagenda nodig is voor deze ongeplande zorg, verschilden de huisartsen in mening over het stellen van grenzen ook hierin. Ondanks individuele verschillen, leek een trend zich af te tekenen dat jongere huisartsen ongeacht het geslacht, zich strikter hielden aan deze grens dan hun oudere collega's. Dit was een belangrijke bron van wrevel voor de solo-arts. Een jongere arts suggereerde dat er meer maatschappelijke aanvaarding van de vernieuwde werk-privébalans zou zijn als de grenzen minder verschilden tussen de artsen onderling. Dit moet verder onderzocht worden, maar zou kunnen betekenen dat patiënten een vernieuwde organisatie van de eerstelijnszorg in de toekomst beter zouden aanvaarden, naarmate de traditionelere solo-artsen meer met pensioen gaan. Tot slot had geen van de huisartsen een probleem met een tijdelijk gespannen werk-privébalans, kaderend in een hogere werk- of privédruk, zolang deze situatie zichzelf spontaan zou oplossen en/of ze voldoende tijd zouden hebben om zich op te laden. Dit betekent misschien dat een optimale praktijkorganisatie met een drukker werkschema voor deze artsen aanvaardbaar zou zijn, zo dat betekent dat ze wel voldoende privétijd overhouden om zich op te laden. Ook dit moet verder worden onderzocht.

In deze studie werden een groot aantal **beïnvloedende factoren** geïdentificeerd. Een bijzondere moeilijkheid was het overzichtelijk indelen van deze factoren. In de literatuur over de werk-privébalans werd gekozen voor een indeling in beïnvloedbare en niet-beïnvloedbare factoren en verder in werkgerelateerde, privégerelateerde of niet-domeinspecifieke factoren.(24) Het onderscheid tussen beïnvloedbaar en niet-beïnvloedbaar was echter niet eenvoudig te maken. Meerdere artsen spraken over de werk-privébalans als een dynamisch gegeven, dat zich continu aanpast in de tijd. Een van die artsen vond bovendien dat maatregelen ter verbetering van de werk-privébalans voornamelijk moesten inspelen op deze soms snel wijzigende situatie. Vandaar werd de keuze gemaakt om in te delen in statische en dynamische factoren. Onderzoek kan dan gebeuren naar maatregelen die dynamisch en beïnvloedbaar zijn. Statische factoren waren zelden beïnvloedbaar, tenzij soms met erg ingrijpende maatregelen (bv. door het veranderen van praktijkvorm, een partner die verandert van beroep).
Uit de interviews blijkt duidelijk dat de werk-privébalans wordt beïnvloed door enorm veel factoren. Enkele factoren lijken o.b.v. citaten een directe invloed te hebben, waar andere factoren hun invloed soms erg indirect uitoefenen. Toekomstige correlatiestudies moeten deze invloeden verder bestuderen en bevestigen. Een andere vaststelling blijkt de overlap tussen de beïnvloedende factoren van de werk-privébalans, de werkvreugde en van burn-out.(13,14,18,24) Dit is enerzijds logisch, gezien de sterke invloed die elk op mekaar uitoefent. Anderzijds is dit mogelijk het gevolg van een verschillende definitie die elke deelnemer gaf aan de term werk-privébalans. Zoals eerder vermeld leek men deze term voornamelijk in positieve zin te gebruiken als men het had over het privéleven, en in negatieve zin als men het had over werkomstandigheden. Dat zou tot gevolg kunnen hebben dat bepaalde beïnvloedende factoren eerder werden vermeld in kader van bijvoorbeeld werkontevredenheid eerder dan dat men het over de werk-privébalans had. Getoetst aan de literatuur over de werk-privébalans werden enkele factoren reeds eerder geïdentificeerd

(Lange werkuren, sociale steun van collega's, flexibiliteit in werkuren, duidelijke afspraken op werk en thuis om rolconflict te vermijden, het effect van smartphones en de verhoogde bereikbaarheid…) Er waren ook enkele opvallende verschillen tussen de conclusies uit de literatuur en de vaststellingen uit deze studie, die mogelijk te wijten zijn aan de beroepseigen context. Zo hebben werkgerelateerde factoren volgens een multidisciplinaire richtlijn een groter belang dan privégerelateerde factoren.(24) In dit onderzoek blijkt echter een enorme invloed van het privéleven. De richtlijn vond slechts een zwakke associatie met steun uit de omgeving, waar dit door meer dan de helft van de huisartsen in interviews werd aangehaald als een belangrijke beschermende factor. Werkdruk staat centraal in de multidisciplinaire richtlijn. Echter, in dit onderzoek werd vermeld dat een hogere werkdruk minder belangrijk is dan het voldoende kunnen opladen na de werkuren. Langere werkuren lijken dus van meer belang dan de werkdruk. Andere privégerelateerde factoren met een grote invloed zijn het beroep van de eventuele partner en de aanwezigheid en de levensfase van de kinderen. Deze zijn in principe niet-beïnvloedbaar. Een laatste belangrijke bevinding die wel gesteund wordt door de andere studies, is de beperkte invloed van het geslacht. De vervrouwelijking van het huisartsenberoep heeft mogelijk een verbeterde werk-privébalans gefaciliteerd, maar vrouwen en mannen lijken in gelijke mate een werk-privébalans belangrijk te vinden.(18)

