Het welzijn van huisartsen in groepspraktijken versus solopraktijken, en welke factoren hierbij een rol spelen – een kwalitatief onderzoek

Dorien Robyn, Universiteit Gent

Promotor: Els Clays (Universiteit Gent)
Co-promotor: Janique Lobbestael (Universiteit Gent)

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2020 – 2023]

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

Burn-out bij huisartsen is een groot maatschappelijk probleem geworden. Teneinde dit te kunnen aanpakken, werd in dit kwalitatief onderzoek een overzicht gemaakt van de factoren die een invloed kunnen hebben op het algemeen welzijn van huisartsen. Daarnaast werd de vergelijking gemaakt of het welzijn van huisartsen in groepspraktijken verschilt met dat van soloartsen.

Graag zou ik enkele mensen willen bedanken die mij hebben gesteund tijdens het schrijven van deze masterproef.
Allereerst wil ik mijn promotor Prof. Els Clays en co-promotor Dr. Janique Lobbestael bedanken voor de nuttige feedback en begeleiding. Zij waren steeds bereikbaar voor overleg.
Daarnaast wil ik de huisartsen bedanken die meewerkten aan dit onderzoek. Zij brachten zeer interessante inzichten en het mogen inkijken in hun welzijn beschouw ik als een grote eer.
Tenslotte wil ik graag mijn ouders en mijn verloofde Gilles bedanken voor alle ondersteuning tijdens het schrijven van deze masterproef, maar ook tijdens de volledige geneeskunde opleiding.

Inhoudstafel

VOORWOORD ..... **III**

INHOUDSTAFEL ..... **IV**

ABSTRACT **1**

INLEIDING **3**

ENKELE CIJFERS EN DEFINITIES 3
FACTOREN DIE HET WELZIJN VAN HUISARTSEN BEÏNVLOEDEN 5
Persoonlijke factoren *6*
Werkgerelateerde factoren *7*
GEVOLGEN EN EFFECT OP KWALITEIT VAN ZORG 9
VERSCHIL IN WELZIJNSBEPALENDE FACTOREN BIJ SOLOARTSEN EN GROEPSPRAKTIJKEN 10
ONDERZOEKSVRAAG 11

METHODE **12**

ONDERZOEKSDESIGN 12
LITERATUURONDERZOEK 12
KWALITATIEF ONDERZOEK 12
Populatie *12*
Rekrutering *12*
Interviews *13*
Dataverzameling en -analyse *13*

RESULTATEN **14**

KARAKTERISTIEKEN GEÏNTERVIEWDE ARTSEN 14
ALGEMEEN WELZIJN 15
BEPALENDE FACTOREN VOOR HET ALGEMEEN WELZIJN VAN HUISARTSEN 16
1. Persoonlijke factoren *18*
2. Werkgerelateerde factoren *22*
GEVOLGEN EN EFFECT OP KWALITEIT VAN ZORG 37
1. Tekenen van burn-out *37*
2. Uitval *37*
3. Effect van algemeen welzijn op kwaliteit van zorg *37*

DISCUSSIE **38**

REFERENTIES **43**

BIJLAGEN ..... **I**

BIJLAGE 1: GOEDKEURING COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK UZGENT I
BIJLAGE 2: INFORMATIEBRIEF III
BIJLAGE 3: 'INTERVIEW GUIDE' VI
BIJLAGE 4: 'INFORMED CONSENT' FORMULIER IX
BIJLAGE 5: OVERZICHT CODES X
BIJLAGE 6: KARAKTERISTIEKEN GEÏNTERVIEWDE ARTSEN XII

Abstract

Inleiding

Algemeen wordt vaak aangenomen dat werken in een groepspraktijk beter zou zijn voor het algemeen welzijn van huisartsen. In dit kwalitatief onderzoek willen we onderzoeken wat de belangrijkste bepalende factoren zijn voor het algemeen welzijn van huisartsen en of er een verschil is bij artsen in groepspraktijken versus solopraktijken. Is er een link tussen het welzijn van huisartsen en de kwaliteit van zorg, bekeken vanuit het artsen-perspectief?

Methode

Initieel werd een literatuuronderzoek uitgevoerd om een beter zicht te krijgen over het onderwerp. Nadien werd een kwalitatief onderzoek opgestart op basis van diepte-interviews bij acht huisartsen, waarvan vier soloartsen en vier artsen werkzaam in een groepspraktijk. De verwerking van de interviews gebeurde op basis van de QUAGOL, met gebruik van het softwareprogramma Nvivo.

Resultaten

Het algemeen welzijn van de huisartsen bleek vergelijkbaar te zijn bij alle artsen, zowel solo huisartsen als huisartsen werkzaam in een groepspraktijk. De meest frequent vernoemde persoonlijke welzijnsbevorderende factoren waren het hebben van een poetshulp, hulp bij het opvangen van de kinderen en goede communicatieve vaardigheden. De meest vernoemde intrinsiek werkgerelateerde factoren voor een goed algemeen welzijn waren het shared-decision-making tijdens consultaties, het blijven bijleren, de vertrouwensrelatie en het contact met de patiënten. De meest frequent vermelde extrinsieke of organisatorische werkgerelateerde factoren die zorgden voor een beter algemeen welzijn waren: het hebben van vaste werkvrije momenten, een goede opvoeding van patiënten, voldoende autonomie, het hebben van collega's, voldoende financiële ondersteuning en een goede samenwerking met tweede lijn en de wachtkring of wachtpost. De meest frequent vermelde extrinsieke werkgerelateerde factoren die zorgden voor een verminderd algemeen welzijn waren: de hoeveelheid administratie, de onvoorspelbaarheid en continue beschikbaarheid als huisarts, de wachtdiensten, en een tekort aan steun en duidelijkheid van de overheidsinstanties. Als we de vergelijking maken tussen de meest frequent vermelde welzijnsbepalende factoren bij solo huisartsen en huisartsen in groepspraktijken, werd er geen duidelijk verschil opgemerkt wat betreft de persoonlijke factoren, de intrinsiek werkgerelateerde factoren, de gevolgen van de covid19-pandemie en de work-life-balans. Wat betreft de extrinsieke werkgerelateerde factoren had de hoeveelheid administratie en een goede opvoeding van patiënten meer effect op het algemeen welzijn van de soloartsen dan de huisartsen in groepspraktijken. De continue beschikbaarheid en flexibiliteit als huisarts werd dan weer frequenter als belastend ervaren

door de huisartsen in groepspraktijken, in vergelijking met de solo huisartsen. Alle huisartsen vonden dat hun welzijn een duidelijk effect had op hun kwaliteit van zorg.

Discussie

De welzijnsbepalende factoren die werden aangebracht waren voornamelijk organisatorisch en praktisch van aard. Het zou dus een teken kunnen zijn dat er vooral op organisatorische en praktische regelingen moet ingezet worden om het huisartsenberoep aantrekkelijk te houden. Om een antwoord te kunnen bieden op de vraag of het weldegelijk beter is om als huisarts te werken in een groepspraktijk dan in een solopraktijk is verder onderzoek nodig. Alle huisartsen gaven duidelijk aan dat ze hun kwaliteit van zorg zagen verminderen op momenten dat ze een lager welzijn ervaarden. Het is van belang om tot besef te komen welke factoren ervoor zorgen dat huisartsen zich goed voelen in hun job, om op die manier uitval en burn-out te kunnen voorkomen, maar ook om de zorg voor de patiënt te kunnen blijven garanderen.

Inleiding

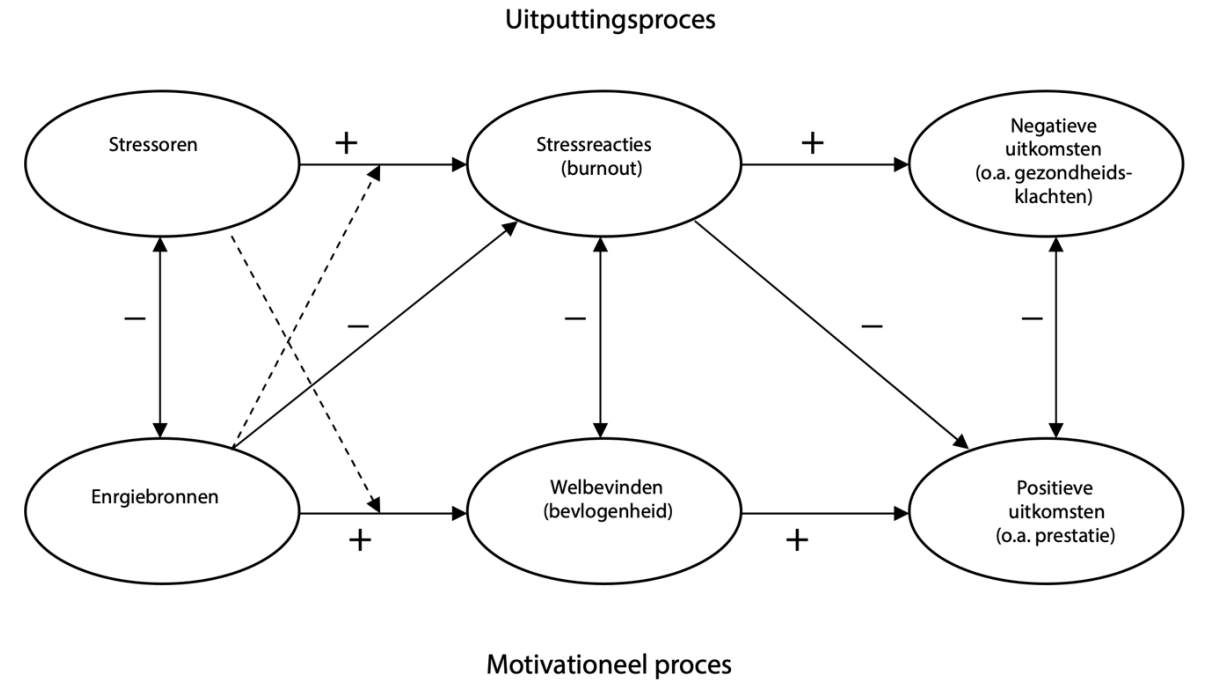
Mijn interesse omtrent het welzijn bij artsen was reeds langere tijd aanwezig, en werd nog meer getriggerd door het lezen van het boek 'Zelfzorg voor de jonge dokter' van Froukje Verdam. [1] Algemeen wordt aangenomen dat werken in een groepspraktijk beter zou zijn voor het welzijn van huisartsen. Zelden werd echter de expliciete vergelijking gemaakt tussen artsen die werkzaam zijn in een groepspraktijk versus artsen die alleen werken. Het lijkt dan ook nuttig om na te gaan in het werkveld of huisartsen in een groepspraktijk ook effectief een beter algemeen welzijn ervaren dan huisartsen in een solopraktijk, en wat de bepalende factoren hiervoor zijn.

Enkele cijfers en definities

Burn-out bij huisartsen is een veelvoorkomend probleem van de laatste jaren. 'Doctors4Doctors' is een project dat opgezet werd om artsen met mentale moeilijkheden te begeleiden en zo te voorkomen dat zij gaan disfunctioneren. Dit doen ze doormiddel van opleidingen, supportgroepen en informatiemomenten. Daarnaast kunnen artsen met een specifieke hulpvraag hier ook terecht voor begeleiding onder de vorm van gesprekken met een collega-arts. In een studie over dit project werden de meest voorkomende aanmeldingsklachten in kaart gebracht. 36% van de artsen in een begeleidingstraject bij 'Doctors4Doctors' had klachten van burn-out, en 32% had andere werkgerelateerde moeilijkheden. [2]

Het '**Job Demands-Resources model (JD-R model)**' beschrijft de relaties tussen werkkenmerken en werkuitkomsten. Daarbij wordt beschreven dat een overvloed aan 'job demands' of hoge werkeisen sterk gecorreleerd is met stressreacties en uitputting, en dat veel 'job resources' of energiebronnen sterk gecorreleerd is met meer productiviteit en motivatie. Deze twee processen worden respectievelijk het 'uitputtingsproces' en het 'motivationele proces' genoemd. (zie figuur 1) [3]

Figuur 1: Job Demands-Resources model (JD-R model)



Vaak wordt in studies omtrent welzijn gebruik gemaakt van het 'biomedische model' van ziekte en gezondheid. Dit model bekijkt een aandoening enkel vanuit biologische processen. George L. Engel beschreef echter in 1977 een nieuw '**biopsychosociaal model**', waarbij welzijn en ziekte beschouwd worden als een gevolg van een interactie tussen biologische maar ook psychologische en sociale factoren. Hoewel het nut ervan reeds is aangetoond, wordt het 'biomedische model' echter nog te vaak gebruikt in de kliniek en gezondheidseconomie. Met het toenemende aantal chronische fysieke en mentale aandoeningen in de maatschappij wordt het biomedische model vaak misbruikt. Zo zou het 'biopsychosociale model' een hoop medische kosten kunnen vermijden, alsook de tevredenheid van patiënten maar ook zorgprofessionals kunnen verbeteren. [4]
Huisartsen gebruiken dit 'biopsychosociaal model' bij fysieke en mentale problemen van patiënten, maar gebruiken zij dit ook bij zichzelf?

Het welzijn van huisartsen bestaat dus met andere woorden niet alleen uit werkgerelateerde factoren (JD-R model), maar ook uit fysieke, psychische en sociale factoren (biopsychosociaal model), waarbij zowel het professioneel welzijn als het welzijn in de privésfeer in contact staan met elkaar. Met de term '**algemeen welzijn**' wordt dus de brede kwaliteit van leven bedoeld. Dit algemeen welzijn kan enerzijds bepaald worden door privézaken zoals gezin, partner, familie, sociale activiteiten en fysieke gezondheid. En anderzijds door werkgerelateerde aspecten zoals de bevlogenheid of jobvoldoening. Wanneer deze privézaken en/of werkgerelateerde aspecten het

algemeen welzijn op een negatieve manier beïnvloeden, kan dit leiden tot stress, overspanning of surmenage, burn-out of depressie.

Bevlogenheid is volgens de definitie van Schaufeli en Bakker (2001) een positieve, affectief-cognitieve toestand van opperste voldoening die gekenmerkt wordt door vitaliteit, toewijding en absorptie. De term **jobvoldoening** kan hierbij als synoniem bedoeld worden.

Stress wordt gedefinieerd als een deels autonoom verlopende aanpassingsreactie van het lichaam op een uitdaging of stressor. Deze aanpassingsreactie bevat zowel fysiologische of biochemische veranderingen, alsook cognitieve, emotionele en gedragsmatige reacties. Stressoren kunnen somatische stimuli (bv. pijn) en reële bedreigingen zijn, maar ook psychologische en sociale factoren (bv. perfectionisme, uitsluiting) kunnen fungeren als stressor. [5]

Overspanning of surmenage is een toestand die volgt uit een langdurige chronische stresstoestand, en waarbij er een onevenwicht ontstaat tussen de draagkracht en draaglast. Kenmerkend hiervoor is een duidelijke uitputting op zowel fysiek, als psychisch vlak. [5]

Burn-out wordt gedefinieerd als overspanning waarbij de klachten minstens zes maanden aanwezig zijn en waarbij uitputting en vermoeidheid op de voorgrond staan. De oorzaak kan zowel werkgerelateerd als niet-werkgerelateerd zijn. [5]

Depressie wordt door DSM-5 gedefinieerd als een aandoening waarbij minstens vijf van onderstaande symptomen gedurende minstens twee weken aanwezig zijn en waarbij minstens één van de symptomen een sombere stemming of verlies van interesse of plezier is. De andere mogelijke symptomen zijn: gewichtsverlies of -toename, slaapstoornissen, agitatie of vertraging, vermoeidheid of energieverlies, schuldgevoelens of een gevoel van waardeloosheid, concentratieverlies, suïcidale gedachten of ideaties. [6]

Factoren die het welzijn van huisartsen beïnvloeden

De bepalende factoren voor het algemeen welzijn bij huisartsen kunnen onderverdeeld worden in twee categorieën: enerzijds de persoonlijke factoren, en anderzijds de werkgerelateerde factoren.

Persoonlijke factoren zijn zaken die afhankelijk zijn van de persoon zelf, bijvoorbeeld karaktereigenschappen, woonsituatie etc. Voor sommige mensen kan het hebben van een gezin bijvoorbeeld een positieve invloed hebben op hun welzijn, voor anderen dan weer niet. Bij de persoonlijke factoren kan een onderscheid gemaakt worden tussen sociodemografische factoren, persoonskenmerken en sociale factoren.

De **werkgerelateerde factoren** zijn zaken die te maken hebben met het huisartsenberoep zelf. Een bepaalde praktijkorganisatie kan bijvoorbeeld zorgen voor meer stress bij sommige artsen, maar voor anderen kan dit dan weer meer rust brengen. Deze werkgerelateerde factoren kunnen enerzijds intrinsiek (eigen aan het huisartsenberoep zelf) en anderzijds extrinsiek (afhankelijk van praktische en organisatorische factoren) van aard zijn. De covid19-pandemie kan zowel een intrinsieke als extrinsieke werkgerelateerde factor voor het welzijn van huisartsen zijn.

