Mentaal welzijn en toekomstperspectief bij huisartsen in opleiding in relatie tot het zelf-determinatiemodel: een mixed methods analyse.

Kerckhove Eva, Universiteit Gent
Magherman Febe, Universiteit Gent
Magherman Louise, Universiteit Gent
Malego Judith, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Clays Els, Universiteit Gent
Co-promotor: Dr. Lobbestael Janique, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2023-2026

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

We kozen bewust voor een masterproef binnen de huisartsgeneeskunde die betrekking had op het mentaal welzijn bij huisartsen in opleiding omdat we het belang hiervan zeer sterk inzien. We denken dat deze masterproef een toekomstige meerwaarde kan bieden voor de verdere huisartsenopleiding. Het was een zeer leerrijk proces, waarin ook zelfreflectie centraal stond. Het eindresultaat van de masterproef was niet mogelijk zonder de steun en hulp van een aantal personen. In dit voorwoord zouden wij dan ook graag iedereen, die een rol speelde bij het tot stand komen van deze masterproef, willen bedanken. Om te beginnen willen wij onze promotor Prof. Dr. Els Clays en onze copromotor Dr. Janique Lobbestael bedanken om ons de kans te geven dit onderwerp verder uit te werken. Ook willen wij hen bedanken voor de hulp bij het verwerken van onze resultaten, zowel op kwalitatief als kwantitatief vlak. Zij wisten ons wegwijs te maken in de principes van het zelf-determinatiemodel en konden ons heel wat literatuur en inzichten verschaffen over mentaal welzijn en burn-out. Daarnaast willen wij graag onze familie, vrienden, partners, praktijkopleiders en medestudenten bedanken voor de mentale steun en motivatie gedurende de voorbije drie jaren. Op momenten waar het soms wat moeilijker verliep, stonden zij steeds klaar om ons een hart onder de riem te steken. Ten slotte zouden wij ook graag elkaar bedanken voor de aangename en leerrijke samenwerking. Het was een grote meerwaarde om deze masterproef samen tot een mooi einde te brengen.

Inhoudstafel

Voorwoord 2
Inhoudstafel 3
Lijst met afkortingen 5
Abstract 6
Inleiding 6
Methodologie 6
Resultaten 6
Discussie 6
Inleiding 8
1. Mentaal welzijn bij huisartsen in opleiding 8
2. Zelf-determinatiemodel 9
3. Toekomstperspectief 11
4. Onderzoeksvraag 12
Methodologie 12
1. Studiepopulatie en procedure 12
2. Evaluatie 13
2.1. Vragenlijst 13
2.2. Interviews 13
3. Data-analyse 14
4. Ethische overwegingen 14
Resultaten 15
1. Karakteristieken participanten 15
1.1. Vragenlijst 15
1.2. Interviews 15
2. Zelf-determinatiemodel 16
2.1. Vragenlijst 16
2.2. Interviews 17
2.2.1. Autonomie 17
2.2.1.1. Agendamanagement 18
2.2.1.2. Handelingsvrijheid 18
2.2.2. Betrokkenheid 18
2.2.2.1. Hiërarchie 19
2.2.2.2. Intercollegiale relaties 19
2.2.3. Competentie 20
2.2.3.1. Zelfeffectiviteit 20
2.2.3.2. Supervisie 20

3. Werkgerelateerd mentaal welzijn 21
3.1. Vragenlijst 21
3.1.1. BAT (Burnout Assessment Tool) 21
3.1.2. Work-life balance 23
3.1.3. Verband tussen ABC-score en BAT-score 23
3.2. Interview 25
3.2.1. Work-life balance 25
3.2.1.1. Huidige balans 25
3.2.1.2. Toekomstige balans 25
3.2.2. Bespreekbaarheid mentaal welzijn 26
3.2.3. Determinanten burn-out 26
3.2.3.1. Persoonlijke factoren 26
3.2.3.2. Opleidingsgerelateerde factoren 27
3.2.4. Protectieve strategieën 30
3.2.4.1. Gedragsmatige strategieën 30
3.2.4.1. Opleidingsgerelateerde strategieën 31
3.2.5. Toekomstige opleidingsinterventies 32
4. Toekomstperspectief 33
4.1. Vragenlijst 33
4.1.1. Meerkeuzevragen 33
4.1.2. Verband ABC-score en toekomstperspectief 35
4.2. Interviews 39
4.2.1. Toekomst als arts 39
4.2.1.1. Positieve vooruitzichten 39
4.2.1.2. Negatieve vooruitzichten 40
4.2.1.3. Invloed stageplaats 40
4.2.1.4. Overweging te stoppen als arts (opleiding/beroep) 40
4.2.1.5. Motivatie 41
4.2.1.6. Intentie om praktijkopleider te worden 42
4.2.2. Praktijkvorm 42
4.2.2.1. Voltijds/deeltijds werken 42
4.2.2.2. Solo-/groepspraktijk 43
Discussie 44
1. Terugkoppeling naar onderzoeksvragen en literatuur 44
1.1. Zelf-determinatiemodel en sociodemografie 44
1.2. Zelf-determinatiemodel en mentaal welzijn 44
1.3. Zelfdeterminatie model en toekomstperspectief 45
2. Kritische interpretatie eigen resultaten 47