De **bevorderende maatregelen voor de werk-privébalans** die in deze studie werden teruggevonden, zijn voor een groot deel overeenkomstig aan maatregelen die in de literatuur werden voorgesteld en soms werden onderzocht. Die maatregelen, zoals het stimuleren van groepspraktijken, taakdelegatie of het invoeren van wachtposten, werden wel vermeld in de context van het aantrekkelijker maken van het huisartsenberoep, als antwoord op de maatschappelijke uitdagingen voor de eerstelijnszorg of als preventieve maatregel van burn-out.(4,11,14) Studies die specifiek maatregelen ter bevordering van de werk-privébalans onderzochten, werden niet teruggevonden.
Een belangrijke vaststelling is dat huisartsen voor een groot deel zichzelf verantwoordelijk stellen voor het toepassen van deze maatregelen, zowel privé als op het werk. Dit gaat van het herorganiseren van de werkagenda tot het praktijkmanagement dat men dan samen met de collega's aanpakt. Er moet verder onderzocht worden of dit kan zonder voldoende ondersteunende maatregelen van hogerhand. Slechts één arts pleitte expliciet voor meer beleidsmatige ondersteuning, en dit in de context van een eventueel toekomstig tekort aan huisartsen dat de werk-privébalans kan bedreigen. In het verleden bestonden ondersteunende maatregelen o.a. uit financiële stimuli zoals de Impulsfondsen voor praktijkondersteuning en voor het aantrekken van artsen in huisartsarme regio's. Hoewel erg tevreden hiermee, lijken financiële maatregelen van minder belang voor de huisartsen. Huisartsen erkenden het belang van geld, maar dat had geen invloed op hun werk-privébalans omdat ze van zichzelf vonden voldoende te verdienen. De jonge huisartsen gaven expliciet aan een hogere levenskwaliteit te verkiezen boven een hoger loon en dat het financiële aspect nooit de motor van de werklust was. Dit sluit aan bij de bevindingen van een recente enquête van Medscape waarin bleek dat 50% van de 15.000 ondervraagde Amerikaanse artsen een lager loon zou aanvaarden in ruil voor minder werkuren. (33) Bepaalde maatregelen werden voor het eerst vermeld in deze studie, zoals het beperken van huisbezoeken, het inbouwen buffermomenten en het vermijden van onnodige zorg. Zij dienen verder onderzocht te worden op hun werkzaamheid.

Mede door de vooraf bestaande evidentie en aangevuld met het unanieme besluit vanuit de interviews dat de werk-privébalans aan belang wint, dient men zich af te vragen wat hier het **belang** van is voor de toekomst en wat de **gevolgen** zullen zijn. De gevolgen voor de organisatie van de eerstelijnszorg lijken zich reeds af te tekenen: het profiel van de solo-arts wordt steeds zeldzamer en groepspraktijken winnen aan belang.
De relatie tussen burn-out en de werk-privébalans is sterk. Uit de interviews blijkt een goede werk-privébalans volgens sommige artsen zelfs de belangrijkste preventieve maatregel te zijn voor het vermijden van een burn-out. Dit kan men verklaren als men redeneert vanuit het omgekeerde

scenario, met een slechtere werk-privébalans: die impliceert een te hoge werkdruk of te lange uren en onvoldoende mogelijkheden om zich privé op te laden. Dit kan leiden tot chronische stress en samen met de andere risicofactoren uiteindelijk tot het ontwikkelen van een burn-out. Meerdere studies ondersteunen deze veronderstelling, en gaven zelfs verdere ondersteunende inzichten. (14,28) Bovendien blijkt het aantal gevallen van burn-out onder huisartsen onrustwekkend hoog te zijn. (14)
In de toekomst lijkt het dan ook ten stelligste aangewezen om meer belang te hechten aan de werk-privébalans in de context van burn-outpreventie en specifiek bevorderende maatregelen te ontwikkelen ten voordele van deze balans.
Een ander belangrijk gevolg van de verhoogde belangstelling voor de werk-privébalans, heeft te maken met het aanbod van de zorg in de toekomst. Hoewel de evidentie lijkt te suggereren dat deeltijds werken of het werken in een groepspraktijk het aantal patiëntencontacten niet vermindert, vermoeden enkele van de startende artsen een tekort aan huisartsen in de toekomst. In 2014 werd uitgerekend dat de groep huisartsen tussen 45 en 65 jaar ruim 70% van de consultaties verzorgt. De auteur van die studie rekende uit dat de instroom van nieuwe huisartsen toen het naderend tekort aan huisartsen nipt kon compenseren. Echter zodra de werkdruk zou toenemen, volstond die instroom niet meer. (3) De vraag stelt zich of in de berekeningen van deze studie voldoende rekening werd gehouden met het toenemend belang van de werk-privébalans en met het stellen van grenzen van de (jongere generatie) huisartsen. Enkele artsen gaven bovendien aan weinig marge over te hebben. Als men daarnaast de maatregelen als antwoord op de uitdagingen voor de gezondheidszorg analyseert, lijkt men in deze maatregelen weinig rekening te houden met de draagkracht voor extra werkdruk en verantwoordelijkheden bij de huisartsen. Toekomstig onderzoek naar beleidsmaatregelen dient dit zeker en vast in rekening te brengen om te garanderen dat de voorgestelde maatregelen ook haalbaar blijven en de belangen van de huidige generatie huisartsen blijven behartigen.