Persoonlijke factoren

Sociodemografische factoren

Onder sociodemografische factoren worden de objectieve gegevens van de artsen bedoeld, zoals geslacht, leeftijd, gehuwd, alleenstaand etc. Zo zouden bijvoorbeeld mannelijke huisartsen en oudere huisartsen vaak meer bevlogen zijn in het huisartsenberoep dan vrouwelijke huisartsen of jonge huisartsen. [7,8] Daarnaast zouden huisartsen die een partner hebben, getrouwd zijn en/of kinderen hebben ook een beter algemeen welzijn ondervinden. [7,9,10]

Sociale factoren

Huisartsen geven vaak aan dat fysieke activiteit, voldoende slaap, hobby's en tijdsbesteding in de natuur hun algemeen welzijn kan bevorderen. [11–13] Daarnaast zouden huisartsen met een goede sociale **omgeving**, veel steun van vrienden en familie, een algemeen beter welbevinden hebben. [9,11,14]

Persoonskenmerken

Een belangrijk persoonskenmerk dat vaak terugkomt in studies als bepalende factor voor algemeen welzijn is **perfectionisme of verantwoordelijkheidszin**. Artsen die van nature perfectionistisch aangelegd zijn zullen vaker zichzelf en hun privéleven opofferen waardoor hun work-life balans onder druk komt te staan. Perfectionisme wordt echter reeds in de hand gewerkt vanuit de opleiding, aangezien daarin vaak geselecteerd wordt op basis van prestaties en excellentie. Dit zorgt vaak voor nog meer perfectionisme bij geneeskunde-studenten, wat ze ook later meenemen in het artsenberoep. [7,12,13] Daarnaast zouden artsen met een groot **empathisch vermogen** gevoeliger zijn voor stress in het huisartsenberoep. [12,13] Ook **faalangst** is een frequent terugkerend persoonskenmerk bij huisartsen met burn-out. [15] Huisartsen zelf beschouwen een natuurlijke interesse in de mens, stressbestendigheid, goede communicatievaardigheden, geduld en respect als de belangrijkste persoonskenmerken die nodig zijn om het huisartsenberoep te kunnen uitvoeren. [7]

Werkgerelateerde factoren

Intrinsieke werkgerelateerde factoren

Met intrinsieke werkgerelateerde factoren worden de kenmerken bedoeld die te maken hebben met het huisartsenberoep zelf, los van de praktische en organisatorische aspecten. Hierbij behoren de **vertrouwensrelatie** met patiënten en de **maatschappelijke rol als huisarts** tot enkele van de belangrijkste factoren die huisartsen aangeven als bevorderend voor hun bevlogenheid en algemeen welzijn. De zorg bij patiënten van verschillende leeftijden, alsook het behandelen van volledige families of gezinnen, kan de bevlogenheid van huisartsen positief beïnvloeden. [11–14] Daarnaast zijn de **diversiteit, variatie en afwisseling** met praktische medische handelingen (bv. bloedafnames, hechtingen) belangrijke bevorderende factoren voor de bevlogenheid bij huisartsen. [11,12,14,16] Het gevoel van **klinische competentie** en het feit dat huisartsen een verschil of verandering kunnen teweegbrengen in de gezondheid van patiënten is voor vele huisartsen voldoening gevend. [8,11,13] Echter, de **emotionele belasting** en soms moeilijke **arts-patiëntenrelaties**, alsook de **diagnostische onzekerheid** kunnen zorgen voor uitputting en een verminderd algemeen welzijn. [2,16,17]

Extrinsieke werkgerelateerde factoren

Met extrinsieke werkgerelateerde factoren voor welzijn worden de praktische en organisatorische aspecten van het huisartsenberoep beschreven. Zo kan de **financiële zekerheid,** die het huisartsenberoep biedt, van belang zijn voor huisartsen. Echter, artsen met een hoger inkomen zouden een minder algemeen welzijn ondervinden, aangezien zij vaak ook een hogere werkdruk ervaren. [11–13] Een goede balans tussen werkdruk en inkomen lijkt dus van belang. In het algemeen zijn een hoge **werkdruk** en lange werkuren belangrijke negatieve factoren voor het algemeen welzijn van huisartsen. [2,16,18] Dit zou volgens één studie belangrijker zijn voor vrouwelijke huisartsen, in vergelijking met mannelijke huisartsen. [11] Een hoge werkdruk wordt vaker gezien in regio's waar minder huisartsen werkzaam zijn. Hierdoor is de kans reëel dat huisartsen in deze regio's meer risico hebben op het ontwikkelen van burn-out. [19,20] Een factor die vaak wordt beschreven als uitputtend is de overvloed aan **administratieve taken**. [2,13,18,21–23] Het elektronische patiëntendossier biedt vele voordelen, maar toch blijkt dit soms een negatief effect te hebben op de bevlogenheid van huisartsen. Dit voornamelijk bij een slechte gebruiksvriendelijkheid van programma's. Technologie is bedoeld om de huisartsen te ontlasten, maar voor sommige huisartsen kan dit net een extra belasting vormen. [21–25] **Autonomie** en vrijheid in organisatie, management en

personeelszaken zou de bevlogenheid van huisartsen sterk bevorderen. [8,11,12,24,26–30] Huisartsen die, naast hun werk in de huisartsenpraktijk, nog een **andere professionele functie** uitvoeren zouden vaker bevlogen zijn. [8] Een andere frequent vermelde factor voor bevlogenheid en algemeen welzijn is de nabijheid van **collega's**. Dit wordt vaak beschreven als een beschermende factor voor burn-out, aangezien collega's kunnen zorgen voor minder eenzaamheid en isolatie, meer overleg en motivatie, en de mogelijkheid om de kunnen ventileren en relativeren. [7,11,12,14,19,20,26,28,30,31] Daarnaast kunnen collega's echter zorgen voor conflicten en mogelijks ook hiërarchie (vooral bij samenwerking tussen huisartsen en paramedici), waardoor dit door sommige huisartsen kan beschreven worden als een negatieve factor. [26,28,30,31] Op vlak van **praktijkorganisatie** worden de aanwezigheid van huisbezoeken zowel als positieve, maar ook als negatieve beïnvloedende factor voor hun bevlogenheid beschreven. [9] Inefficiëntie, hetgeen vaak bij huisbezoeken aanwezig is, werd wel beschreven als duidelijk negatief beïnvloedende factor. [13] Het hebben van voldoende werkvrije momenten, een gestructureerde dagindeling, en een beperking van de vrije raadplegingen zijn factoren die bevorderend zouden zijn voor het algemeen welzijn bij huisartsen. [12,32] Praktijken werken steeds vaker samen met een secretariaat of met praktijkassistenten. [33] Dit wordt vaak beschreven als rustgevend voor huisartsen. Echter volgens één studie zou de afwezigheid van een secretariaat geen belastende factor zijn voor huisartsen. [18] Indien er een efficiënte en correcte taakverdeling aanwezig is, alsook een vlotte communicatie, zou deze samenwerking met secretariaat en paramedici beter zijn voor het professionele welzijn. Huisartsen blijven het echter belangrijk vinden om de persoonlijke relatie met de patiënt te behouden. [26,30,34–37] Ook de **samenwerking met de wachtkring** kan een positief effect hebben op de bevlogenheid van huisartsen. [9] Belangrijk hierbij is de continuïteit van zorg en de flexibiliteit van collega's. [10] Een gemakkelijkere en efficiëntere **verwijzing naar de tweede lijn**, met een betere samenwerking en communicatie tussen huisartsen en specialisten kan zorgen voor meer jobvoldoening. [22,38,39] Voor sommige huisartsen zou het **opleiden** van stagairs of huisartsen in opleiding (HAIO's), alsook **academisch werk** een bevorderende factor zijn. [8,11] Een tekort aan **steun van de overheid** zou, vooral in gebieden met armoede, kunnen zorgen voor meer risico op burn-out bij huisartsen. [19,20] Enkele andere factoren die beschreven werden zijn agressie of pesten op het werk, medicolegale klachten van patiënten en problemen met de Orde der Geneesheren of het Riziv. [2]

Covid19-pandemie

Een recente bijkomende factor voor het welzijn van huisartsen is het optreden van de covid19-pandemie. Dit kan stress veroorzaken bij huisartsen wegens angst voor blootstelling, angst om een situatie verkeerd in te schatten, de vele telefonische beoordelingen en administratie, de uitgebreide

adviezen over hygiëne, ziektebeelden die plotseling kunnen verergeren, en de soms moeilijke beslissingen die moeten genomen worden. Dit alles kan zorgen voor een verminderd algemeen welzijn bij huisartsen. [44] Een recente studie werd uitgevoerd waarbij de invloed van de covid19-pandemie op het welzijn van huisartsen werd bekeken in verschillende landen. Daarin werd aangetoond dat vooral huisartsen met minder ervaring, in kleinere praktijken en met een kwetsbaardere patiëntenpopulatie, een groter risico hadden op stress veroorzaakt door de covid19-pandemie. Samenwerkingsverbanden en het hebben van voldoende steun van de overheid konden daarbij wel een beschermende rol spelen. [45]

Work-life balans

In verschillende studies wordt de work-life balans beschreven als een van de belangrijkste factoren in het voorkomen van burn-out bij huisartsen. Een goede work-life balans zorgt bij veel huisartsen voor meer jobvoldoening en algemeen welzijn. [10,11,16,29,34,40] Deze balans kan belangrijk zijn in het vermijden van uitstap uit het huisartsenberoep. [7,10,29,34,40] In een thesisonderzoek in 2020 was de algemene tevredenheid met de work-life balans bij huisartsen vrij hoog. [10] Uit een bevraging van 1295 artsen in België in 2018 bleek echter dat zowel huisartsen als specialisten een betere work-life balans wensten. Meer dan de helft van de bevraagde huisartsen werkte meer dan 60 uren per week, waarbij de overgrote meerderheid van hen dit eigenlijk niet wou. [41] Moeders met jonge kinderen zouden de meeste moeilijkheden ondervinden met het behouden van een goede work-life balans. [10] Deze balans schijnt van meer belang te zijn voor jongere huisartsen, aangezien zij vaak meer ambitie hebben om naast de praktijkvoering ook andere dingen te ondernemen, zowel op privé-vlak als andere professionele uitdagingen. [42,43]

Gevolgen en effect op kwaliteit van zorg

Het algemeen welzijn van huisartsen kan een invloed hebben op de kwaliteit van zorg die zij bieden. Een goede gezondheidszorg begint namelijk bij gezonde artsen. Het kan interessant zijn om te bestuderen of huisartsen zelf het gevoel hebben dat ze minder kwalitatieve zorg bieden op momenten dat ze een lager welzijn ervaren. Het lijkt ook maatschappelijk belangrijk. De relatie tussen burn-out en vroegere, al dan niet definitieve, uitstap uit het huisartsenberoep is namelijk reeds aangetoond. [13,42,46] De uitval van huisartsen wegens burn-out zorgt op zijn beurt dan weer voor een hogere werkdruk bij de nog werkzame artsen, waardoor ook zij minder goede zorg kunnen voorzien. [12,13,24] Desondanks blijkt dat veel huisartsen met stress of burn-outklachten toch vaak blijven doorwerken om collega's te blijven ondersteunen en hen niet teleur te stellen. [47] Burn-

out bij huisartsen kan leiden tot depressie, verslaving, alcoholmisbruik, relationele conflicten en suïcide. Daarnaast kan dit op professioneel vlak zorgen voor een ander voorschrijf- en doorverwijzingsgedrag, meer medische fouten, onprofessioneel gedrag naar patiënten toe en een algemeen verminderde productiviteit. [12,13,48–50] Een hoge werkdruk in het huisartsenberoep kan ook zorgen voor meer gemiste diagnoses, met een negatief effect op het zelfvertrouwen van de huisarts, maar ook op de patiënt. [13,17,22,50] Een groepspraktijk zou de werkdruk kunnen verlagen, waardoor huisartsen beter zijn uitgerust en dus ook mogelijks betere patiëntenzorg kunnen bieden. [51]

Verschil in welzijnsbepalende factoren bij soloartsen en groepspraktijken

Bovenstaande factoren zijn reeds meermaals bestudeerd in de literatuur, echter de vergelijking van deze factoren bij huisartsen werkzaam in groepspraktijken versus solopraktijken werd zelden gemaakt. Enkele studies tonen dat groepspraktijken het algemeen welzijn van huisartsen kunnen bevorderen, met de betere work-life balans als belangrijkste voordeel. [10,29,34,40] Een andere studie toont echter dat de bevlogenheid van huisartsen in groepspraktijken lager zou zijn dan bij solo-huisartsen. [8] Een studie waarbij 92 Vlaamse artsen werden bevraagd naar de voordelen en nadelen van solopraktijken kon niet volledig bevestigen dat werken in een groepspraktijk zou zorgen voor een betere bevlogenheid. De belangrijkste voordelen van een solopraktijk waren volgens de huisartsen het financiële aspect, de onafhankelijkheid en de sterke arts-patiëntenrelaties. De belangrijkste nadelen bleken het gebrek aan overleg, de moeilijker te organiseren continuïteit van zorg en de zwaardere werkbelasting. [52] Volgens een andere studie zou er weinig verschil bestaan tussen huisartsen in groeps- versus soloverband wat betreft het stressniveau, de administratieve last en de bevlogenheid. Enkel omtrent het financiële aspect zouden artsen in groepsverband meer tevreden zijn dan solo-huisartsen. [31] Huisartsen in groepsprakijken zouden een beter voorschrijfgedrag hebben, alsook een betere infrastructuur en meer therapeutisch en diagnostisch materiaal ter beschikking hebben. Ze zouden het elektronische patiëntendossier beter hanteren, meer kwaliteitsverbeterende projecten opzetten en meer evidence-based werken. [31,53] Huisartsen in groepsverband zouden echter minder telefonische bereikbaar zijn en patiënten zouden minder snel een afspraak kunnen krijgen. [53] Er blijken dus veel tegenstrijdige bevindingen te zijn in de literatuur wat betreft de bepalende factoren voor het algemeen welzijn bij huisartsen werkzaam in groeps- versus solopraktijken.

Onderzoeksvraag

In dit kwalitatief onderzoek willen we onderzoeken wat de belangrijkste bepalende factoren zijn voor het algemeen welzijn van huisartsen en of er een verschil is bij huisartsen in groepspraktijken versus solopraktijken. Is er een link tussen het welzijn van huisartsen en de kwaliteit van zorg, bekeken vanuit het artsen-perspectief?

Methode

Onderzoeksdesign

Initieel werd een literatuuronderzoek uitgevoerd om een beter zicht te krijgen over het onderwerp. Nadien werd een kwalitatief onderzoek opgestart op basis van diepte-interviews. Het onderzoeksdesign werd voorgelegd ter goedkeuring aan het 'Ethisch Comité UZGent'. Hierop werd een positief advies gegeven. (bijlage 1)

Literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek gebeurde op basis van reeds bestaande masterproeven en literatuur uit verschillende databases. Initieel werd een brede literatuurzoektocht uitgevoerd op basis van reeds bestaande masterproeven en 'grijze literatuur' (NHG, Huisarts Nu). Op basis daarvan werd een concretere onderzoeksvraag opgesteld. Uit deze masterproeven en artikels werden via de 'sneeuwbalmethode' een aantal bijkomende artikels weerhouden. Nadien werd een specifiekere literatuurzoektocht uitgevoerd via de databases Pubmed en Embase. Hiervoor werden een aantal trefwoorden gebruikt: 'general practice', 'general practitioner', 'primary health care', 'family medicine', 'physician', 'group practice', 'solo practice', 'work-life balance', 'workload', 'wellbeing', 'burnout', 'job satisfaction', 'quality of life', 'huisarts', 'burnout', 'burn-out', 'bevlogenheid', 'tevredenheid', 'groepspraktijk', 'solopraktijk', 'werkbelasting', 'autonomie', 'privéleven', 'voldoening', 'werk-privé balans'. Studies die gepubliceerd werden voor het jaar 2010 werden niet geïncludeerd. Daarnaast werden enkel artikels in het Nederlands, Frans of Engels weerhouden.

Kwalitatief onderzoek

Populatie

Alle huisartsen die geïnterviewd werden zijn actief als huisarts in een huisartsenpraktijk, al dan niet samen met andere collega's. Huisartsen-in-opleiding (HAIO's) en artsen ouder dan 65 jaar werden niet geïncludeerd. In totaal werden acht huisartsen geïnterviewd, waarvan vier werkzaam in een groepspraktijk en vier in een solopraktijk. Vijf van hen waren vrouwelijk en drie waren mannelijk.