3. Implicaties voor de klinische praktijk en verder onderzoek 48
Conclusie 48
Referentielijst 49
Bijlagen 51
Bijlage 1: COREQ checklist. 51
Bijlage 2: Codeboom van de thematische analyse. 53
Bijlage 3: Goedkeuring Commissie voor Medische Ethiek. 54
Bijlage 4: Informatie- en toestemmingsformulier voor de deelnemers – vragenlijst. 56
Bijlage 5: Informatie- en toestemmingsformulier voor de deelnemers – interview. 61
Bijlage 6: Scatterplot met geschatte regressierechte bij enkelvoudige lineaire regressieanalyse tussen ABC-subscores en BAT-score. 66
Bijlage 7: Goedgekeurd protocol. 67

Lijst met afkortingen

ASO	Arts-specialist in opleiding
BAT	Burnout Assessment Tool
bv.	Bijvoorbeeld
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
GCP	Good Clinical Practice
HAIO	Huisarts in opleiding
i.v.m.	In verband met
ICH	International Council for Harmonisation
ICHO	Interuniversitair Samenwerkingsverband HuisartsenOpleiding
m.b.v.	Met behulp van
n.v.t.	Niet van toepassing
o.b.v.	Op basis van
p.	Pagina
PO	Praktijkopleider
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
STACO	Stagecoördinator
t.e.m.	Tot en met
W-BNS	Work-Related Basic Need Satisfaction Scale
WOP	Werk- en opleidingsplan

Abstract

Inleiding

Het is geen geheim dat het mentaal welzijn bij artsen in opleiding frequent onder druk staat. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat het risico op burn-out toeneemt bij huisartsen en huisartsen in opleiding. Het zelf-determinatiemodel is een motivatiemodel uit de psychologie dat stelt dat mensen drie psychologische basisbehoeften hebben (autonomie, betrokkenheid en competentie). Wanneer deze basisbehoeften vervuld worden, kan iemand optimaal intrinsiek gemotiveerd werken. Vele studies hebben aangetoond dat intrinsieke motivatie niet alleen positief geassocieerd is met hoe goed iemand presteert op het werk, maar ook met hoe goed iemand zich voelt. Door het toenemend huisartsentekort is het ook belangrijk te weten hoe de huisartsen in opleiding kijken naar hun toekomst als huisarts. In deze masterproef wordt er onderzocht wat de invloed is van de huidige huisartsenopleiding in Vlaanderen op het mentaal welzijn en toekomstperspectief bij HAIO's, vertrekkende vanuit het zelf-determinatiemodel.

Methodologie

Via een mixed-methods model werden 127 HAIO's gerekruteerd die een vragenlijst invulden. De vragenlijst werd samengesteld uit vragen over sociodemografische kenmerken, de Work-Related Basic Need Satisfaction Scale (W-BNS), de verkorte versie van de Burnout Assessment Tool (BAT) en uit vragen over work-life balance en toekomstperspectief. Er werd gevraagd of deze deelnemers ook bereid waren om deel te nemen aan een diepte-interview. Uit de geïnteresseerden werden zestien deelnemers geselecteerd. Hierbij werd gekozen voor de deelnemers met de hoogste en de laagste score op de W-BNS.