Deze masterproef heeft enkele **sterktes**. Zo werden gedetailleerde diepte-interviews afgenomen, die meer inzicht brachten in het concept van de werk-privébalans bij de huisarts dan een vragenlijst zou kunnen doen. De interviews waren daarbij niet beperkt tot de tevredenheid van de huisartsen, maar zochten ook naar perspectief en context hierover. Volgens de auteur van de masterproef is deze de eerste die de visie op de werk-privébalans zo gedetailleerd exploreerde binnen de Belgische context, al was de steekproef te klein om van definitieve conclusies te kunnen spreken. Ze vormt wel een goede basis voor verder onderzoek. Bovendien is het de eerste studie waarin maatregelen aan bod kwamen die specifiek bedacht zijn voor de werk-privébalans. Een andere sterkte was de diversiteit van huisartsen die werden betrokken in deze studie. Er werd specifiek gekozen om willekeurige huisartsen te contacteren om selectiebias te vermijden. Daarbij werd wel zo gezocht dat een divers panel aan huisartsen werd geselecteerd, zonder uitsluitsel van een of ander profiel van huisarts. Ten slotte werd deze studie verricht volgens de principes van het kwalitatief onderzoek.(32) Daarbij werd gekozen voor een gefundeerde theorie-aanpak met progressief focussen tot er in principe datasaturatie werd bereikt. Tijdens een tussentijdse evaluatie werd een voorlopige codeboom getoetst en aangepast aan de bevindingen van de co-promotor en promotor van deze studie. Dat versterkte de validiteit van de uiteindelijke codes.
De masterproef heeft ook meerdere **zwaktes**. Zo werden in de literatuurstudie nagenoeg enkel studies geïncludeerd die zich situeerden binnen de Belgische of Nederlandse gezondheidscontext. Studies over de werk-privébalans uit andere landen werden geëxcludeerd van verder nazicht. Hieruit kon echter mogelijk nieuwe informatie gewonnen worden die vervolgens getoetst kon worden in de interviews of in toekomstig onderzoek. Daarnaast werd finaal geen volledige data-saturatie bereikt. Er werden geen jonge solo-artsen gecontacteerd omdat deze slechts een heel kleine groep huisartsen vertegenwoordigen. Het plan om een ervaren vrouwelijke solo-arts te contacteren werd verhinderd door de covid-19 crisis en uit tijdgebrek. De geselecteerde huisartsen waren allen tevreden met zowat alle bevraagde domeinen. Andere studies publiceerden negatievere resultaten.

Dit suggereert een mogelijke responsbias. Verder waren er ook enkele methodologische gebreken. In de vragenlijst werd gepeild naar de werk-privébalans, maar hiervoor werd geen gevalideerd instrument gebruikt zoals de SWING-vragenlijst. Een ander gebrek betreft de kleine steekproefgrootte. Op basis van acht interviews kan men geen hypothesen testen en hoogstens hypothesen suggereren. Een derde gebrek betrof de selectiecriteria van de deelnemers. Er werd gekozen om huisartsen in twee groepen in te delen: een startende en een ervaren groep. Het viel echter op dat de jongste arts van de ervaren groep meer gelijkenissen vertoonde in visie en tevredenheid met de oudste arts van de startende groep, dan met de oudste artsen uit de ervaren groep. Het had misschien interessanter geweest de bovengrens van de startende groep en de ondergrens van de ervaren groep te verhogen. Bovendien is er mogelijk geen duidelijke leeftijdsgrens te identificeren waarop een verschil in visie en tevredenheid duidelijk wordt. Men had ten slotte bovenop het onderscheid in geslacht, werklocatie, leeftijd en praktijkvorm ook een onderscheid kunnen maken op andere factoren zoals de aanwezigheid van kinderen of het hebben van professionele nevenactiviteiten.

Enkele aanbevelingen kunnen worden geformuleerd voor **toekomstig onderzoek**. Ten eerste lijkt het van groot belang om een duidelijke definitie van de werk-privébalans te introduceren. Uit literatuuronderzoek en uit de interviews blijkt de term gebruikt te worden in vrij veel verschillende betekenissen. Een definitie die hiervoor gebruikt kan worden is die van Greenhaus et al. (25) Naar analogie met een duidelijke definitie, wordt best ook een gevalideerde vragenlijst gebruikt in de verdere studie van de werk-privébalans. Hiervoor kan de SWING-vragenlijst gebruikt worden.(24) Deze studie geeft aanleiding tot enkele denkpistes voor toekomstig onderzoek. In eerste instantie dient de invloed van de verschillende toekomstige beleidsmaatregelen op de werk-privébalans onderzocht te worden.(4) Er werden enkele moeilijkheden met de werk-privébalans geïdentificeerd, voornamelijk bij artsen met jonge (klein)kinderen. Deze moeilijkheden kunnen bij deze specifieke doelgroep verder bestudeerd worden met het ontwikkelen van enkele specifieke preventieve maatregelen om ze te verbeteren. Ook andere specifieke doelgroepen zoals artsen met burn-outklachten of net een hoge bevlogenheid kunnen bevraagd worden over hun werk-privébalans om verdere beïnvloedende factoren te identificeren. De beïnvloedende factoren moeten verder onderzocht worden op grotere populaties in correlatie-onderzoeken en eventueel later in grotere onderzoeken om eventuele causaliteit te achterhalen. Ten slotte en vooral moet onderzoek verricht worden naar de gevolgen van de verhoogde belangstelling voor de werk-privébalans op de organisatie van de eerstelijnszorg, de kwaliteit van zorg en op de zorgcapaciteit in de toekomst.