Rekrutering

De rekrutering van huisartsen voor deze studie gebeurde door het project kenbaar te maken bij de wachtkring in de regio Dendermonde. De geïnteresseerde artsen werden nadien gecontacteerd via e-mail of telefoon om een moment af te spreken voor een diepte-interview. Zij kregen een informatiebrief toegestuurd voorafgaand aan het gesprek. (bijlage 2)

Interviews

In de diepte-interviews werden een aantal aspecten bevraagd op basis van de vooraf opgestelde 'interview guide'. (bijlage 3) De interviews werden opgenomen (enkel geluid), mits toestemming van de deelnemer. De huisartsen gaven zowel mondelinge, als schriftelijke toestemming voor het interview. (bijlage 4) De interviews vonden plaats in de periode augustus 2022 tot oktober 2022.

Dataverzameling en -analyse

De anonimiteit van de deelnemers werd bewaakt. Enkele persoonsgegevens werden vermeld, gezien het belang voor het doel van het onderzoek (vb. geslacht, leeftijd, praktijkvorm). De codering van de deelnemende huisartsen gebeurde als volgt: geslacht M/V – leeftijd – praktijkvorm G/S (vb. man van 41 jaar werkzaam in een groepspraktijk = M41G).

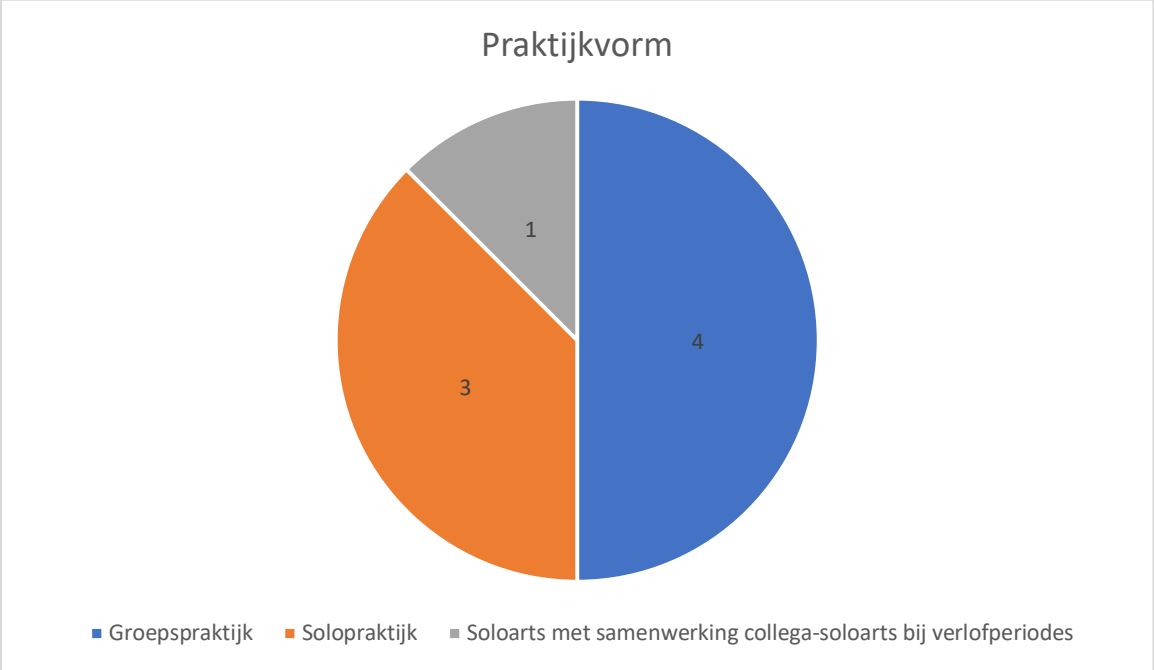
De verwerking van de interviews gebeurde op basis van de QUAGOL (Qualitative Analysis Guide of Leuven). [54] Dit is een gids om zo correct mogelijk inzicht te krijgen in de interviewdata van een kwalitatief onderzoek. Na het uittypen en uitvoerig nalezen van de interviews werden deze gecodeerd in het softwareprogramma Nvivo. Alle quotes uit de interviews werden gelinkt aan een bepaalde code. Een overzicht van de codes werd opgesteld na onderling overleg met de promotoren. (bijlage 5) Op basis daarvan werden de resultaten beschreven en werd een consensus bereikt.

Resultaten

In totaal werden acht artsen geïnterviewd. Een interview duurde gemiddeld 30 tot 60 minuten. De interviews werden steeds door dezelfde interviewer uitgevoerd. Er werd gewerkt met open vragen, en enkele onderwerpen werden aangekaart aan de hand van de vooraf opgestelde 'interview guide', op basis van de literatuur. (bijlage 3)

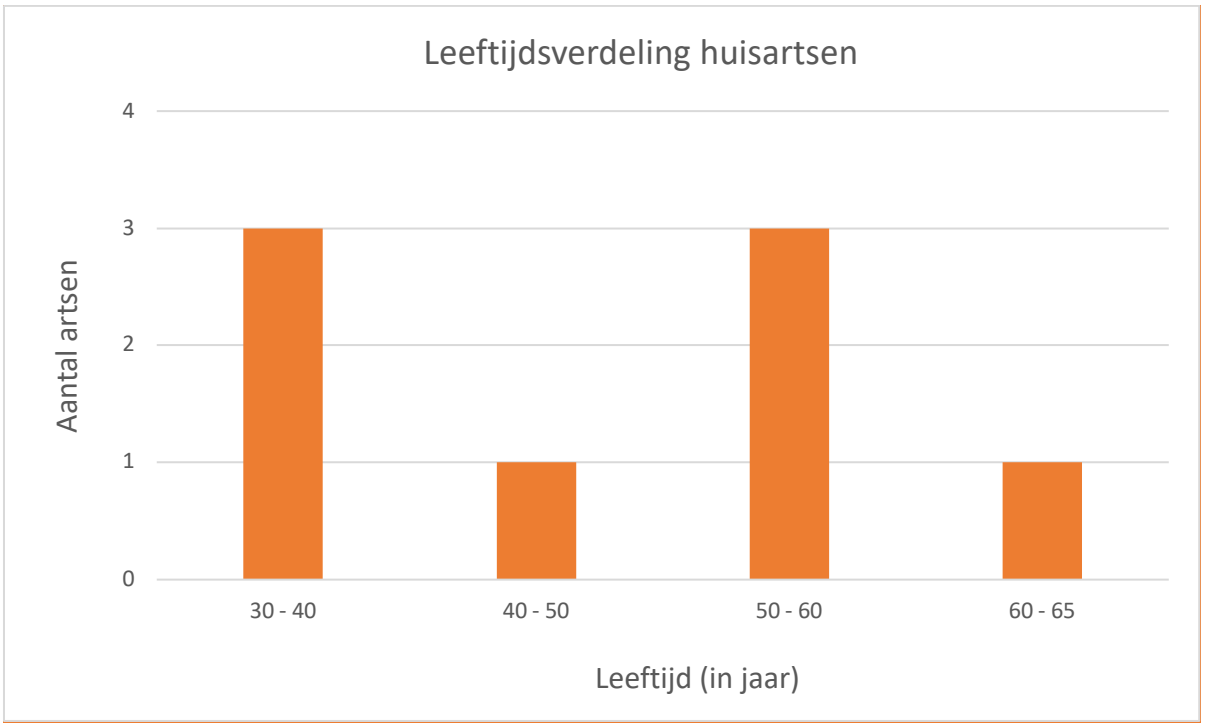
Karakteristieken geïnterviewde artsen

Van de acht geïnterviewde huisartsen is 50% werkzaam in een groepspraktijk met twee of meer artsen. De andere 50% is werkzaam in een solopraktijk. Eén soloarts verwijst, tijdens verlofperiodes, de patiënten door naar een collega-arts in de buurt. De elektronische dossiers worden onderling gedeeld via hetzelfde platform. (Grafiek 1)



Grafiek 1: Verdeling geïnterviewde huisartsen op basis van praktijkvorm

De leeftijd van de huisartsen was gevarieerd. 37.5% (n=3) van de artsen was 30 tot 40 jaar oud, 12.5% (n=1) was tussen de 40 en 50 jaar, 37.5% (n=3) had een leeftijd tussen 50 en 60 jaar, en 12.5% (n=1) was ouder dan 60 jaar. (Grafiek 2)

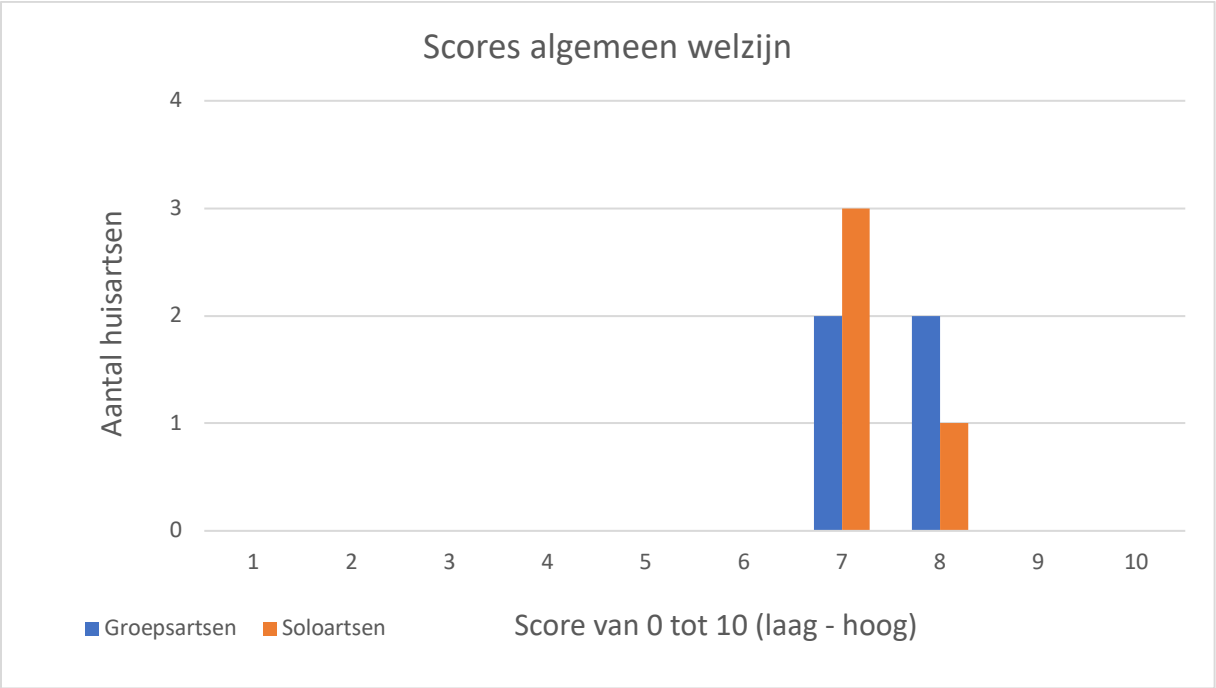


Grafiek 2: Verdeling geïnterviewde huisartsen op basis van leeftijd

Een meer gedetailleerd overzicht van de karakteristieken van de geïnterviewde huisartsen werd opgesteld. (bijlage 6)

Algemeen welzijn

Er werd gevraagd aan de artsen hoe zij hun algemeen welzijn ervaarden. Elke huisarts gaf hieraan een score van nul tot tien, waarbij nul een zeer slecht welzijn was, en tien was een uitermate goed welzijn. (Grafiek 3) Van alle huisartsen samen gaf 62.5% (n=5) een score zeven en 37.5% (n=3) gaf een score acht. Van de groep soloartsen (n=4) gaven 75% (n=3) de score zeven aan hun algemeen welzijn. 25% (n=1) scoorde acht. Anderzijds, uit de groep artsen die werkzaam was in een groepspraktijk (n=4) scoorde 50% (n=2) de score zeven en 50% (n=2) de score acht. Alle artsen gaven aan dat, naast hun privé-situatie, hun bevlogenheid in het huisartsenberoep een zeer grote rol speelde in hun algemeen welzijn.



Grafiek 3: Scores algemeen welzijn

Twee van de acht artsen zeiden dat deze score zelfs doorheen de dag kon variëren. **(V53S, V34G)** Vier artsen gaven aan dat er in het verleden tijden zijn geweest dat hun score lager zou geweest zijn, en dat ze het huisartsenberoep dus nu liever doen dan vroeger. **(V46G, V59S, M32G, M63S)**

Bepalende factoren voor het algemeen welzijn van huisartsen

Er werd een onderverdeling van de welzijnsbepalende factoren opgesteld op basis van de literatuur en de bekomen informatie uit de interviews. In onderstaande tabel wordt deze onderverdeling beschreven, met daarbij het aantal huisartsen waarvoor de factoren van belang waren. De factoren die meer dan 50% van de geïnterviewde huisartsen vermeldden als bepalend voor hun welzijn werden blauw gearceerd. Daarnaast werd een gele arcering gebruikt wanneer er een verschil van minstens twee artsen bestond bij de vergelijking tussen soloartsen en groepsartsen. De donkergele arcering werd gebruikt bij de factoren die door meer dan 50% van de geïnterviewde huisartsen werden vermeld als welzijnsbepalend én waarbij er een verschil van minstens twee artsen op te merken was tussen soloartsen en groepsartsen. Dit om een beter idee te krijgen over welke welzijnsbepalende factoren meer doorwegen, en of deze verschillen tussen de solo huisartsen en huisartsen in een groepspraktijk. (Tabel 1)

	TOTAAL aantal huisartsen	Aantal solo-huisartsen	Aantal groeps-huisartsen	Positieve of negatieve invloed op welzijn
PERSOONLIJKE SOCIODEMOGRAFISCHE FACTOREN				
Partner	3	2	1	Positief
Gezin	3	1	2	Positief
PERSOONLIJKE SOCIALE FACTOREN				
Hulp bij huishouden	7	4	3	Positief
Hulp bij de opvoeding van de kinderen	6	3	3	Positief
Voldoende slaap	3	2	1	Positief
Vrienden en familie	1	0	1	Positief
Vrijetijdsbesteding	4	2	2	Positief
PERSOONSKENMERKEN				
Communicatieve vaardigheden	8	4	4	Positief
Doorzettingsvermogen, discipline	1	1	0	Positief
Empathisch vermogen	3	2	1	Positief
Geduld	1	1	0	Positief
Grenzen kunnen stellen	2	1	1	Positief
Relativeringsvermogen	1	1	0	Positief
Verantwoordelijkheidszin	2	1	1	Positief
Zelfvertrouwen uitstralen	1	1	0	Positief
Vrolijkheid	1	0	1	Positief
Weerbaarheid en draagkracht	1	1	0	Positief
INTRINSIEKE WERKGERELATEERDE FACTOREN				
Agressieve, mondige patiënten	4	2	2	Negatief
Eisende patiënten	4	2	2	Negatief
Ondankbaarheid van patiënten	1	0	1	Negatief
Diagnostische onzekerheid	1	1	0	Negatief
Verantwoordelijkheid	2	0	2	Negatief
Diversiteit in pathologie	3	2	1	Positief
Shared decision making	7	4	3	Positief
Patiënten tevredenheid	2	2	0	Positief
Blijven bijleren, bijscholingen	6	3	3	Positief
Vertrouwensrelatie en contact met patiënten	7	3	4	Positief
Emotionele belasting, psychosociale consultaties	3	2	1	Negatief
Maatschappelijke rol, het begeleiden van mensen	1	1	0	Positief
Zorg voor families	2	1	1	Positief
Flirtgedrag van patiënten	1	0	1	Negatief
Werkzekerheid	1	0	1	Positief
EXTRINSIEKE WERKGERELATEERDE FACTOREN				
Secretariaat	4	0	4	Positief
Huisbezoeken	4	1	3	Negatief
Werkvrije momenten, vast werkschema	8	4	4	Positief
Administratie	6	4	2	Negatief
Technologie, EMD	1	1	0	Negatief
Woon-werk verkeer (praktijk vlakbij woning)	4	3	1	Positief
Andere professionele activiteiten, academisch werk	3	2	1	Positief

Opleiding HAIO's en/of stagiairs	4	0	4	Positief
Andere visie over praktijkvoering	3	1	2	Negatief
Verschillende generaties artsen in de praktijk	2	1	1	Negatief
Opvoeding van patiënten	5	4	1	Positief
Autonomie	8	4	4	Positief
Beschikbaarheid, onvoorspelbaarheid, flexibiliteit	6	2	4	Negatief
Continuïteit van zorg	2	0	2	Positief
Effect van het huisartsenberoep op de gezinsleden	4	2	2	Negatief
Collega's, collegialiteit	7	3	4	Positief
Patiënten die veranderen van arts	2	1	1	Negatief
Goede samenwerking met tweede lijn	8	4	4	Positief
Goede samenwerking met wachtkring en wachtpost	7	3	4	Positief
Wachtdiensten	7	3	4	Negatief
Hoge werkdruk, werkuren	4	1	3	Negatief
Patiëntenstop	3	2	1	Negatief
Financieel aspect	5	3	2	Positief
Tekort aan steun van de overheid	5	3	2	Negatief
COVID19-PANDEMIE				
Organisatorische gevolgen	5	2	3	Negatief
"Vraag het aan de huisarts!"	2	2	0	Negatief
(Minder) waardering en respect voor de huisarts	2	1	1	Negatief
Angst voor besmetting	1	1	0	Negatief
Dilemma van (niet) werken bij een positieve test	1	1	0	Negatief
Verandering bevlogenheid ten gevolge van Covid19	1	1	0	Negatief
WORK-LIFE BALANS	5	3	2	Positief