Samengevat blijkt uit deze studie een grote belangstelling voor en een hoge tevredenheid met de werk-privébalans, die toegenomen lijkt t.o.v. vroeger. Verder onderzoek dient te bepalen wat daar de gevolgen van zijn op de toekomst van de eerstelijnszorg.

6. Referenties

1. Scarlet D. Jaarstatistieken met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België. Vol. 1, FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. 2018.
2. Miermans P, Durand C, Delvaux A, Jouck P, Steinberg P, Vivet V. Huisartsen op de arbeidsmarkt , 2004-2016 Resultaten van de PlanKad Gegevenskoppeling FOD VVVL - Datawarehouse AM & SB - RIZIV met. 2019.
3. Schoenmakers B, Aertgeerts B, Buntinx F, Vankrunkelsven P, Van Pottelberg G, De Lepeleire J. De Vlaamse huisarts anno 2013: Op kruissnelheid naar verandering. Tijdschr Geneeskd. 2014;70(12):657–65.
4. De Maeseneer J, Aertgeerts B, Remmen R, Devroey D. Together We Change. Eerstelijnszorg:

nu meer dan ooit. 2014.
5. 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. 2009.
6. Meeus P, Van Aubel X. Performantie van de huisartsgeneeskunde, Een check-up. [Internet]. Brussel; 2013. Available from: http://inami.fgov.be/information/nl/studies/study59/pdf/brochure_MG_2012.pdf
7. Personen in armoede of sociale uitsluiting (EU2020-indicator) [Internet]. 2019. Available from: https://www.statistiekvlaanderen.be/sites/default/files/atoms/files/Armoede of sociale uitsluiting 2018.pdf
8. Lorant V, Geerts C, Duchesnes C, Goedhuys J, Ryssaert L. Attracting and retaining GPs : a stakeholder survey of priorities. Br J Gen Pract. 2011;(July):411–8.
9. Smet L, Ryssaert L, Avonts D. Hoe beleven jonge mannelijke huisartsen en hun partner de balans tussen werk en privé ? Universiteit Gent; 2012.
10. Veeckman E, Ryssaert L, Avonts D. Hoe beleven jonge vrouwelijke huisartsen en hun partner de balans tussen werk en privé ? Universiteit Gent; 2012.
11. Lorant V, Geerts C, D'Hoore W, Sauwens D, Remmen R, Peremans L, et al. Huisartsgeneeskunde: aantrekkingskracht en beroepstrouw bevorderen. [Internet]. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. 2008. Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20081027363.pdf
12. Haerynck B, Clerebaut N. Hoe beleven huisartsen hun beroep in België? Kwalitatief onderzoek van diepte-interviews afgenomen bij Belgische huisartsen. ICHO; 2010.
13. Verraes A, Ryssaert L, Termote L, Avonts D. Waarom verlaten jonge huisartsen het huisartsenberoep ? Huisarts Nu. 2014;43(3):123–5.
14. Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G et al. Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. 2011.
15. Derese A, Belsack G, Michels J, Segers K. Profiel van de huisarts van de 21ste eeuw en de huisartsenopleiding. Huisarts Nu. 2001;30(7):306–11.
16. Le Floch B, Bastiaens H, Le Reste JY, Lingner H, Hoffman R, Czachowski S, et al. Which positive factors give general practitioners job satisfaction and make general practice a rewarding career? A European multicentric qualitative research by the European general practice research network. BMC Fam Pract. 2019;20(1):1–11.
17. Dirickx B, Viaene M, De Lepeleire J. Taakdelegatie in de Vlaamse huisartsenpraktijk. Een exploratieve studie. Huisarts Nu. 2011;40(december):1–73.
18. van Ham I. De arbeidssatisfactie van de Nederlandse huisarts. [Groningen]: Universiteit van Groningen; 2006.
19. Wouters S, Vandenbergh I, Bogaerts H, Bastiaens H. Motivatie van studenten en jobvoldoening bij gevestigde huisartsen. Huisarts Nu. 2011;40(december):446–9.
20. Samyn E, Thoen A, Herweyers K, Comes S, Wens J. Huisarts in vuur en vlam. Enthousiaste huisartsen getuigen. Huisarts Nu. 2015;44(2):58–63.
21. Locke EA. The relationship of task success to task liking and satisfaction. Vol. 49, Journal of Applied Psychology. US: American Psychological Association; 1965. p. 379–85.
22. Maslach C, Jackson S, Hillsdale N, Erbaum. Burnout in the health professions: A social psychological analysis. Sanders G, Sub J, editors. Social psychology of health and illness. 1982. 227–251 p.
23. Maslach C. Understanding Job Burnout [Internet]. USA: DOES18 Las Vegas; 2018. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=gRPBkCW0R5E
24. Derks D, Bakker A, Bruinvels D, Tweehuysen H, Dogger J, Van Eekelen A, et al. Achtergronddocument bij de Multidisciplinaire richtlijn Werk-Privé Balans [Internet]. 2013. Available from: https://nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/10-03-