Tabel 1: Frequentie van vermelding van de welzijnsbepalende factoren.
- *Blauwe arcering: vermeld door >50% van de huisartsen*
- *Gele arcering: verschil van min. 2 artsen (solo- versus groepshuisartsen)*
- *Donkergele arcering: vermeld door >50% + verschil van min. 2 artsen (solo- versus groepshuisartsen)*

1. Persoonlijke factoren

1.1. Sociodemografische factoren

1.1.1. Partner

Drie artsen gaven expliciet aan dat hun partner een grote rol speelde in hun algemeen welzijn en in het kunnen volhouden van hun beroep. **(V46G, V59S, M63S)** Kunnen ventileren met hun partner over de gebeurtenissen van de dag was voor hen van groot belang. Twee van de drie huisartsen die aangaven dat hun partner een grote rol speelde in hun welzijn, hadden een arts als partner, wat door hen als positief werd beschouwd. **(V59S, M63S)**

1.1.2. Gezin

Bij drie artsen kregen de kinderen en het gezinswelzijn een duidelijke prioriteit. Zij gaven aan dat ze een goede thuisbasis nodig hadden om goed te kunnen functioneren. **(V46G, V58G, M63S)**

> "Mijn kinderen en ons gezin stonden bij mij altijd op prioriteit nummer 1. Ik mag van veel geluk spreken, ik heb nooit grote familiale of relationele problemen gehad. We hebben een ongelooflijk goede relatie met ons twee en ook met onze twee dochters. We hebben heel vaak gezegd tegen elkaar dat je echt moet kunnen terugvallen op een goede thuisbasis, zeker met ons beroep." (M63S)

Eén van de huisartsen gaf aan dat ze het zeer moeilijk had toen haar kinderen klein waren, en dat ze dit best belastend vond als jonge mama. **(V59S)**

> "Als mijn kinderen klein waren dan ging het met mij ook echt niet goed. Mijn (ex-)man op zee, ik hier helemaal alleen. Ik heb toen vaak gedacht dat ik dit niet zou volhouden." (V59S)

1.2. Sociale factoren

1.2.1. Hulp bij huishouden en opvoeding van kinderen

Alle huisartsen hadden een poetshulp en zeven van hen gaven aan dat dit hen rust bracht, omdat dit hen veel tijd kon besparen. Zes van de acht huisartsen hadden kinderen, en vier van hen kregen (al dan niet vroeger) veel hulp van de ouders en schoonouders bij de opvang van hun kinderen. **(V46G, V53S, V58G, M63S)** Twee van de huisartsen met kinderen hadden vroeger een onthaalmoeder die (deeltijds) thuis op de kinderen kwam letten en koken. **(V46G, V59S)** Alle huisartsen met kinderen vonden deze hulp bij de opvang van hun kinderen zeer voordelig en noodzakelijk.

> "Ik heb vier Zuid-Afrikaanse Au Paires gehad toen de kinderen klein waren, maar dat is nu al lang geleden. Ik had geen keuze. Mijn man was scheepvaartofficier dus die zat altijd op zee en ik zat hier alleen met mijn kinderen. Toen was het toch wel moeilijk." (V59S)

1.2.2. Voldoende uren slaap

Drie artsen gaven aan dat voldoende uren slapen per dag een groot effect had op hun algemeen welzijn en functioneren doorheen de dag. **(V46G, V53S, M63S)**

1.2.3. Vrienden en familie

Voor één van de artsen waren haar vriendinnen zeer belangrijk voor haar in de periode dat ze het professioneel moeilijk had. Zij hechtte veel belang aan een goede relatie met vrienden en familie om op te kunnen steunen. **(V46G)** Een andere arts zei dan weer dat hij sociale activiteiten met vrienden en familie vaak bewust afhield op momenten dat hij het druk had. In stressvolle periodes was hij liever alleen thuis, in plaats van af te spreken met familie of vrienden. **(M32G)**

1.2.4. Vrijetijdsbesteding

Vier van de acht artsen hadden duidelijk nood aan hobby's en vrijetijdsbesteding. Zowel fysieke inspanning, alsook culturele honger was bij twee van hen uitgesproken aanwezig. **(V46G, V59S, V58G, M63S)**

> "Ik heb heel vaak honger naar wat cultuur. Ik heb dat echt nodig, zo wat ervaring buiten het medische beroep. Ik ga heel graag naar de opera, ik heb daar een abonnement. Ook lezen zorgt voor mij voor een stabieler welzijn. Ik doe wel veel dingen graag, ik heb soms schrik dat mijn leven te kort gaat zijn om dat allemaal te kunnen doen." (V46G)

Twee artsen gaven echter aan dat ze na een lange werkdag liever alleen in stilte thuis waren, dan nog energie te steken in hobby's buitenshuis. **(V34G, M32G)**

1.3. Persoonskenmerken

1.3.1. Communicatieve vaardigheden

Alle artsen vonden dat goede communicatieve vaardigheden van groot belang waren om een goede huisarts te kunnen zijn. Communicatie zowel naar de collega's toe, maar ook naar de patiënten. **(V46G, V53S, V59S, V34G, M32G, V58G, M63S, M35S)**

1.3.2. Doorzettingsvermogen en discipline

Eén van de artsen vond dat een huisarts veel discipline en doorzettingsvermogen nodig heeft om te blijven werken, om zo de zorg voor patiënten te kunnen behouden. **(V53S)**

1.3.3. Empathisch vermogen

Het goed kunnen luisteren naar patiënten en het kunnen inleven in het verhaal werd door drie artsen vernoemd als een zeer belangrijke eigenschap om een goede huisarts te kunnen zijn. **(V46G, V59S, M63S)** Eén van hen vond empathie echter een gevaarlijk woord. **(V59S)**

> "Empathie vind ik een dubbel en gevaarlijk woord, ik heb daar al vaak discussies over gehad. Ik vind dat het een dubbele betekenis heeft. Is het kunnen doen alsof je iemand begrijpt, of begrijp je die dan echt? Je kan empathie spelen, maar is de empathie daarom ook oprecht?" (V59S)

1.3.4. Geduld

Geduld was volgens één van de artsen zeer cruciaal in het huisartsenberoep. Dit omdat niet elke patiënt onmiddellijk mee is in het verhaal, en je als huisarts te maken hebt met de verschillende lagen van de maatschappij. **(M63S)**

1.3.5. Grenzen kunnen stellen

Twee artsen zeiden expliciet dat ze assertiviteit en het kunnen grenzen stellen naar patiënten toe zeer belangrijk vonden om het huisartsenberoep te kunnen volhouden. **(V46G, M35S)** Eén arts zei echter dat een huisarts zichzelf wat moet kunnen aan de kant zetten in functie van de praktijk en de patiënten. **(V53S)**

1.3.6. Relativeringsvermogen

Relativeringsvermogen en het kunnen naast zich neerleggen van bepaalde zaken werd door één van de artsen vermeld als belangrijke eigenschap van een huisarts. **(V59S)**

1.3.7. Verantwoordelijkheidszin

Twee artsen vonden dat een groot verantwoordelijkheidsgevoel van belang was om goede zorg te kunnen bieden aan patiënten, maar dat dit ook kon bijdragen aan een hogere bevlogenheid. **(V34G, V53S)**

1.3.8. Zelfvertrouwen uitstralen

Volgens één van de artsen was het belangrijk om als huisarts voldoende zelfvertrouwen uit te stralen tijdens consultaties. **(M63S)**

> "In de covid-periode ben ik wel een paar keer van mezelf geschrokken omdat ik toch een stukje van mijn zelfvertrouwen ben verloren doordat ik zo in angst leefde. Maar mijn vrouw zegt dan: ook al weet je het niet zeker, dan nog moet je vertrouwen uitstralen naar uw patiënt toe, want je wordt ook gelezen door de patiënt, hé." (M63S)

1.3.9. Vrolijkheid en optimisme

Eén van de artsen vond dat haar optimisme en vrolijkheid het voor haar gemakkelijker maakten om drukke dagen als huisarts door te komen. **(V46G)**

1.3.10. Weerbaarheid en draagkracht

Een grote draagkracht en weerbaarheid als huisarts werd expliciet vermeld door één huisarts als zijnde belangrijk voor een goede bevlogenheid of professioneel welzijn. **(V53S)**

2. Werkgerelateerde factoren

2.1. Intrinsieke werkgerelateerde factoren

2.1.1. Agressieve, mondige patiënten

Vier van de acht geïnterviewde huisartsen gaf aan dat ze moeilijk konden omgaan met fysiek of verbaal agressieve patiënten. **(V46G, V53S, V59S, V34G)** Ook ondervonden zij een duidelijke negatieve evolutie ten opzichte van vroeger. Enkele van hen hadden noodknoppen geïnstalleerd in de kabinetten en vonden dit een meerwaarde omdat ze zich zo toch iets veiliger voelden.

> "Ik heb een patiënt en die klopt soms zo hard op tafel zodat ik bijna van mijn stoel val. Hij is zeer eisend en agressief, en al zeker als ik vraag om te betalen. Dat is bijna bij elk huisbezoek. Ik ben zelfs op een bepaald moment eens bijna al wenend buiten gegaan, ik heb gewoon gedaan wat hij vroeg, ik heb geen geld durven vragen en ik ben naar buiten gelopen. En toen dacht ik, dit wil ik toch niet meer. Ik heb er tot nu toe nog niets over durven zeggen." (V34G)

De andere huisartsen gaven ook aan dat zij af en toe te maken hadden met agressieve, mondige patiënten, maar dat ze zich nooit echt bedreigd hebben gevoeld. Zij konden dit iets beter naast zich neerleggen. **(M32G, V58G, M63S, M35S)** Eén van hen zei dat het secretariaat vaak nog veel meer te maken had met verbale agressie van patiënten dan de huisartsen zelf. **(M35G)**

2.1.2. Eisende patiënten

Het feit dat patiënten meer eisen en vinden dat dingen onmiddellijk moeten gebeuren woog bij vier van de acht artsen vaak mentaal door. **(V46G, V53S, V59S, V34G)** Twee van hen gaven aan dat ze wel met de jaren ervaring meer weerwoord durfden bieden indien patiënten iets onredelijks vroegen. **(V53S, V59S)**

2.1.3. Ondankbaarheid van patiënten

Eén van de huisartsen gaf aan dat volgens haar patiënten minder dankbaar zijn voor het werk van de huisarts dan vroeger. Ze bedenkt zichzelf wel dat ondankbare opmerkingen van patiënten mogelijks ook veel langer blijven hangen dan dankbare, vriendelijke opmerkingen. **(V34G)**

2.1.4. Diagnostische onzekerheid

Eén van de huisartsen zei dat ze vooral in het begin van haar carrière vaak onzeker was over de diagnostiek, net omdat het huisartsenberoep zo breed is. Volgens deze huisarts zouden er opnieuw meer algemeen internisten moeten opgeleid worden, zodat de huisartsen indien nodig advies kunnen vragen aan hen. **(V59S)**

2.1.5. Verantwoordelijkheid

Zoals voorheen werd beschreven, is een goede verantwoordelijkheidszin volgens sommige artsen van belang om een goede huisarts te kunnen zijn. Twee huisartsen gaven echter wel aan dat de grote verantwoordelijkheid die je als huisarts draagt bij bepaalde beslissingen een grote invloed had op hun rust en algemeen welzijn. **(M32G, V58G)**

> "De verantwoordelijkheid vind ik soms toch ook wel een nadeel. Ik kan daar soms van wakker liggen als er een moeilijke casus was die dag. En de echt dringende acute zaken, daar krijg ik toch ook wel meer en meer stress van." (V58G)

2.1.6. Diversiteit in pathologie

De brede waaier aan pathologie en de variatie doorheen de dag werd door drie huisartsen omschreven als een van de grootste voordelen van het huisartsenberoep. Dit bracht hen meer jobvoldoening of bevlogenheid, wat ook zorgde voor een beter algemeen welzijn. **(V59S, V34G, M63S)**

> "Het feit dat we zeer algemeen opgeleid zijn, vind ik een heel groot voordeel. We komen daar niet genoeg mee naar buiten als huisartsen, terwijl dat een vaardigheid

> is die je nergens leert in een cursus. Een kliniek kunnen inschatten en dat buikgevoel, dat maakt ons beroep zeer mooi en uitdagend." (M63S)

2.1.7. 'Shared decision making'

'Shared decision making' werd door zeven artsen als een positieve evolutie in het huisartsenberoep bekeken, en zorgde voor meer gemoedsrust en een hogere bevlogenheid. **(V46G, V53S, V59S, V34G, V58G, M63S, M35S)** Eén van de artsen maakte zich echter wel de bedenking dat dit soms wel iets meer tijd en energie in beslag nam om alle behandelingsopties uit te leggen aan de patiënt. **(M32G)**

2.1.8. Patiënten tevredenheid

Voor twee huisartsen bleek de patiënten tevredenheid van groot belang voor hun bevlogenheid en algemeen welzijn, maar beiden gaven aan dat dit in het begin van hun carrière belangrijker was dan nu. **(V53S, V59S)**

> "Ik nam het vaak heel persoonlijk als patiënten duidelijk niet tevreden waren en daar kon ik echt slecht van lopen. Nu is dat al iets beter, maar ik had daar echt moeite mee. Dus patiënten tevredenheid is nog steeds belangrijk voor mij, maar ik kan het al iets meer van me afzetten." (V59S)

2.1.9. Blijven bijleren, bijscholingen

Zes huisartsen hechtten heel veel belang aan bijscholingen en het 'up-to-date' blijven met de richtlijnen. **(V46G, V59S, V34G, V58G, M63S, M35S)**
De twee andere huisartsen gaven aan dat ze dit ook belangrijk vonden, maar dat ze hier onvoldoende tijd voor konden vrijmaken. **(V53S, M32G)**

2.1.10. Vertrouwensrelatie en contact met patiënten

Zeven van de acht artsen gaven aan dat het contact en de relatie met hun patiënten één van de grootste drijfveren was waarom ze hun beroep graag deden. Dit was waar zij vaak het meeste voldoening en energie uit haalden. **(V46G, V59S, V34G, M32G, V58G, M63S, M35S)**

> "Ik denk soms: 'waar geniet ik eigenlijk van?'. En dat is bij mij overduidelijk het contact met mijn patiënten, daarom dat mijn consultaties nu een halfuur duren in plaats van een kwartier. Omdat ik daar zoveel vreugde uit haal. Ik kan mijn patiënten niet missen." (M58G)

2.1.11. Emotionele belasting, psychosociale consultaties

Patiënten komen vaak niet alleen met fysieke klachten bij de huisarts, maar ook met mentale klachten of sociale problemen. Drie huisartsen gaven aan dat dit bij hen soms mentaal kon doorwegen. **(V53S, V34G, M63S)** Eén van hen zei dat je best goed in uw eigen vel moet zitten om voldoende energie te kunnen opbrengen voor de mentale moeilijkheden waarmee de patiënt bij u komt, maar ook voor patiënten met een euthanasievraag. **(M63S)**

> "Je moet eigenlijk ook goed in uw eigen vel zitten, denk ik. Want je hebt eigenlijk heel veel energie nodig, want sommige patiënten of casussen vergen zeer veel energie. Zo was er bijvoorbeeld een bepaald moment waarop ik te weinig energie had, en ik het echt niet kon opbrengen om een euthanasie uit te voeren. Ik had er op dat moment te weinig mentale ruimte voor. Ik ben toen wel tweede arts geweest om de patiënt toch wat bij te staan." (M63S)

Een andere huisarts gaf aan dat een speciaal nomenclatuurnummer voor een psychologisch consult de huisartsen mogelijks meer zou kunnen motiveren om voldoende tijd te nemen voor deze patiënten. **(V34G)**

2.1.12. Maatschappelijke rol, het begeleiden van mensen

Als huisarts heb je een bepaalde rol in de maatschappij en kan je patiënten begeleiden op verschillende manieren. Voor één van de huisartsen was dit een duidelijk voordeel van het huisartsenberoep. **(V46G)** Voor een andere huisarts ging dit echter soms iets te ver. **(M35S)**

> "Er wordt al snel gezegd: vraag het maar aan uw huisarts. Ook met covid19 bijvoorbeeld was het al snel 'vraag het aan uw huisarts'. Op den duur zijn we zo huisarts, relatietherapeut, psycholoog, meneer pastoor, enzovoort. We zijn op de duur alles." (M35S)

2.1.13. Zorg voor families

Twee huisartsen haalden veel voldoening uit het zorgen voor volledige families, waarvan ook de kinderen en kleinkinderen bij hen bleven komen als patiënt. **(V59S, V58G)**

2.1.14. Flirtgedrag door patiënten

Een vrouwelijke huisarts vertelde dat ze in het verleden te maken heeft gehad met een patiënt die voortdurend flirtgedrag vertoonde met haar tijdens elke consultatie. Dit vond

zij niet aangenaam en het zorgde voor een zeer ongemakkelijk gevoel dat ze mee naar huis nam 's avonds. **(V58G)**

2.1.15. Werkzekerheid

Aangezien er een groot huisartsentekort bestaat, is er momenteel veel werkzekerheid voor afstuderende huisartsen. Deze werkzekerheid vond één van de huisartsen geruststellend. **(V34G)**

2.2. Extrinsieke werkgerelateerde factoren

2.2.1. Praktijkorganisatie

1) Secretariaat, telefoons tijdens consultaties

Alle artsen die werkzaam waren in een groepspraktijk hadden ook een secretariaat, hetgeen zij als zeer voordelig zagen. Ze zeiden allemaal dat het secretariaat hun zeer sterk had ontlast tijdens de covid19-periode. Als het secretariaat op verlof was, stoorden zij zich aan de telefoons tijdens de consultaties. **(V46G, V34G, M32G, V58G)**

Alle soloartsen werkten zonder secretariaat (maar wel met een online-agendasysteem), hetgeen zij ook als voordelig ervaarden. Zij vonden dat ze zelf beter telefonisch konden oordelen of iets al dan niet dringend was. De vele telefoons tijdens de consultaties vonden zij niet leuk, maar aangezien ze dit zo gewoon waren hadden zij hier weinig problemen mee. **(V53S, V59S, M63S, M35S)**

2) Huisbezoeken

Vijf van de acht huisartsen zou minder huisbezoeken willen doen. Vooral de huisbezoeken tijdens de namiddag, waarna nog een blok consultaties volgt, werd door velen als stressvol omschreven. **(V46G, V53S, V34G, M32G, V58G)**

Anderzijds vonden alle huisartsen het wel fijn om af en toe eens buiten te zijn. Dit zorgde ervoor dat de lange werkdagen iets minder lang aanvoelden.

> "Vooral dat ik op tijd terug moet zijn voor de consultaties na mijn blokje huisbezoeken, die druk voel ik elke dag. En meestal weet je wel hoeveel

> huisbezoeken je hebt, maar als er dan nog een huisbezoek tussenkomt, dan wordt het natuurlijk heel stressvol." (M32G)

3) Werkschema, werkvrije momenten

Het hebben van een vrije avond en/of namiddag was voor alle artsen zeer waardevol, vooral omdat het een periode is waarin ze niet bereikbaar zijn voor patiënten en er meer ruimte is voor sociale activiteiten. Dit gaf hen rust en zorgde ervoor dat ze het beroep volhielden.

2.2.2. Administratie

Administratie was een van de meest vermelde negatieve kenmerken van het huisartsenberoep. Zes van de acht huisartsen gaf aan dat ze absoluut niet graag administratief werk deden en dat dit weldegelijk een negatief effect kon hebben op hun gemoed. **(V53S, V59S, M32G, V58G, M63S, M35S)** Eén arts vond dit niet aangenaam maar ook niet erg, omdat de secretaresse heel veel opving. **(V46G)** Nog een andere arts vond administratie zelfs vrij leuk, en zou het niet erg vinden om dagelijks een halve dag consultaties en een halve dag administratie te moeten doen. **(V34G)** Vooral de verschillende soorten bijkomende attesten waren voor alle huisartsen frustrerend en werden als compleet onnuttig beschouwd.

> "Ik kan er niet meer mee leven met de onzin van attesten. Dat is een verkorting van mijn leven. Ik word daar onnozel van, van al dat paraplu gedoe van werkgevers of eender wie die zich willen indekken door attesten te vragen aan de dokter. Niemand wil verantwoordelijkheid nemen en dan lossen ze het zo maar op. Als ze dan doodvallen dan heb ik het gedaan. Dat vind ik echt het ergste aan het beroep. En als je uw consultaties bekijkt, hoe vaak hebben patiënten u niet nodig gewoon puur voor papieren?! Dat is niet leuk he, daarvoor ben ik nooit huisarts geworden." (M63S)

2.2.3. Technologie, EMD

De digitalisering van de patiëntendossiers heeft volgens de meeste huisartsen veel voordelen gebracht, maar voor één van de geïnterviewde artsen was dit een belangrijke reden om de beslissing te maken om iets sneller op pensioen te gaan. **(M63S)**

> "De digitalisatie, ik heb me eraan aangepast, maar als de laptop of het programma niet goed werkt dan zitten we te prullen, he. Ik heb ook mijn twijfels of de privacy wel zoveel beter is nu het allemaal gedigitaliseerd is. Mijn papieren dossiers op zolder, dat is op zich ook privacy, tenzij er iemand komt inbreken. Ik denk dat de covid19-periode en de digitalisering voor mij persoonlijk de belangrijkste redenen zijn geweest om de beslissing te maken om binnen een tweetal jaar op pensioen te gaan." (M63S)

2.2.4. Woon-werkverkeer

Vier artsen hadden hun praktijkruimte in of naast hun privéwoning. Allen zeiden ze dat ze dit een groot voordeel vonden, vooral omdat dit gemakkelijk te combineren was met de zorg voor de kinderen. **(V46G, V53S, V59S, M63S)** De vier overige artsen vonden de verplaatsing niet nadelig. **(V34G, M32G, V58G, M35S)** Eén arts moest langer dan 30 minuten rijden, maar ook hij vond dit geen groot nadeel. **(M32G)**

2.2.5. Andere professionele activiteiten, academisch werk

Drie huisartsen waren CRA-arts, en allen vonden ze dit een duidelijke meerwaarde voor hun professioneel welzijn. Eén van hen was daarnaast ook palliatief arts. Het actief zijn in een ander werkveld beschouwden zij als verfrissend en uitdagend. **(V46G, V53S, V59S)**

2.2.6. Opleiding HAIO en/of stagiairs

De vier artsen in een groepspraktijk hadden allemaal ook een HAIO in de praktijk. Twee van hen waren praktijkopleider. Allemaal vonden ze het opleiden van HAIO's en stagiairs zeer leuk, uitdagend en voldoening gevend. **(V46G, V34G, M32G, V58G)**

> "Ik doe dat heel graag. Het is natuurlijk wel meer werk, maar ik vind het vooral ook heel verrijkend omdat je bij de les moet blijven en meer evidence-based probeert te werken. Ik haal er heel veel voldoening uit." (V46G)

2.2.7. Andere visies over praktijkvoering

Drie artsen hechtten zeer veel belang aan een goede gemeenschappelijke visie in een groepspraktijk waar iedereen achter stond. **(V46G, V58G, M35S)** Eén van hen werkte vroeger in een groepspraktijk, maar was nu als soloarts actief, net omwille van andere visies over praktijkvoering in zijn voorgaande praktijk. **(M35S)**

> "Je moet een beetje dezelfde visie hebben en je moet steeds wat rekening houden met elkaar. Met hoe meer je bent, hoe meer nood er ook is aan overleg." (V46G)

2.2.8. Verschillende generaties artsen in de praktijk

Twee van de artsen vermeldden dat het samenwerken met een oudere collega in het verleden af en toe tot frustraties en discussies had geleid, en dat dit belastend was voor hun algemeen welzijn. Dit omwille van een andere visie over huisartsgeneeskunde. **(V46G, M35S)**

> "Ik moet wel zeggen dat sinds de oudere collega op pensioen gegaan is, de samenwerking en sfeer wel verbeterd is. Hij was nog meer van de oude stempel en gaf gemakkelijker toe aan de mensen dus moesten wij dat ook doen. En als we niet toegaven dan gaf hij wel toe. Dat zorgde soms toch wel voor een wankel evenwicht. Misschien is dat ook wel een beetje mijn eigen schuld, omdat ik dan mezelf wegcijferde omdat ik vond dat we dat dan maar voor hem moesten doen." (V46G)

2.2.9. Opvoeding van patiënten

Patiënten kunnen worden opgevoed zodat ze de gewoontes en regels van de praktijk kennen en respecteren. Voor vijf artsen was deze opvoeding van patiënten zeer belangrijk voor hun professioneel welzijn. Het zorgde ervoor dat zij hun consultaties liever deden. **(V46G, V53S, V59S, M63S, M35S)**

2.2.10. Autonomie

De mogelijkheid om uw eigen weg uit te stippelen en om zelf uw werkdag te kunnen indelen, werd door alle geïnterviewde huisartsen als één van de belangrijkste voordelen van het huisartsenberoep beschouwd. Autonomie zorgde bij alle huisartsen voor een hogere bevlogenheid en algemeen welzijn. **(V46G, V53S, V59S, V34G, M32G, V58G, M63S, M35S)** Vooral voor de soloartsen was dit van nog groter belang. Zij gaven allen aan dat de autonomie de belangrijkste reden was waarom zij niet associeerden met andere huisartsen. **(V53S, V59S, M63S, M35S)**

2.2.11. Beschikbaarheid, onvoorspelbaarheid, flexibiliteit

Zes van de acht huisartsen vonden de beschikbaarheid en de onvoorspelbare werkuren als huisarts zeer belastend voor hun sociaal leven en algemeen welzijn. **(V46G, V59S, V34G,**

M32G, V58G, M63S) Twee soloartsen vonden dit echter een belangrijk deel van het huisartsenberoep en hadden hier minder problemen mee. **(V53S, M35S)**

> "Beschikbaarheid is belangrijk, maar men kan niet verwachten dat een huisarts dag en nacht aanwezig is. Als ik bijvoorbeeld mijn agenda van vandaag bekijk en denk "wat had nu niet kunnen wachten tot morgen?" dan denk ik dat het er maar 1 of 2 zouden zijn. Ik denk dat de beschikbaarheid van een huisarts lang over gepromoot is. Een spoeddienst is iets anders, maar ik vind niet dat een huisarts altijd beschikbaar moet zijn. Daar kan in gepland worden vind ik." (V59S)

2.2.12. Continuïteit van zorg

Twee artsen zeiden expliciet dat het behouden van de continuïteit van zorg voor de patiënten belangrijk voor hen was, en dat ze daardoor hun werkschema anders indeelden dan ze eigenlijk zouden willen. Het feit dat ze beiden in een groepspraktijk werkten, zorgde wel dat die continuïteit van zorg beter kon behouden worden. **(V34G, M32G)**

2.2.13. Effect van het huisartsberoep op de gezinsleden

De lange werkuren als huisarts kunnen soms als nadelig beschouwd worden door de kinderen, partner en vrienden van de huisarts. Vier huisartsen gaven aan dat ze het hier – al dan niet in het verleden – moeilijk mee gehad hebben. **(V46G, V53S, M32G, M63S)**

- "Mijn twee oudste zonen hebben daar niet zoveel last van als ik laat moet werken. Maar de jongste heeft het hier wel lastig mee. Hij zegt dan soms ook dat hij graag een mama zou hebben die veel meer thuis is. Dat is hard om te horen. Ik probeer hem dat dan wel uit te leggen dat er nog veel mama's zijn die veel moeten werken, en dat dat niet alleen dokters zijn. En dat ik toch woensdag namiddag thuis ben voor hem." (V46G)
- "De kinderen hadden soms de nodige frustraties denk ik. Ik was toch wel soms te laat om de kindjes van school op te halen. Maar ik denk wel dat ze daarmee om zijn leren gaan. Ik denk niet dat ze het ons nog steeds kwalijk nemen. Ik herinner mij wel een moment dat ik aan de telefoon was tijdens een wacht en mijn dochter komt een papiertje onder mijn neus leggen met 'Ik ben ook wel ziek hé, papa!'. Dat blijft wel hangen." (M63S)

2.2.14. Collega's, collegialiteit

Alle huisartsen werkzaam in een groepspraktijk vonden het hebben van collega's, de collegialiteit, en het kunnen overleggen en ventileren tegen elkaar uitermate belangrijk voor hun algemeen welzijn. **(V46G, V34G, M32G, V58G)** Daarnaast hechtten ook drie soloartsen belang aan de samenwerking en collegialiteit met andere huisartsen in de buurt. **(V59S, M63S, M35S)** De partner van twee van hen was ook arts, wat als voordeel werd beschouwd. **(V59S, M63S)**

2.2.15. Patiënten die veranderen van vaste huisarts

Soms gebeurt het dat patiënten, omwille van welke reden dan ook, veranderen van huisarts. Twee artsen gaven aan dat ze het hier in het verleden wel moeilijk mee hadden, maar dat ze dit na enkele jaren ervaring wel hebben kunnen loslaten. **(V58G, M63S)**

> "Iedere arts heeft wel eens een patiënt waar je heel veel aandacht en moeite in steekt, en dan plots zijn ze niet meer tevreden en veranderen ze van huisarts. Maar een collega hier in de buurt zei altijd: 'De patiënt heeft altijd gelijk'. En ik vond dat een heel opbeurende gedachte. Dat soort patiënten die dan plots niet meer tevreden zijn, zijn heel vaak ook de mensen die zeer veel aandacht vragen. En op een bepaald moment, als je dat als ervaren arts zo een paar keer meemaakt, dan kan je dat ook wel achter u laten." (M63S)

2.2.16. Goede samenwerking met tweede lijn

Alle huisartsen vonden dat de samenwerking met arts-specialisten in het ziekenhuis vlot verliep. Er werd wel meermaals vermeld dat de drempel tot overleg een stuk lager ligt als ze elkaar al in levenden lijve hadden ontmoet. Het werd ook sterk geapprecieerd als arts-specialisten zelf ook naar de huisarts belden om te overleggen.

2.2.17. Goede samenwerking met wachtkring en wachtpost

Zeven van de acht artsen vond de georganiseerde wachtpost zeer voordelig. Vooral de praktische regeling en de aanwezigheid van een chauffeur werden vermeld als grootste voordelen van de wachtpost. **(V46G, V59S, V34G, M32G, V58G, M63S, M35S)** Eén arts vond de wachtpost wel voordelig, maar vond dat er te weinig inspraak mogelijk was van de huisartsen over de organisatie van de wachtpost. **(V53S)**

2.2.18. Wachtdiensten

Eén van de meest frequent vermelde nadelen van het huisartsenberoep waren de verplichte wachtdiensten. Zeven huisartsen vond dit zeer nadelig en belastend. Vooral omdat het de dag nadien vaak een gewone werkdag is, wat voor soloartsen nog meer belastend was dan voor artsen in een groepspraktijk. **(V46G, V53S, V59S, V34G, M32G, V58G, M63S)** Eén arts vond de wachtdiensten minder belastend, en zelfs aangenaam, omdat er in de wachtpost vaak een gezellige sfeer was met collega-huisartsen. **(M35S)**

2.2.19. Werkdruk, werkuren

Vier artsen vonden dat de werkdruk in de praktijk hoog lag, en dat dit een effect had op hun algemeen welzijn en stressniveau. **(V46G, V53S, V34G, M32G)**
De andere vier artsen vonden dat de werkdruk nog meeviel. Dit kwam volgens hen vooral omdat ze dit zelf actief probeerden te beperken door hun grenzen aan te geven. **(V59S, V58G, M63S, M35S)**

> "Bij mij valt dat best goed mee omdat ik nu bewust 30 minuten per patiënt neem, in plaats van 15 minuten zoals vroeger. Dat geeft mij een geruster gevoel om alles te kunnen bekijken, waardoor ik niet het gevoel heb dat ik dingen vergeet." (V58G)

2.2.20. Patiëntenstop

Drie artsen hadden het moeilijk met het feit dat bijna alle praktijken een patiëntenstop moeten invoeren. **(V53S, V34G, M35S)** Dit kwam vooral door hun verantwoordelijkheidsgevoel naar de patiënt toe. Desondanks waren zij ook realistisch in het feit dat ze de zorg voor bestaande patiënten moesten blijven behouden, en dat dit zonder patiëntenstop onmogelijk was op lange termijn.