2014_ADOC_werk-prive_balans_DEF.pdf
25. Greenhaus J, Beutell N. Sources of conflict between work and family roles. Acad Manag Rev. 1985 Jan 1;10:76–88.
26. Byron K. A meta-analytic review of work-family conflict and its antecedents. J Vocat Behav. 2005;
27. Michel JS, Kotrba M, Mitchelson J, Clark M, Baltes B. Antecedents of work – family conflict : A meta-analytic review. J Organ Behav. 2011;32(5):689–725.
28. Amstad FT, Meier LL, Fasel U, Elfering A, Semmer NK. A Meta-Analysis of Work-Family Conflict and Various Outcomes With a Special Emphasis on Cross-Domain Versus Matching-Domain Relations. J Occup Health Psychol. 2011;16(2):151–69.
29. Bogaert K, De Prins L, De Maeseneer J. Women, men, powerplanning in de huisartsgeneeskunde in België : scenario voor 2010 en 2020 [Internet]. Gent : UGent. Vakgroep huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg; 1999. Available from: http://lib.ugent.be/catalog/rug01:000973352
30. Dorsey ER, Jarjoura D, Rutecki GW. Influence of Controllable Lifestyle on Recent Trends in Specialty Choice by US Medical Students. J Am Med Assoc. 2003;290(9):1173–8.
31. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. Arch Intern Med. 2012;172(18):1377–85.
32. Engel RJ, Schutt RK. The Practice of Research in Social Work. Fourth Edi. SAGE Publications; 2016. 320–357 p.
33. Kane L. Medscape National Physician Burnout & Suicide Report 2020: The Generational Divide [Internet]. Medscape. 2020. p. 29. Available from: https://www.medscape.com/slideshow/2020-lifestyle-burnout-6012460

Bijlagen

Bijlage 1: Goedgekeurd Ethisch Comité + Protocol

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Universiteit Gent
Faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen
3K3
Prof. dr. Anselm DERESE
De Pintelaan 185

ALHIER

contact	telefoon	e-mail
Sandra De Paepe Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 26 88	Ethisch.comite@uzgent.be sandra.depaepe@uzgent.be

Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
2019/0513		25-jun-19	1/2

Betreft :

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Een nieuwe generatie huisartsen: visie op werk; invloed op het privéleven en het verschil met de voorgaande generaties (MaNaMa Olivier Leus)

Belgisch Registratienummer: B670201940707

* Antwoord onderzoekers dd 21/06/2019
  (Ontvangen dd 24/06/2019) op opmerkingen EC dd 26/04/2019
* Adviesaanvraagformulier
  (Herwerkte versie n.a.v. opmerkingen EC dd 26/04/2019) Versie 1.1 dd. 21/06/2019
* (patiënten)- informatie en toestemmingsformulier
  (Herwerkte versie n.a.v. opmerkingen EC dd 26/04/2019) Versie 1.1 dd. 18/06/2019

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. A. DERESE ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 25/06/2019. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 24/06/2020, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 25/06/2019. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 24/06/2020, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 16/07/2019
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 16/07/2019

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. D. Matthys

SECRETARIS
Prof.dr. J. Decruyenaere

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 36
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 68 54
Sara De Smet

SECRETARIAAT
Wendy Van de Velde
T +32(09) 332 56 13
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 88
Ann Haenebalcke
T +32(09) 332 22 66
Davine Verbeke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT

Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

In dit onderzoek wordt aan de hand van persoonlijke interviews nagegaan wat de visie en de ervaringen zijn van huisartsen op het beroep en meer specifiek op de interactie tussen het werk- en privéleven. Er wordt daarbij een onderscheid gemaakt tussen twee groepen: de recent gestarte arts en de ervaren arts.
Er wordt steeds meer aandacht geschonken aan het risico op burn-out binnen de huisartspopulatie. Daarbij worden vooral risicofactoren inherent aan het beroep als oorzaak beschreven, minder aandacht gaat naar de wisselwerking tussen het huisartsenberoep en het privéleven. De literatuur spreekt op heden vrij zwart-wit over burn-out aan het ene eind, bevlogenheid aan het andere. De grijze zone tussen deze extremen werd weinig onderzocht. Vandaar de keuze om een kwalitatief onderzoek uit te voeren dat specifiek de visie van huisartsen over de *work-life balance* nagaat en de persoonlijke tevredenheid hierover. Er wordt getracht om factoren te identificeren die de *work-life balance* van huisartsen beïnvloeden. Ten slotte worden deze visies en tevredenheid van recent gestarte artsen getoetst t.o.v. deze van ervaren artsen.
Er zullen persoonlijke interviews plaatsvinden met artsen die 1-4 jaar ervaring hebben als zelfstandig huisarts en met artsen die 10-40 jaar ervaring hebben. Op die manier wordt gehoopt om de evolutie van de visie over de work-life *balance* in kaart te brengen. Dit kan hopelijk enige duiding brengen m.b.t. uiteenlopende opinies hierover tussen ervaren huisartsen en jonge starters.
De rekrutering zou in verschillende fasen gebeuren. Allereerst wordt een lijst van artsen samengesteld volgens de inclusiecriteria (1-4, respectievelijk 10-40 jaar actief als huisarts) via een ad random selectie uit de lijst van de Orde der Artsen van huisartsen uit Oost- en West-Vlaanderen. Daarbij worden karakteristieken genoteerd van de gevonden huisarts: naam+voornaam, jaar van afstuderen en oprichten van praktijk, geslacht, locatie van praktijk (gemeente, provincie) en vervolgens een dichotomisatie naar stedelijk/landelijk gelegen praktijk, organisatievorm (solo-, duo- of groepspraktijk), telefoonnummer. Om praktische redenen worden enkel huisartsen uit Oost- en West-Vlaanderen betrokken, mede gezien getwijfeld wordt of er een werkelijk verschil zou bestaan tussen huisartsen uit verschillende provincies. Uit elke groep de gegevens van 50 artsen verzameld. Een tweede fase bestaat uit het samenstellen van een aflopende telefoonlijst, waarbij geprobeerd wordt om een zo divers en dus zo compleet mogelijke steekproef van telkens 10 huisartsen te verkrijgen. Zij worden dan ten slotte opgebeld met de vraag tot medewerking aan een onderzoek dat de visie en tevredenheid bestudeert van huisartsen m.b.t. de *work-life balance*. Indien er geen interesse is, wordt een volgende arts opgebeld, met een gelijkaardig profiel als de arts die geen interesse toonde. Finaal wordt gepoogd om 20 artsen te rekruteren, 10 uit elke groep.
Artsen die willen meewerken zullen per post of per mail een informatiebrief ontvangen en gevraagd worden om een online vragenlijst in te vullen. Daarin worden voornamelijk de persoonlijkheid en enkele extra karakteristieken van de huisarts ingevuld die mogelijk van invloed kunnen zijn op de visie en tevredenheid. Vervolgens wordt een afspraakdatum vastgelegd, waarop de hoofdonderzoeker de praktijk zal bezoeken om een interview af te nemen. De uitgangsvragen van het interview zijn gebaseerd op de resultaten van voorafgaand literatuuronderzoek en op de intuïtie van de hoofdonderzoeker.
Concreet zullen deze interviews plaatsnemen in de nazomer, herfst en winter van 2019-2020. Enkel de hoofdonderzoeker zal aanwezig zijn en notities nemen. Een tweede lezer wordt wel gezocht, die notities zal nemen van de uitgeschreven of opgenomen interviews. Die notities worden dan vergeleken met mekaar. Vergelijkbare conclusies verhogen de validiteit van het onderzoek.
Voorafgaand aan de interviews stelt de onderzoeker tevens een persoonlijke visie en verwachting van het onderzoek op, daarbij lettend op persoonlijke vooringenomenheid. Door middel van progressieve focussering zullen finaal enkele wederkerende of coherente antwoorden opduiken, die tot een uiteindelijke conclusievorming zullen leiden.
De gesprekken zullen 30-90 minuten duren en worden nadien uitgeschreven en gecodeerd met behulp van de software van Nvivo12, verkrijgbaar middels de licentie van de Universiteit Gent. De voortgang wordt tweemaandelijks voorgelegd aan de copromotor, praktijkopleider en eventueel ook aan de promotor. De eerste versie van de conclusies wordt voorzien rond einde januari 2020.

Bijlage 2: Vragen Vragenlijst

Persoonlijke Kenmerken

1. Wat is uw leeftijd
2. Hoeveel jaren bent u actief praktiserend?
3. Wat is uw geslacht?
4. Zou u stellen dat uw praktijk eerder landelijk, stedelijk of gemeentelijk gelegen is?
5. Heeft u momenteel een partner? (Zo Ja) Bent u ook samenwonend met deze partner?
6. Heeft u kinderen? (Zo ja) hoeveel kinderen heeft u? (Zo ja) Heeft u baby's of schoolgaande kinderen?
7. Heeft u zich ooit kandidaat gesteld voor een of meerdere specialisatie(s)?