> "Ik sprak onlangs met collega-huisartsen uit meer stedelijke gebieden en die vonden dat je u echt moet houden aan de patiëntenstop, omdat er enkel zo een duidelijk signaal kan gegeven worden naar de overheid. Maar ik vind dat dubbel, want moeten er dan eerst doden vallen vooraleer de overheid er iets aan gaat doen? Dus dan komt mijn verantwoordelijkheidsgevoel weer naar boven." (V34G)

2.2.21. Financieel

Drie huisartsen vonden dat het huisartsenberoep onderbetaald werd, en dat dit een gevoel van te weinig appreciatie teweegbracht. Ze vonden dat de vergoedingen onvoldoende in verhouding waren met hoe hard ze ervoor moesten werken. **(V53S, V34G, M32G)** De vijf

andere huisartsen waren tevreden met wat ze verdienden als huisarts, en vonden dit een stimulerende factor voor hun professioneel welzijn. **(V46G, V59S, V58G, M63S, M35S)**

2.2.22. Tekort aan steun van de overheid

Vijf van de acht huisartsen gaven aan dat ze zich onvoldoende ondersteund voelden door de overheid, en dit omwille van verschillende redenen. **(V53S, V34G, M32G, M63S, M35S)**

- Eén van hen vond dat de overheid en Domus Medica onvoldoende ondersteuning biedt aan solopraktijken. Zij was van mening dat soloartsen vaker geforceerd worden om naar een groepspraktijk te evolueren, desondanks ze dat zelf niet altijd wensen. **(V53S)**

  > "Ik vind vooral dat er vanuit de overheid verschillende praktijkvormen moeten blijven ondersteund worden. Elke patiënt moet daar ook zijn weg en zoeken. Elke arts, elke huisarts moet daar zijn weg in zoeken. En sommige patiënten zullen een voorkeur hebben voor een groepspraktijk, maar andere zullen ook voor de solopraktijk kiezen. Ik krijg elke week de vraag om samen te werken, maar ik wil dat niet. Ik wil daar niet in geforceerd worden van bovenaf." (V53S)

- Drie artsen waren van mening dat de overheid steeds meer procedures en regels oplegt aan de huisarts, zonder dat hun mening wordt gevraagd. Deze vermindering van het zelfbeslissingsrechts zou volgens één van hen de motor zijn voor het creëren van een burn-out. **(V34G, M32G, M63S)**

  > "Ik vind dat de kleur van de job vaak verloren gaat door alle procedures en regeltjes waar je soms aan vastzit. Maar dat is niet alleen in onze job, denk ik. Met alles wat ons opgelegd wordt, zie je dat het zelfbeslissingsrecht stillaan vermindert. En dat is helaas de motor om een burn-out te creëren." (M63S)

- Ook financieel zou er teveel van hogerhand worden opgelegd aan de huisartsen, zonder dat men hier vragende partij voor is. **(V34G)**

  > "Ik vind dat we soms 'schijnzelfstandigen' zijn, want behalve uw agenda die je kan kiezen is de rest bijna allemaal van hogerhand dat dit beslist wordt en we hebben ons daar allemaal maar bij neer te leggen. We bepalen onze eigen prijs niet bijvoorbeeld. En ik heb ook niet het gevoel dat er vaak wordt gevraagd aan ons waar de nood zit, terwijl er dan wel beslissingen gemaakt worden. Er worden dan wel soms premies gegeven, waar je natuurlijk ook belastingen op betaalt, terwijl we daar totaal geen vragende partij voor zijn en terwijl dat daar volgens mij niet altijd

het schoentje wringt. Er zijn ook een aantal slechte beslissingen over financiën bij huisartsen genomen door de overheid tijdens de covid19-periode, terwijl je weet dat er veel huisartsen aan het uitvallen zijn." (V34G)

- Volgens één van de artsen is er vanuit de overheid een te onduidelijke visie over het huisartsenberoep in België. **(M32G)**

  "De overheid die ons dingen oplegt vind ik toch wel het grootste nadeel. Het gaat zo ongelooflijk traag. Er wordt wel gevraagd aan ons hoeveel huisartsen er tekort zijn, maar wat ik belangrijker vind is: 'wat ga je eraan doen?'. Maar dat blijkt heel moeilijk te zijn. En dat stoort mij enorm. Er is gewoon ook geen visie op wat men wil doen met de huisartsgeneeskunde in Vlaanderen. Wil je het systeem van Nederland gaan gebruiken, of wil je een ander systeem?" (M32G)

- Het zinnetje "Vraag het aan uw huisarts" wordt volgens één van de geïnterviewde huisartsen veel te vaak gebruikt. Volgens hem komt dit doordat mensen zichzelf willen indekken en de verantwoordelijkheid dan maar aan de huisarts overlaten. **(M35S)**

  "We worden van veel kanten afgeschilderd als de vraagbaak. Daar heb ik het wel moeilijk mee. Wij dienen in de eerste plaats om zieke mensen te genezen. Niet om een geweten de 'clearen' bijvoorbeeld. Er is dus een evolutie dat er veel meer van ons gevraagd wordt van patiënten, overheid, administratie. Zonder veel hulp. Je kan voor de zorg applaudisseren maar dat spreekt mij niet aan. Wij doen onze job. Ik zou liever hebben dat ze ons naar waarde schatten op de momenten dat het ertoe doet." (M35S)

2.3. Covid19-pandemie

2.3.1. Organisatorische gevolgen

De covid19-pandemie heeft op verschillende manieren een invloed gehad op de huisarts. Eén van de meest vermelde redenen tot frustratie tijdens de covid19-pandemie waren de organisatorische veranderingen die opgelegd werden. Attesten en voorschriften werden telefonisch gevraagd, alles moest duidelijk geregistreerd worden. Vijf artsen vonden deze toename in administratie belastend, maar twee van hen gaven aan dat het secretariaat hen daarbij zeer goed ondersteund had. Er werd echter ook vermeld dat ze het een nadelige evolutie vonden dat patiënten attesten en voorschriften nu ook telefonisch blijven verder vragen, desondanks dit niet meer nodig is. **(V46G, V59S, V34G, M32G, M63S)**

2.3.2. "Vraag het aan de huisarts!"

Twee huisartsen vonden het opmerkelijk en belastend dat er vanuit de media en overheid te vaak naar de huisarts werd gewezen als eerste aanspreekpunt voor allerlei vragen. En dit terwijl er aan de huisartsen bijzonder weinig extra informatie werd gegeven vanuit hogere instanties. **(V53S, M35S)**

2.3.3. Waardering en respect voor de huisarts

Verschillende huisartsen voelden zich minder gewaardeerd sinds de covid19-periode. Patiënten zouden, volgens twee artsen, vaak minder geduld hebben en meer eisend zijn dan voor de pandemie. **(V53S, V34G)**

2.3.4. Angst voor besmetting

Eén van de geïnterviewde huisartsen had een duidelijke angst opgelopen tijdens het begin van de covid19-pandemie, zowel angst voor besmetting als angst voor het onbekende en onzekere. Tot zover dat hij merkte dat zijn zelfvertrouwen als arts en zijn algemeen welzijn eronder leed. **(M63S)**

> "In het begin had ik veel angst voor mezelf maar ook om mijn echtgenote te besmetten. Mijn vrouw heeft MS, dus heeft toch wel een groter risico. Het onbekende vond ik best eng. Ik heb steeds zoveel mogelijk dingen op afstand proberen doen, om zo weinig mogelijk risico's te nemen, nu nog steeds. Ik werk nog steeds met mijn ramen open, ik draag nog steeds een FFP2 masker. In de covid19-periode ben ik wel een paar keer van mezelf geschrokken omdat ik toch een stukje van mijn zelfvertrouwen ben verloren, doordat ik zo in angst leefde." (M63S)

2.3.5. Positieve test

Eén van de artsen gaf aan dat veel huisartsen in het dilemma zaten van al dan niet door te werken bij een positieve test. Dit dilemma woog bij haar door op haar geweten en algemeen welzijn. **(V53S)** Enerzijds wou men wel doorwerken omdat er veel patiënten met vragen zaten en omdat huisartsen als zelfstandigen geen inkomsten hadden tijdens de week isolatie. Maar langs de andere kant was het uiteraard niet de bedoeling om anderen te gaan besmetten. Alle geïnterviewde huisartsen zijn steeds in isolatie gegaan bij een positieve covid19 PCR-test.

2.3.6. Verandering bevlogenheid ten gevolge van covid19

Zeven van de acht huisartsen gaf aan dat het een moeilijke en onzekere periode was geweest, maar dat ze het huisartsenberoep nog steeds graag uitoefenden en dat hun welzijn er niet door achteruit gegaan was. **(V46G, V53S, V59S, V34G, M32G, V58G, M35S)** Voor één huisarts was de covid19-crisis echter de doorslaggevende factor voor het aankondigen van zijn pensioen binnen twee jaar. **(M63S)**

> "Ik heb vastgesteld dat het contact met de patiënten mij echt energie geeft, en dat viel weg tijdens de covid19-periode. Ik had vroeger nooit echt een idee tot wanneer ik zou blijven werken. Maar de covid19-periode heeft er zodanig op ingehakt dat ik beslist heb om binnen twee jaar te stoppen." (M63S)

2.4. Work-life balans

De work-life balans is een onderwerp dat vaak ter discussie staat, en zo ook bij de huisartsen. Twee huisartsen gaven aan dat ze liever iets minder zouden werken, maar dat ze dit niet deden om de collega's niet te belasten. **(V46G, V34G)** Een derde huisarts zei dat hij voor zichzelf wel het gevoel had dat hij een goede balans tussen werk en hobby's had, maar dat hij enkel voor zijn gezin en familie wel wat minder zou willen werken. **(M35S)**

Vijf huisartsen waren best tevreden met hoe hun werk-privé verhouding nu geregeld was, en zouden weinig veranderen aan hun werkschema. **(V53S, V59S, M32G, V58G, M63S)** Eén van die vijf huisartsen had hier zeer bewust naar gestreefd en had zelf het heft in handen genomen om haar work-life balans te verbeteren. **(V59S)** Nog een andere van die vijf huisartsen had de indruk dat de jongere huisartsen iets minder wilden werken dan de oudere generatie. **(V53S)**

> "Nu zoeken mensen meer het evenwicht tussen werk en privé. Waar privé toch serieus meer doorweegt dan werk de laatste tijd, vind ik. Dat is vooral bij jongeren heb ik het gevoel. Ik kan ze geen ongelijk geven om het meer te bewaken, maar we moeten het met zijn allen dragen. Tot het dragelijk wordt voor iedereen. Het is geen '9to5 job'. In een groepspraktijk kan je er wel naar streven, maar je moet er kunnen van afwijken." (V59S)

Gevolgen en effect op kwaliteit van zorg

1. Tekenen van burn-out

In stressvolle periodes kunnen zowel fysieke klachten als mentale klachten optreden. Alle artsen gaven aan dat ze tijdens drukke periodes af en toe last hadden van fysieke klachten zoals vermoeidheid, nekpijn, rugpijn, hoofdpijn, etc. Vier van hen hadden echter ook een periode achter de rug waarin ze het mentaal ook zeer moeilijk hadden en op het randje van burn-out hingen. Niemand van hen zocht hier professionele hulp voor. **(V46G, V59S, V58G, M63S)**

> "Toen ik de opleiding voor PO erbij volgde, voelde ik wel dat het water aan m'n lippen stond. Dan dacht ik wel dat er niets meer moest bijkomen of het liep mis. Maar dat is gelukkig steeds wel in balans gebleven. Ik heb vooral toen gedacht dat ik dat tempo geen vijf jaar meer zou volhouden." (V46G)

2. Uitval

Zes van de acht huisartsen hadden ooit overwogen om te stoppen met het huisartsenberoep, maar niemand was ook effectief gestopt. De reden waarom men wel verder deed, was vooral omwille van een gebrek aan alternatieven en het contact met de patiënten. **(V53S, V59S, V34G, V58G, M63S, M35S)**

3. Effect van algemeen welzijn op kwaliteit van zorg

Alle geïnterviewde huisartsen waren er duidelijk van overtuigd dat de kwaliteit van hun zorg die ze boden aan patiënten lager was op momenten dat ze zelf een laag algemeen welzijn ervaarden. **(V46G, V53S, V59S, V34G, M32G, V58G, M63S, M35S)** Een oplossing om het risico op medische fouten te vermijden, was volgens één van de huisartsen om zo goed mogelijk de contra-indicaties en alarmtekenen mee te geven aan de patiënt op momenten dat hij zelf vermoeider was. **(M35S)** Voor één van de artsen was werken echter ook soms een uitlaatklep om privé problemen aan de kant te kunnen zetten. **(M32G)**

> "Ik weet nog dat ik toen soms zei tegen mijn echtgenoot: 'amai ik ben blij dat ik niet mijn laatste patiënt ben'. Want ik vond dat ik veel minder goed kon nadenken op momenten dat mijn hoofd vol zat met van alle andere dingen. Je bent veel minder alert dan. Ik voel mij daar dan ook minder comfortabel bij. Dus ik denk wel dat het een duidelijk effect heeft op de kwaliteit van zorg." (V46G)

Discussie

Eén van de soloartsen gaf aan dat zij zich vaak geforceerd voelt vanuit de overheidsinstanties om naar de toekomst toe te evolueren naar een groepspraktijk, desondanks zij dit absoluut niet wenst. Zij vond dat er teveel wordt ingezet op het uitbouwen van groepspraktijken en multidisciplinaire praktijken, en dat soloartsen nog onvoldoende ondersteund werden. Een eerste vraag is dus of het weldegelijk beter en aangenamer is om te werken in een groepspraktijk dan als soloarts. Van de acht geïnterviewde huisartsen was de bevlogenheid en het algemeen welzijn echter vergelijkbaar tussen zowel solo huisartsen als huisartsen werkzaam in een groepspraktijk.

Een tweede vraag is welke factoren bijdragen aan dit algemeen welzijn bij huisartsen. Een overzicht van de - door de geïnterviewde huisartsen vernoemde - factoren en de frequentie van vermelding, werd opgesteld. (Tabel 1) Er werd een onderverdeling gemaakt in enerzijds persoonlijke factoren, die kenmerkend zijn voor de huisarts als persoon, en anderzijds intrinsieke werkgerelateerde factoren (eigen aan het beroep zelf) en extrinsieke werkgerelateerde factoren (afhankelijk van organisatorische aspecten). De meest frequent vernoemde **persoonlijke welzijnsbevorderende factoren** waren het hebben van een poetshulp, hulp bij het opvangen van de kinderen en goede communicatieve vaardigheden. De meest frequent vernoemde **intrinsiek werkgerelateerde factoren voor een goed algemeen welzijn** waren het shared-decision-making met patiënten, het blijven bijleren en bijscholingen volgen, de vertrouwensrelatie en het contact met patiënten. Agressieve, mondige en eisende patiënten werden als belastend ervaren door alle huisartsen, maar had slechts bij de helft van de artsen ook een invloed op hun algemeen welzijn. De meest frequent vermelde **extrinsieke werkgerelateerde factoren die zorgden voor een <u>beter</u> algemeen welzijn** waren: het hebben van vaste werkvrije momenten, een goede opvoeding van patiënten, voldoende autonomie, het hebben van collega's om op terug te vallen, voldoende financiële ondersteuning en een goede samenwerking met zowel de tweede lijn als met de wachtkring en wachtpost. De meest frequent vermelde **extrinsieke werkgerelateerde factoren die zorgden voor een <u>verminderd</u> algemeen welzijn** waren: de hoeveelheid administratie, de onvoorspelbaarheid en continue beschikbaarheid als huisarts, de wachtdiensten, en een tekort aan steun en duidelijkheid van de overheidsinstanties.

Een derde vraag is of deze bovengenoemde welzijnsbepalende factoren verschillen bij solo huisartsen en huisartsen werkzaam in een groepspraktijk. Als we de vergelijking maken tussen de meest frequent vermelde (> 50%) welzijnsbepalende factoren bij solo huisartsen versus bij huisartsen in groepspraktijken, werd er geen duidelijk verschil opgemerkt wat betreft de

persoonlijke factoren, de intrinsiek werkgerelateerde factoren, de gevolgen van de covid19-pandemie en de work-life-balans. Wat betreft de meest frequent vermelde extrinsieke werkgerelateerde factoren voor algemeen welzijn waren er echter wel enkele verschillen op te merken. Zo had de hoeveelheid administratie en een goede opvoeding van patiënten meer effect op het algemeen welzijn van de geïnterviewde soloartsen, dan bij de huisartsen in groepspraktijken. Mogelijks zouden deze twee verschillen kunnen verklaard worden door het feit dat alle groepsartsen een secretariaat ter beschikking hadden, en de solo huisartsen niet. Het secretariaat zorgt enerzijds voor de opvang van veel administratieve taken, maar zorgt ook vaak iets directer voor de opvoeding van patiënten dan de huisartsen zelf. Denk bijvoorbeeld aan het stimuleren om patiënten op consultatie te laten komen, in plaats van een huisbezoek aan te vragen. Dit is iets waar het secretariaat hulp kan bieden, waardoor de huisarts zelf hierin minder moeite en energie moet stoppen. De continue beschikbaarheid en flexibiliteit als huisarts werd dan weer frequenter als belastend ervaren door de huisartsen in groepspraktijken, in vergelijking met de solo huisartsen. Dit is opvallend aangezien de solo huisartsen vaak nog frequenter beschikbaar moeten zijn dan de huisartsen in een groepspraktijk, aangezien zij het werk niet kunnen verdelen met collega-huisartsen in de praktijk.