Vragen m.b.t. het huisartsenberoep

1. Wat is de afstand van uw privéwoning naar uw praktijk? (In kilometer)
2. Bent u actief als zelfstandig huisarts of in dienstverband?
3. Hoe is uw praktijk georganiseerd? (Solo-, duo-, groepspraktijk)
4. Hoeveel artsen zijn actief in uw groepspraktijk? (eventuele HAIO's niet meerekenen).
5. Zijn er HAIO's aanwezig in de praktijk?
6. Zijn er andere zorgverleners aangesloten in uw praktijk?
7. Hoeveel dagen werkt u gemiddeld per week?
8. Op een gemiddelde werkdag, hoeveel uren worden besteed aan volgende activiteiten? Neem hiervoor een gemiddelde tussen de zomer- en wintermaanden. (Consultaties, Huisbezoeken, Teamoverleg en -vergaderingen, Opleiding HAIO, Administratie)
9. Heeft u momenten met vrije consultaties in uw praktijk?
10. Hoeveel dagen per jaar bent u van weekwacht? Hoeveel dagen per jaar bent u van weekendwacht?
11. Hoe is de wachtdienst bij u georganiseerd tijdens de weekdagen? Hoe is de wachtdienst bij u georganiseerd tijdens de weekenddagen?
12. Hoeveel uren per maand spendeert u gemiddeld aan bijscholing? (Bv. buitenshuis, Webinar, opleiding, LOK-groep, congres,...)
13. Hoeveel vakantiedagen neemt u gemiddeld per jaar?
14. Hoeveel patiënten ziet u gemiddeld per dag? Dit zijn huisbezoeken en consultaties samengenomen.
15. Hoeveel GMD's beheert u?
16. Hoeveel nevenfuncties voert u uit, naast het huisartsenberoep? U kan meerdere keuzes aanvinken.
17. Is er in uw praktijk een bepaalde vorm van praktijkhulp aanwezig? (Secretariaat, boekhouding, online afspraken, praktijkassistent, eerstelijnsverpleegkundige, psycholoog, diëtist(e), Poetshulp, Andere)
18. Welke van volgende taken delegeert u aan praktijkmedewerkers? (Telefoondienst, afsprakenbeheer, Boekhouding, Opvolging preventiedossiers, Onderhoud medisch dossier, Beheer medisch materiaal, Beheer sociaal netwerk, Afrekenen consultatie, Minimaal technische aktes, Laboresultaten mededelen)

Gezinssituatie en privéleven

1. Hoe belangrijk is het privéleven voor u?
2. Hoe belangrijk zijn volgende elementen uit het privéleven voor u? (Partnerrelatie, Gezinsleven en kinderen, Sociale Contacten, Tijd voor mezelf, Hobby's en vrijetijdsbesteding, carrière, inkomen)
3. Hoe tevreden bent u momenteel met volgende elementen? (Cfr. Vraag 2)
4. Vindt u dat u voldoende tijd heeft voor volgende elementen van het privéleven? (Cfr. Vraag 2)
5. Wie voert bij uw gezin volgende taken meestal uit? (Eten klaarmaken, Wassen en drogen, Strijken, Schoonmaken, Boodschappen halen, Klussen, Tuinonderhoud)
6. Wie voert meestal volgende taken in het gezinsleven uit? (Klaarmaken voor school, brengen naar school, halen van school, avondeten klaarmaken, spelen en sporten, helpen met huiswerk, in bed stoppen, 's nachts opstaan)
7. Besteedt u huishoudelijke taken uit? (Eten klaarmaken, wassen en drogen, strijken, schoonmaken, boodschappen halen, opvang)
8. (Zo kinderen) Wie doet de opvang van de kinderen voor en na de schooluren?
9. (Zo baby's) Wie doet de opvang van de baby('s) tijdens uw werkuren?

Werkvreugde

1. Komt het huisartsenberoep overeen met wat u voorheen dacht?
2. Zou u dezelfde beroepskeuze maken mocht u opnieuw beginnen met werken?
3. Hoe tevreden bent u met uw beroep?
4. Hoe tevreden bent u met volgende deelaspecten van uw beroep? (Samenwerken en relatie collega's, externe omgeving, de werk-privébalans, beschikbare diensten, financiële aspecten, intrinsieke eigenschappen van beroep)