Er werden een aantal verschillen en gelijkenissen opgemerkt met de bevindingen in de literatuur. Het hebben van goede communicatieve vaardigheden en het continu bijleren en bijscholen als huisarts werd door onze geïnterviewde artsen frequent aangehaald als welzijnsbevorderend, terwijl dit in de literatuur minder sterk naar voor kwam. Perfectionisme en faalangst werd dan weer minder vermeld tijdens de interviews, desondanks dit in de literatuur meermaals bewezen werd als negatieve factor voor het algemeen welzijn van huisartsen. [7,12,13,15] In de literatuur werd een groot empathisch vermogen als huisarts beschreven als risicovol voor meer stress en een verminderd algemeen welzijn. [12,13] Empathisch vermogen en het contact met de patiënten werd bij onze geïnterviewde huisartsen echter als welzijnsbevorderend beschreven. Het effect van agressieve en eisende patiënten op het welzijn van de geïnterviewde huisartsen kwam meer naar voor, in vergelijking met de literatuur. Vooral de vier vrouwelijke huisartsen gaven aan dat zij zich hier vaak ongemakkelijk bij voelden. De andere huisartsen vonden dit soort patiënten ook belastend, maar het had bij hen iets minder effect op hun algemeen welzijn. Opvallend was dat alle geïnterviewde huisartsen een evolutie opmerkten ten opzichte van vroeger, waarbij patiënten steeds meer eisend (tot soms onbeleefd en agressief) zouden worden naar de huisarts toe. Alle huisartsen werkzaam in een groepspraktijk hadden een secretariaat, en dit gaf hen meer rust en een beter algemeen welzijn. Opvallend was dat alle solo huisartsen het 'niet hebben van een secretariaat' beschouwden als

bevorderend voor hun welzijn. Zij hechtten namelijk veel belang aan het zelf telefonisch inschatten van de vraag van de patiënt. Alle huisartsen waren dus tevreden met hoe de telefonische patiëntencontacten momenteel geregeld werden in de praktijk, al dan niet met een secretariaat. Alle huisartsen die HAIO's of stagiairs opleiden, werkten in een groepspraktijk. Het was duidelijk dat dit bij hen allemaal een positief effect had op hun bevlogenheid en algemeen welzijn. Ook dit was een bevestiging van de bevindingen uit de literatuur. [8,11] Opvallend was dat het kunnen ventileren en overleggen met collega's niet enkel belangrijk was voor artsen werkzaam in een groepspraktijk, maar ook voor soloartsen. Ook zij hadden graag contact met de collega-huisartsen in de buurt. Het feit dat de lange werkuren als huisarts belastend kunnen zijn voor de gezinsleden (en dan voornamelijk voor de kinderen), zorgde bij vier huisartsen voor schuldgevoel en dit kon een negatief effect hebben op hun algemeen welzijn. Dit kwam veel minder naar boven uit de literatuurzoektocht. Tenslotte werd een goede samenwerking met de tweede lijn en de wachtpost aangetoond in de literatuur als welzijnsbevorderend, wat ook werd bevestigd door de geïnterviewde huisartsen. [22,38,39]

Vijf van de acht huisartsen waren tevreden met hun work-life balans. In enkele studies werd aangetoond dat groepspraktijken het algemeen welzijn van huisartsen kunnen bevorderen, met de betere work-life balans als belangrijkste voordeel. [10,29,34,40] Bij de geïnterviewde huisartsen kon er echter geen verschil opgemerkt worden tussen solo huisartsen en huisartsen in een groepspraktijk, wat betreft de work-life balans. Volgens de literatuur zou de work-life balans belangrijker zijn voor jongere huisartsen dan voor oudere huisartsen. [42,43] Ook dit was niet het geval bij de geïnterviewde huisartsen.

Een opvallend duidelijk frustrerende factor voor verschillende artsen was het aantal regels dat door de overheidsinstanties werd opgelegd, zonder voldoende ruimte voor overleg. Zeker sinds de covid19-pandemie werden er verschillende regels opgelegd aan de huisarts en werd het zinnetje "Vraag het aan uw huisarts!" volgens hen net iets te vaak gebruikt. Deze vermindering van het zelfbeslissingsrechts zou volgens één van de huisartsen de motor zijn voor het creëren van een burn-out. Er werd geopteerd dat de overheid een duidelijkere visie moet opstellen over waar men heen wil met het huisartsenberoep in Vlaanderen en wat er moet aangepakt worden om tot die visie te komen.

Hoewel de covid19-pandemie een zeer uitdagende en moeilijke periode is geweest bij de geïnterviewde huisartsen, was de bevlogenheid en het algemeen welzijn toch nog steeds hetzelfde bij zeven van de acht huisartsen. In een recente studie werd aangegeven dat samenwerkingsverbanden hierbij een beschermende rol zouden kunnen spelen tijdens de covid19-pandemie. [45] In dit onderzoek kon er echter geen verschil in bevlogenheid door de covid19-

pandemie aangetoond worden tussen solo huisartsen en huisartsen in een groepspraktijk. Slechts bij één soloarts zorgde de covid19-periode voor een lager algemeen welzijn. Hij besliste om vroeger op pensioen te gaan.

Een verminderd algemeen welzijn bij huisartsen kan belangrijke gevolgen hebben. Alle huisartsen gaven aan dat ze af en toe fysieke tekenen van overspanning ondervonden, zoals hoofdpijn, rugklachten, slapeloosheid etc. Zes van de acht artsen zei dat ze ooit hadden overwogen om te stoppen met het huisartsenberoep. De helft van de artsen gaf aan dat zij ooit in hun huisartsencarrière op het randje van burn-out hebben gestaan, maar dat de balans gelukkig nog kon behouden worden. Niemand van hen zocht hiervoor professionele hulp, desondanks dit hen wel zou kunnen geholpen hebben. Instanties zoals 'Doctors4Doctors' moeten dus verder gepromoot worden. In de literatuur werd reeds meermaals beschreven dat een slecht welzijn bij huisartsen kan zorgen voor ander voorschrijfgedrag en mogelijks ook medische fouten. [12,13,48–50] In dit onderzoek werd bevraagd of de huisartsen zelf ondervonden dat hun kwaliteit van zorg eronder leed op momenten dat zij een lager welzijn ervaarden. Hierop antwoorden zij allemaal volmondig 'Ja, zonder twijfel!'. Om de goede zorg voor de patiënt te kunnen blijven garanderen, lijkt het dus uitermate belangrijk om in te zetten op het mentaal welzijn van de huisartsen.

Een belangrijke vraag is hoe we dit welzijn bij huisartsen kunnen bevorderen. Het is duidelijk dat de geïnterviewde huisartsen meer extrinsieke werkgerelateerde factoren aanbrachten als zijnde belastend voor hun algemeen welzijn. Het zou dus een teken kunnen zijn dat er vooral op organisatorische en praktische regelingen moet ingezet worden om het huisartsenberoep aantrekkelijk te houden. Een aantal oplossingen werden voorgesteld door de huisartsen om bepaalde welzijnsbepalende factoren aan te pakken. Zo kon het een veiliger gevoel geven om veiligheidsknoppen te installeren in het dokterskabinet die kunnen gebruikt worden bij agressie van patiënten. Daarnaast gaf een van de artsen aan dat het interessant kan zijn om terug meer algemeen internisten op te leiden, die ter advies kunnen gevraagd worden door de huisartsen. Dit omwille van de brede diversiteit in pathologie van het huisartsenberoep. Nog een andere arts zou het een goed idee vinden om een apart nomenclatuurnummer te voorzien voor psychologische consultaties bij de huisarts, om zo de huisartsen gemotiveerd te houden om hun tijd te nemen voor patiënten die het mentaal moeilijk hebben. Dit soort consultaties komt namelijk steeds vaker voor in de huisartsenpraktijk, en kan als belastend ervaren worden door de huisarts als er onvoldoende ruimte en tijd voor kan genomen worden. Daarnaast kan het belangrijk zijn een overzicht en eventueel een richtlijn op te stellen op basis van de beschreven persoonlijke en werkgerelateerde

welzijnsbepalende factoren in dit kwalitatief onderzoek. Zo kan het voor een huisarts interessant zijn om deze te bekijken en na te gaan welke van deze factoren hij of zij kan aanpakken, zowel op persoonlijk als op organisatorisch vlak. De bewustwording van deze factoren kan voor vele huisartsen ook al veel betekenen. Ook kan het nuttig zijn om deze factoren reeds in de geneeskunde-opleiding te bespreken, om zo een verhoogd bewustzijn te creëren naar hun latere carrière toe. Op deze manier zou het algemeen welzijn van de huisartsen kunnen verbeteren, met als gevolg een lager risico op burn-out en uitval van de eerstelijnszorg.

Sterktes en beperkingen

Tijdens dit kwalitatief onderzoek zijn we een overzicht bekomen van een aantal belangrijke welzijnsbepalende factoren bij huisartsen, op zowel persoonlijk als professioneel vlak. Een voordeel van dit onderzoek is dat de geïnterviewde huisartsen in dezelfde regio werkzaam waren. Zo zijn een aantal objectieve omgevingsfactoren, zoals bijvoorbeeld de patiëntenpopulatie en samenwerking met hetzelfde ziekenhuis, dezelfde bij alle huisartsen. Dit zorgt ervoor dat eventuele verschillen niet daardoor kunnen veroorzaakt worden. Een opmerking daarbij is dat sommige bevindingen mogelijks niet van toepassing zijn in een andere werkregio. Een andere sterkte van dit kwalitatief onderzoek was de poging tot vergelijking van deze welzijnsbepalende factoren tussen solo huisartsen en huisartsen in een groepspraktijk. Een belangrijke bedenking hierbij is echter dat hieruit geen definitieve conclusies kunnen getrokken worden, en dit omwille van de kleine steekproef van acht huisartsen. Desondanks er evenveel soloartsen als artsen werkzaam in een groepspraktijk aan bod kwamen, is het aantal artsen te klein om definitief te kunnen stellen of bepaalde factoren duidelijk meer aanwezig zijn bij soloartsen of groepspraktijken. Verder onderzoek met uitgebreidere steekproeven zou hierover meer duiding en wetenschappelijke evidentie kunnen brengen.

Referenties

1. Verdam F. *Zelfzorg Voor de Jonge Dokter*. Uitgeverij Lannoo; 2020.
2. Van Tilburgh E, Van Linden A, Boydens E. Psychosociaal welzijn van artsen - Evaluatie van Doctors4Doctors, één jaar na opstart. *Huisarts Nu*. 2017;46(5):224-228.
3. Schaufeli W, Taris T. Het job demands-resources model: overzicht en kritische beschouwing. *Gedrag en Organ*. 2013;26:182-204.
4. Wade D, Halligan P. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clin Rehabil*. 2017;31(8):995-1004.
5. Rogiers R, Declercq T, Anthierens S, Daeseleire T, Boydens E, Pauwels L. Help, ik zit erdoor! Over stress, surmenage en burn-out – deel 1. *Huisarts Nu*. 2012;41(2):62-66.
6. American Psychiatric Association. *DSM-V*. Uitgeverij Boom; 2014.
7. Vermeulen L. De nieuwe huisarts: keuzes in werk en sociaal leven. Published online 2019.
8. Lenaerts R, Goedhuys J. Hoe bevlogen zijn Vlaamse huisartsen? - een veldonderzoek. *Huisarts Nu*. 2017;46(3):110-115.
9. Bogaerts C. Onderzoek naar het welbevinden van de jonge vlaamse huisarts. Published online 2012.
10. Leus O. De werk-privébalans van de huisarts anno 2020 : een exploratief onderzoek. Published online 2020.
11. Le Floch B, Bastiaens H, Le Reste J, et al. Which positive factors determine the GP satisfaction in clinical practice? A systematic literaturereview. *BMC Fam Pr*. 2016;17(1):133.
12. Beyaert T. Aanpak en preventie van burn-out bij huisartsen (in opleiding): een kwalitatief onderzoek. Published online 2020.
13. Nanda A, Wasan A, Sussman J. Provider Health and Wellness. *Allergy Clin Immunol Pr*. 2017;5(6):1543-1548.
14. Wouters S, Vandenbergh I, Bogaerts H, Bastiaens H, Peremans L. Motivatie van studenten en jobvoldoening bij gevestigde huisartsen - een literatuuronderzoek. *Huisarts Nu*. 2011;40:446-449.
15. De Bruycker M. Zelfzorg bij de huisarts (in opleiding): identificatie van emoties en coping strategieën bij burn-out. Published online 2020.
16. Schaufeli W. *Werkplezier En Energie Zorgprofessionals Anno 2014*.; 2014.
17. Alam R, Cheraghi-Sohi S, Panagioti M, Esmail A, Campbell S, Panagopoulou E. Managing diagnostic uncertainty in primary care: A systematic critical review. *BMC Fam Pract*. 2017;18(1):1-13. doi:10.1186/s12875-017-0650-0
18. Ostijn Z. Factoren die het beroep van huisarts zwaarder maken en minder zwaar maken. Published online 2020.
19. Pedersen A, Vedsted P. Understanding the inverse care law: A register and survey-based study of patient deprivation and burnout in general practice. *Int J Equity Heal*. 2014;13(1):1-8.
20. Eley E, Jackson B, Burton C, Walton E. Professional resilience in GPs working in areas of socioeconomic deprivation: a qualitative study in primary care. *Br J Gen Pr*. 2018;68(677):819-825.
21. Hirsch O, Adarkwah C. The issue of burnout and work satisfaction in younger GPs—A cluster analysis utilizing the HaMEdSi study. *Int J Env Res Public Heal*. 2018;15(10).
22. Baird B, Charles A, Honeyman M, Maguire D, Das P. *Understanding Pressures in General Practice*.; 2016.
23. Brandt C, Søgaard G, Clemensen J, Sndergaard J, Nielsen J. General practitioners' perspective on ehealth and lifestyle change: qualitative interview study. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2018;6(4).

24. Fred H, Scheid M. Physician Burnout: Causes, Consequences, and (?) Cures. *Tex Hear Inst J*. 2018;45(4):198-202.
25. Ehrenfeld J, Wanderer J. Technology as friend or foe? Do electronic health records increase burnout? *Curr Opin Anaesthesiol*. 2018;31(3):357-360.
26. Schoeters E. Professioneel welbevinden van huisartsen in groepspraktijken: een systematische literatuurreview. Published online 2020.
27. Karsh B, Beasley J, Brown R. Employed family physician satisfaction and commitment to their practice, work group, and health care organization. *Heal Serv Res*. 2010;45(2):457-475.
28. Aira M, Mantyselka P, Vehvilainen A, Kumpusalo E. Occupational isolation among general practitioners in Finland. *Occup Med*. 2010;60(6):430-435.
29. Dreher A, Theune M, Kersting C, Geiser F, Weltermann B. Prevalence of burnout among German generalpractitioners: comparison of physicians working in solo and group practices. *PLoS One*. 2019;14(2).
30. Hung D, Harrison M, Truong Q, Du X. Experiences of primary care physicians and staff following lean workflow redesign. *BMC Heal Serv Res*. 2018;18(1):274.
31. Damiani G, Silvestrini G, Federico B, Cosentino M, Marvulli M, Tirabassi F. A systematic review on the effectiveness of group versus single-handed practice. *Health Policy (New York)*. 2013;113(1-2):180-187.
32. Vedsted P, Sokolowski I, Olesen F. Open access to general practice was associated with burnout among general practitioners. *Int J Fam Med*. 2013;2013:1-6.
33. Vanzeir L. Burn-out bij Vlaamse huisartsen: is er een link met de praktijkorganisatie? Published online 2017.
34. Riisgaard H, Nexoe J, Le J, Sondergaard J, Ledderer L. Relations between task delegation and job satisfaction in general practice: a systematic literature review. *BMC Fam Pr*. 2016;17(1):168.
35. Edwards S, Helfrich C, Grembowski D, Hulen E, Clinton W, Wood G. Task dlegation and burnout trade-offs among primary care providers and nurses in Veterans Affairs Patient Aligned Care Teams (VA PACTs). *J Am Board Fam Med*. 2018;31(1):83-93.
36. Hoffmann K, George A, Dorner T, Suss K, Schafer W, Maier M. Project, Primary health care teams put to the test - a cross-sectional study from Austria within the QUALICOPC project. *BMC Fam Pr*. 2015;16:168.
37. Lyon C, English A, Chabot Smith P. A Team-Based Care Model That Improves Job Satisfaction. *Fam Pr Manag*. 2018;25(2):6-11.
38. Picquendar G, Guedon A, Moulinet F, Schuers M. Influence of medical shortage on GP burnout: a cross-sectional study. *Fam Pr*. 2019;36(3):291–6.
39. Amoafo E, Hanbali N, Patel A, Singh P. What are the significant factors associated with burnout in doctors? *Occup Med (l*. 2015;65(2):117–21.
40. Rodwell J, Gulyas A. The variety of primary healthcare organisations in Australia: a taxonomy. *BMC Heal Serv Res*. 2013;13:130.
41. BVAS. Artsen willen betere balans tussen werk en privé. *Gazet van Antwerpen*. 2018.
42. 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).
43. Haerynck B, Clerebaut N. Hoe beleven huisartsen hun beroep in België? Kwalitatief onderzoek van diepte-interviews afgenomen bij Belgische huisartsen. Published online 2010.
44. NHG. Covid-19: Psychosociale zorg.
45. Collins C, Clays E, Van Poel E, et al. Distress and Wellbeing among General Practitioners in 33 Countries

during COVID-19: Results from the Cross-Sectional PRICOV-19 Study to Inform Health System Interventions. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(9). doi:10.3390/ijerph19095675

46. Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G. Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak. *Fed Kenniscentrum voor Gezondheidszorg*. 2011;(KCE reports 165A).
47. Parry D, Oeppen R, Amin M, Brennan P. Could exercise improve mental health and cognitive skills for surgeons and other healthcare professionals? *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2018;56(5):367-370.
48. Harolds J. Quality and Safety in Health Care, Part XLV: Introduction to Burnout. *Clin Nucl Med*. 2019;44(3):221-222.
49. Lheureux F, Truchot D, Borteyrou X. Suicidal tendency, physical health problems and addictive behaviours among general practitioners: their relationship with burnout. *Work Stress*. 2016;30(2):173–92.
50. Spiers J, Kessler D, Leggett N, Taylor A, Thornton G, Buszewicz M. Barriers, facilitators, and survival strategies for GPs seeking treatment for distress: A qualitative study. *Br J Gen Pr*. 2017;67(663):700-708.
51. Thys E. Voor- en nadelen van de groepspraktijk vanuit patiënten-perspectief. Published online 2016.
52. De Buysscher E, Deveugele M. De solopraktijk onder de loep. Published online 2013.
53. Charis W, Kok P. Does practice size matter? Review of effects on quality of care in primary care. *Br J Gen Pr*. 2013;63(614):604-610.
54. Dierckx de Casterle B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(3):360-371. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.09.012

Bijlagen

BIJLAGE 1: Goedkeuring Commissie voor Medische Ethiek UZGent

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Els Clays
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg - GE39
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
BC-11374	NVT	22/12/2021	1/3

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"The well-being of general practitioners in group practices versus solo practices, and their influencing factors - a qualitative study. Scriptie Dorien Robyn"

B.U.N.: B6702021001204
EudraCT: NVT
Fase (Phase): NVT

Adviesaanvraagformulier versie 1 dd. 22/11/2021 HAIO (manama volledig ontvangen dd. **26/11/2021)**
Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier voor de deelnemers versie 1 dd. november 2021
GCP certificaat dd. 20/3/2018 Els Clays
Begeleidende brief dd. 23/11/2021 (ontvangen dd. 26/11/2021)
Interview Guide versie 1 dd. november 2021

Advies werd gevraagd door: Els Clays

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 15/12/2021 . INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 15/12/2022, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 15/12/2021. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 15/12/2022, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle effectieve leden van het Ethisch Comité, of hun plaatsvervangers,hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT

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

- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All effective members of the Ethics Committee, or their representatieves, have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee



Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

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

BIJLAGE 2: Informatiebrief

Informatiebrief voor de deelnemers aan een kwalitatief onderzoek

Titel van de studie:

Het welzijn van huisartsen in groepspraktijken versus solopraktijken, en welke factoren hierbij een rol spelen – een kwalitatief onderzoek.

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een kwalitatieve studie. Neem, voor u beslist om deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger, of met andere personen van uw keuze. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnformeerde toestemming' voor deelname aan een studie genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan deze bundel te ondertekenen.

1 WAT IS HET DOEL VAN DE STUDIE?

Wij nodigen u uit om deel te nemen aan een kwalitatieve studie met als doel een beter zicht te hebben op het algemeen welzijn van huisartsen werkzaam in groepsverband versus huisartsen werkzaam in soloverband.

In de literatuur is reeds veel geschreven over burn-out en bevlogenheid bij huisartsen. Vaak worden hier zeer confronterende cijfers beschreven. Ook in de media zien we de laatste jaren steeds frequenter artikels verschijnen over dit onderwerp.

In studies die onderzochten welke beïnvloedende factoren artsen aangeven voor hun welzijn, werd enkele keren aangegeven dat het werken in groepsverband een positief beïnvloedende factor kan zijn. In andere studies werd dit dan weer betwist. Zelden werd de expliciete vergelijking gemaakt tussen het welzijn van huisartsen die werkzaam zijn in een groepsverband en huisartsen die alleen werken. Het lijkt dan ook nuttig om na te gaan in het werkveld of hierin een verschil bestaat, en welke factoren hierbij een rol spelen.

Daarnaast kan de recente covid19-pandemie ook een belangrijke invloed hebben op het welzijn van de huisarts. Ook dit zal bekeken worden in deze studie.

Als laatste doelstelling bekijken we of er een link bestaat tussen het welzijn van huisartsen en de kwaliteit van zorg, bekeken vanuit het artsen-perspectief.

De opdrachtgever van deze studie is Universiteit Gent – Faculteit Geneeskunde.

2 WAT HOUDT DEELNAME AAN DE STUDIE IN VOOR U?

In het kader van dit onderzoek zal een diepte-interview georganiseerd worden door de onderzoeker (Huisarts-In-Opleiding). Hierin zullen enkele aspecten van het welzijn bij huisartsen besproken worden.

Deze interviews zullen worden opgenomen (enkel geluid), mits uw toestemming hiervoor gegeven wordt. Uiteraard zal de anonimiteit bewaakt worden.

3 HOEVEEL DEELNEMERS ZULLEN AAN DEZE STUDIE DEELNEMEN?

Er zullen in totaal een 8 à 10 huisartsen aan deze studie deelnemen.

4 WAT IS DE DUUR VAN DEZE STUDIE?

De verwachte totale duur van het interview is maximum 1 uur. Dit is volledig afhankelijk van uw agenda.

5 WAT ZIJN UW RECHTEN BIJ DEELNAME AAN DEZE STUDIE?

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig, er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. U kunt weigeren om deel te nemen aan de studie en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven.
Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

5.1 Vertrouwelijkheid

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt zal geanonimiseerd worden (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar uw persoonlijk dossier). Enkel geanonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. Uw gegevens zullen verwerkt en bewaard worden gedurende minstens 20 jaar. De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de hoofdonderzoeker, Dorien Robyn.
Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw dossier om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.
De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

5.2 Verzekering

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 (Allianz Global Corporate & Specialty – polisnummer opdrachtgever UZ Gent BEL001889 – polisnummer opdrachtgever UGent BEL000862).

6 WAT ZIJN DE RISICO'S EN VERWACHTE VOORDELEN BIJ DEELNAME AAN DEZE STUDIE?

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen medisch of ander voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter mogelijks leiden tot een beter zicht op de algemene kwaliteit van zorg.

7 ZIJN ER KOSTEN VERBONDEN AAN DE DEELNAME AAN DEZE STUDIE?

Deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u.

8 IS EEN VERGOEDING VOORZIEN BIJ DEELNAME AAN DEZE STUDIE?

U zult geen financiële compensatie of vergoeding ontvangen voor uw deelname aan deze studie. De deelname is op volledig vrijwillige basis.

9 TOT WIE KUNT U ZICH RICHTEN IN HET GEVAL VAN PROBLEMEN OF INDIEN U VRAGEN HEEFT?

Als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kunt u in de loop van de studie op elk ogenblik contact opnemen met de onderzoeker:

Naam: Dorien Robyn

Telefoonnummer: +32 475 64 34 86

E-mailadres: Dorien.Robyn@UGent.be

BIJLAGE 3: 'Interview guide'

Interview guide

Inleiding

- Voorstelling van de onderzoeker, het onderzoek en het verloop van het interview
- Mondelinge en schriftelijke toestemming

Feitelijke gegevens

- Leeftijd, geslacht

Privé-situatie:

- Samenwonend of alleenwonend, gehuwd of ongehuwd
- Gezinssituatie
- Hulp bij huishouden of opvoeding kinderen
- Vrijetijdsbesteding

Professionele situatie:

- Woon-werk afstand
- Loopbaantraject (aantal jaren actief als huisarts, eventuele tussenperiodes)
- Werkschema (aantal werkuren per week, aantal patiëntencontacten per week, aantal huisbezoeken per week, aantal uren administratie, aantal wachten, etc.)
- Ruimte en tijd voor bijscholingen
- Praktijkvorm:
    - Groepspraktijk / duo-praktijk / solopraktijk / wijkgezondheidscentrum
    - Aantal collega-huisartsen in de praktijk
    - Praktijkorganisatie
    - Multidisciplinariteit, paramedici
    - HAIO's en/of stagiairs

Professioneel welbevinden

- Hoe ervaart u de werkdruk in uw praktijk?

  Wat zijn de oorzaken van die werkdruk volgens u?
- Hoe ervaart u de samenwerking met de collega's en medewerkers in de praktijk?

Hoe gaan zij ermee om als iemand van de collega's een hoge werkdruk ervaart?

- Wat zijn volgens u de voordelen van het huisartsenberoep?
- Wat zijn volgens u de nadelen van het huisartsenberoep?
- Heeft u het gevoel dat de covid19-pandemie een invloed heeft gehad op uw professioneel welzijn?

  Zoja, op welke manier?
- Heeft u ooit overwogen om te stoppen met het huisartsenberoep?

  Zoja, waarom?

  Zoja, wat zorgde ervoor om toch verder te blijven werken?
- Welke eigenschappen heeft een huisarts volgens u nodig om goed te kunnen functioneren?
- Merkt u zelf op dat de praktijkvorm en -organisatie een effect hebben op uw welzijn?

  Zoja, op welke manier?
- Welke andere factoren vindt u zelf bepalend voor uw eigen professioneel welzijn?

Psychosociaal welzijn

- Hoe ervaren uw partner en/of gezinsleden uw werksituatie?

  Hebben zij begrip voor uw verhouding tussen werk en privé?
- Vindt u zelf dat u een goede work-life balans heeft?

  Heeft u het gevoel dat u voldoende tijd heeft voor uw partner, gezin, familie en vrienden?
- Heeft u het gevoel dat u voldoende tijd heeft voor vrijetijdsbesteding (hobby's, sport, etc.)
- Welke factoren vindt u het belangrijkst voor uw psychosociaal welzijn?

Burn-out klachten

- Heeft u in het verleden reeds burn-out klachten gehad?

  Gaat u soms zelf naar de huisarts met deze klachten?

Coping-mechanismen

- Welke coping-mechanismen hanteert u bij stress, hoge werkdruk, of een algemeen verminderd welzijn?

Invloed op kwaliteit van zorg

- Heeft u zelf het gevoel dat er een verandering bestaat in uw kwaliteit van zorg wanneer u zich minder goed voelt? (Vb. op vlak van patiënten tevredenheid, klinisch correct handelen, etc.)

Afronding

- Had u zelf nog zaken die u graag wou toevoegen aan het gesprek?
- Had u nog verdere vragen?

BIJLAGE 4: 'Informed consent' formulier

Informatiebrief voor de deelnemers aan een kwalitatief onderzoek

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers aan een kwalitatief onderzoek" pagina 1 tot en met 3 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur, de te voorziene effecten van de studie en over wat men van mij verwacht. Ik heb uitleg gekregen over de mogelijke risico's en voordelen van de studie. Men heeft me de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen over de studie en ik heb op al mijn vragen een bevredigend antwoord gekregen, ook op medische vragen.
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven.
Ik begrijp dat auditors, vertegenwoordigers van de opdrachtgever, de Commissie voor Medische Ethiek of bevoegde overheden, mijn gegevens mogelijks willen inspecteren om de verzamelde informatie te controleren. Bovendien ben ik op de hoogte dat bepaalde gegevens doorgegeven worden aan de opdrachtgever van de studie. Te allen tijde zal mijn privacy gerespecteerd worden.
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.
Men heeft mij ingelicht dat enkele persoonsgegevens worden verwerkt. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

1) Ik stem ermee in om volledig samen te werken met de onderzoeker. Ik zal hem/haar op de hoogte brengen van bijkomende vragen of opmerkingen.	
2) Ik geef toestemming tot opname van het interview (enkel geluid).	

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de onderzoeker	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	

BIJLAGE 5: Overzicht codes

FACTOREN BEPALEND VOOR HET WELZIJN VAN HUISARTSEN

Persoonlijke factoren

1) Sociodemografische factoren
   - Partner
   - Gezin

2) Sociale factoren
   - Hulp bij huishouden en opvoeding kinderen
   - Voldoende slaap
   - Vrienden en familie
   - Vrijetijdsbesteding

3) Persoonskenmerken
   - Communicatieve vaardigheden
   - Doorzettingsvermogen, discipline
   - Empathisch vermogen
   - Geduld
   - Grenzen kunnen stellen
   - Relativeringsvermogen
   - Verantwoordelijkheidszin
   - Zelfvertrouwen uitstralen
   - Vrolijkheid
   - Weerbaarheid en draagkracht

Werkgerelateerde factoren

1) Intrinsieke werkgerelateerde factoren
   - Agressieve, mondige patiënten
   - Eisende patiënten
   - Ondankbaarheid van patiënten
   - Diagnostische onzekerheid
   - Verantwoordelijkheid
   - Diversiteit in pathologie
   - ‘Shared decision making’
   - Patiëntentevredenheid
   - Blijven bijleren, bijscholingen
   - Vertrouwensrelatie en contact met patiënten
   - Emotionele belasting, psychosociale consultaties
   - Maatschappelijke rol, het begeleiden van mensen
   - Zorg voor families
   - Flirtgedrag van patiënten
   - Werkzekerheid

2) Extrinsieke werkgerelateerde factoren

- Praktijkorganisatie
    - Secretariaat, telefoons tijdens consultaties
    - Huisbezoeken
    - Werkvrije momenten, werkschema
- Administratie
- Technologie, EMD
- Woon-werk verkeer
- Andere professionele activiteiten, academisch werk
- Opleiding HAIO's en/of stagiairs
- Andere visie over praktijkvoering
- Verschillende generaties artsen in de praktijk
- Opvoeding van patiënten
- Autonomie
- Beschikbaarheid, onvoorspelbaarheid, flexibiliteit
- Continuïteit van zorg
- Effect van het huisartenberoep op de gezinsleden
- Collega's, collegialiteit
- Patiënten die veranderen van arts
- Goede samenwerking met tweede lijn
- Goede samenwerking met wachtkring en wachtpost
- Wachtdiensten
- Werkdruk, werkuren
- Patiëntenstop
- Financieel aspect
- Tekort aan steun van de overheid

3) Covid19-pandemie
    - Organisatorische gevolgen
    - "Vraag het aan de huisarts!"
    - Waardering en respect voor de huisarts
    - Angst voor besmetting
    - Positieve test
    - Verandering bevlogenheid en job voldoening ten gevolge van ovid19

4) Work-life balans

BIJLAGE 6: Karakteristieken geïnterviewde artsen

	Arts 1 V46G	**Arts 2** V53S	**Arts 3** V59S	**Arts 4** V34G	**Arts 5** M32G	**Arts 6** V58G	**Arts 7** M63S	**Arts 8** M35S
Privé								
Geslacht	Vrouw	Vrouw	Vrouw	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Man
Leeftijd	46 jaar	53 jaar	59 jaar	34 jaar	32 jaar	58 jaar	63 jaar	35 jaar
Gezin	3 kinderen, in huis	3 kinderen, in huis/op kot	3 kinderen, nog 2 in huis	Geen kinderen	Geen kinderen	3 kinderen, uit huis	2 dochters, uit huis	3 kinderen, in huis
Partner	Echtgenoot, samenwonend	Echtgenoot, samenwonend	Vriend, niet-samenwonend	Vriend, niet-samenwonend	Vriendin, niet-samenwonend	Echtgenoot, samenwonend	Echtgenote, samenwonend	Echtgenote, samenwonend
Professioneel								
Praktijkvorm	Groepspraktijk	Solopraktijk	Solopraktijk, samenwerkend met collega solist uit de buurt (bij verlof)	Groepspraktijk	Groepspraktijk	Groepspraktijk	Solopraktijk	Solopraktijk
Praktijkmedewerkers	Voltijds secretariaat	/	/	Voltijds secretariaat	Voltijds secretariaat	Voltijds secretariaat	/	/
Opleidingspraktijk	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
Woon-werkafstand	Praktijk in woning	Praktijk in woning	Praktijk in woning	10 min	40 min	10 min	Praktijk naast woning	15 min
Werkvrije momenten	1 vrije NM + 1 vrije avond	1 vrije NM	1 vrije NM	1 vrije NM + 1 vrije avond	1 vrije NM	1 vrije NM	Geen	1 vrije NM
Aantal verlofdagen (per jaar)	30 dagen	25-30 dagen	30-35 dagen	30 dagen	30 dagen	30 dagen	40 dagen	25-30 dagen
Aantal patiëntencontacten (per dag)	30-35 per dag	30 per dag	30-40 per dag	20-30 per dag	25-30 per dag	15 per dag	12-15 per dag	25-30 per dag
Gemiddeld aantal wachten (per jaar)	Week: 10 Weekend: 10	Week: 20 Weekend: 10	Week: 10 Weekend: 10	Week: 20 Weekend: 10	Week: 20 Weekend: 10	Week: 20 Weekend: 10	Week: 10 Weekend: 10	Week: 10 Weekend: 10
Duur loopbaan	19 jaar	26 jaar	30 jaar, initieel scheepsarts	6 jaar	4 jaar	33 jaar	38 jaar	7 jaar
Andere professionele activiteiten	CRA, PO	CRA	CRA, palliatief arts	/	/	PO	/	/