Bijlage 3: Codeboom

- **Persoonlijk**
  - (On)Tevredenheid WLB
    - (On)tevredenheid Privéleven Heden
    - (On)tevredenheid Privéleven Verleden
    - (On)tevredenheid Werkleven Heden
    - (On)Tevredenheid Werkleven Verleden
    - (On)Tevredenheid WLB Heden
      - Moeilijkheden WLB Heden
      - Ontevredenheid WLB Heden
      - Tevredenheid WLB Heden
    - (On)Tevredenheid WLB Verleden
    - Interferentie Privé-werk
    - Interferentie Werk-Privé
  - Beïnvloedende factoren Eigen WLB
    - Individuele Factoren
    - Niet-Domeinspecifieke Factoren
      - Afstand tot praktijk
      - Bereikbaarheid
      - Levenskost
    - Privégerelateerde factoren
      - Beroep Partner
      - Hobby's
      - Kinderen
      - Levensfase kinderen
      - Relatie
      - Steun Omgeving
      - Steun Partner
      - Welzijn Omgeving
    - Werkgerelateerde factoren
      - Afsprakensysteem
      - Autonomie
      - Band met collega's
      - Digitalisering
      - Financiële stimulus
      - Flexibiliteit in agenda
      - Inhoud consultaties
      - Mogelijkheid tot vervanging
      - Nevenactiviteiten
      - Nieuwe praktijk
      - Patiënten
      - Praktijkafspraken
      - Praktijkvorm
      - Reserve of marge
      - Toename taken
      - Waardering collega's
      - Waardering Patiënten
      - Werkdruk
      - Zaterdag
    - Niet-beïnvloedbare factoren
      - Geslacht
      - Onvoorziene Omstandigheden
      - Seizoen
  - Evolutie WLB
    - Aanpassingen WLB na HAIO
    - Aanpassingen WLB tijdens HAIO
    - Evolutie WLB doorheen carrière
  - Gevolgen WLB
  - Maatregelen m.b.t. EIGEN WLB
    - Maatregelen CONTRA WLB
    - Maatregelen PRO WLB
      - Actief ingrijpen
      - Afspraaksysteem
        - Nadelen Afspraken
      - Bewust rolgedrag scheiden
      - Coping
      - Crèche
      - Minder huisbezoeken
      - Grenzen stellen
        - Nadelen Grenzen
      - Herorganisatie consultaties
      - Groepspraktijk
        - Nadelen groepspraktijk
      - Patiënteducatie
      - Praktijkondersteuning
        - Secretaresse
        - Verpleegkundige
        - Praktijkassistente
      - Ventileren
      - Vrije middag
      - Wachtdienst
        - Nadelen wachtdienst
  - Persoonlijke visie WLB
- **Bredere kijk**
  - Beïnvloedende factoren WLB
    - Individuele Factoren
    - Niet-Domeinspecifieke factoren
      - Bereikbaarheid
      - Financiële druk
      - Smartphones
    - Privégerelateerde factoren
      - Beroep Partner
      - Duidelijkheid Rol
      - Gezinsconflict
      - Kinderen
    - Werkgerelateerde factoren
      - Autonomie
      - Druk Patiënten
      - Huisartsentekort
      - Inhoud Consultaties
      - Praktijkorganisatie
        - Afspraaksysteem
        - Praktijkmedewerkers
        - Praktijkvorm
      - Verantwoordelijkheid
      - Werkdruk
    - Niet-Beïnvloedbare factoren
      - Huisartsendichtheid
      - Praktijklocatie
  - Evoluties doorheen tijd
    - Evoluties in de ELZ
    - Generatieverschil HA
      - Volgens ervaren HA
      - Volgens startende HA
    - Generatieverschil patiënten
    - Maatschappelijke evoluties
  - Gevolgen voor de organisatie ELZ
  - Gevolgen voor de patiënten(zorg)
  - Maatregelen m.b.t. WLB
    - Maatregelen CONTRA WLB
    - Maatregelen PRO WLB
      - Afspraken met partner
      - Coping
      - Grenzen stellen
      - Groepspraktijk
      - Huisartsen aantrekken
      - Huishoudhulp
      - Buffer inbouwen
      - Taakdelegatie
        - Nadelen Taakdelegatie
      - Tijdig grenzen stellen
      - Vermijden onnodige zorg
      - Vrije middag
      - Wachtdienst
  - Relatie WLB en Burn-out
  - Relatie WLB en werktevredenheid
  - Visie algemene WLB

Bijlage 4: Statistieken Deelnemers

	M/V	Lft	Ervaring (In jaren)	Praktijk-Locatie	Praktijk-vorm	Aantal HA	Paramedici	Praktijk-ondersteuning	Overige praktijkhulp	Nevenfunctie	Partner	Kinderen	Thuishulp
1	M	28	2	Stad	Groep	5	Diëtist	Secretariaat	Online afspraken Poetshulp Boekhouding	/	Ja	Neen	Poetshulp
2	M	29	2	Dorp	Groep	3	/	Secretariaat	Online afspraken Poetshulp	/	Ja	Neen	Poetshulp
3	V	27	1	Dorp	Duo	2	/	/	Online afspraken Boekhouding	Kind & Gezin	Neen	Neen	Poetshulp
4	V	30	5	Dorp	Groep	3	Verpleging Psycholoog Diëtist Jobcoach	Secretariaat, ELV	Online afspraken Poetshulp Boekhouding	/	Ja	Ja (2)	Poets- en strijkhulp Boodschappen hulp Kinderopvang
5	V	39	12	Dorp	Groep	4	Psycholoog Diëtist	Praktijkassistente (doet secretariaat)	Online afspraken Poetshulp	Medische commissie	Ja	Ja (2)	Poets- en strijkhulp Kinderopvang
6	M	47	21	Stad	WGC	8	Verpleging Psycholoog Diëtist Kinesist	Secretariaat ELV Praktijkassistente	Poetshulp Boekhouding	PO Academisch werk	Neen	Ja (4)	Poets- en strijkhulp
7	M	65	39	Dorp	Solo	1	/	/	Poetshulp Boekhouding	/	Neen	Neen	Poets- en washulp
8	V	62	37	Dorp	Groep	2	/	/	Poetshulp Boekhouding	/	Ja	Ja (3)	Poets- en strijkhulp

Noot 1: Witte cellen vertegenwoordigen de groep startende artsen. Grijs gearceerde cellen vertegenwoordigen de groep ervaren artsen.
Noot 2: ELV=Eerstelijnsverpleegkundige. WGC= Wijkgezondheidscentrum. M=Man. V=Vrouw. Lft= Leeftijd (in jaren).