Resultaten

Bij de deelnemers was de gemiddelde ABC-totaalscore 65,21. 80,3 % van de deelnemers hadden geen risico op burn-out, 15,0 % hadden een risico op burn-out en 4,7 % hadden een zeer hoog risico op burn-out. Een lineaire regressieanalyse om het verband tussen ABC-totaalscore en BAT-score te onderzoeken toont een sterk significant negatief lineair verband. Een meervoudige lineaire regressie met inbegrip van sociodemografische factoren toont hetzelfde resultaat. Er werd daarnaast een correlatie vastgesteld tussen de ABC-score en het toekomstperspectief. Bij meerdere vragen werd een sterk significant verband tussen het toekomstperspectief en de ABC-totaalscore gevonden, waarbij HAIO's met een hogere ABC-totaalscore systematisch positievere antwoorden gaven op de vragen m.b.t. het toekomstperspectief. De diepte-interviews brachten bovendien diverse terugkerende thema's naar boven omtrent het zelf-determinatiemodel, het mentaal welzijn, de work-life balance en het toekomstperspectief bij HAIO's.

Discussie

De bevinding dat een hogere ABC-totaalscore in verband staat met een lager burn-out risico sluit aan bij de bestaande literatuur. Ook na correctie voor sociodemografische kenmerken blijft de ABC-totaalscore een sterke negatieve voorspeller van de BAT-score. HAIO's met een betere vervulling van de basisbehoeften uit het zelf-determinatiemodel gaven vaker aan zich te zien starten als huisarts en te werken tot aan de pensioenleeftijd. Deze positieve correlatie benadrukt het maatschappelijk belang van deze resultaten gezien het huisartsentekort in Vlaanderen. In de diepte-interviews kwamen verschillende factoren van burn-out ter sprake, zowel persoonlijk als opleidingsgerelateerd, alsook

concrete suggesties voor de opleiding naar de toekomst toe. De belangrijkste beperkingen van deze studie zijn de cross-sectionele opzet, waardoor geen causaliteit onderzocht kan worden, en de mogelijkheid tot bias eigen aan zelfrapportering. Verder interventioneel en longitudinaal onderzoek naar gerichte interventies die de ABC-totaalscore verbeteren, is noodzakelijk om de causale relatie met werkgerelateerd mentaal welzijn en het toekomstperspectief van HAIO's na te gaan.

Inleiding

1. Mentaal welzijn bij huisartsen in opleiding

Het is geen geheim dat het leven als huisarts heel wat uitdagingen met zich meebrengt. Alhoewel de visie op de huisartsgeneeskunde tijdens de laatste decennia heel wat veranderde door onder meer het ontstaan van groepspraktijken, door de toenemende ondersteuning door praktijkverpleegkundigen en secretariaatsmedewerkers en door het ontstaan van wachtkringen, zijn er toch nog heel wat uitdagingen waarmee de huisartsen van morgen te maken hebben. Huisartsen werken lange dagen, zeker tijdens de drukke winterperiodes. Door het ontstaan van multimedia zijn er naast de fysieke consultaties ook veel telefonische consultaties, dewelke veel tijd en moeite in beslag nemen. Het aantal ziektebeelden, behandelingen en richtlijnen neemt sterk toe en de huisarts moet van elke specialiteit kennis hebben. De huisarts behandelt naast acute fysieke problemen ook chronische aandoeningen, mentale problemen en doet hierbij ook aan preventieve geneeskunde. Dit alles maakt het uitdagend om goede zorg te bieden binnen een consultatie van amper 15 à 20 minuten. Administratieve overlast door vele verschillende attesten, ziekteregelgeving van werkgevers en richtlijnen van de overheid maakt het uitdagend om door het bos de bomen te blijven zien. (1)
Internationaal onderzoek toont aan dat huisartsen een hoog risico lopen op mentale problemen zoals stress, burn-out en depressie. (2-4) Er is zelfs een stijgende prevalentie van burn-out bij huisartsen, waardoor preventie ervan een belangrijk onderwerp geworden is binnen de gezondheidszorg. (5) Ook in België zijn er tekenen dat het niet goed gaat met de mentale gezondheid van huisartsen en huisartsen in opleiding (HAIO's). Een recente enquête van de Artsenkrant toonde bij artsen zorgwekkend hoge scores op een vragenlijst die peilde naar burn-out. Bij huisartsen en HAIO's voldoet meer dan 40 % aan de kenmerken van een burn-out. De nood aan zelfzorg is hoog. (6) En laat zelfzorg nu net een essentiële voorwaarde zijn om kwaliteit van patiëntenzorg op lange termijn te kunnen garanderen. Onderzoek toonde aan dat artsen die ontevreden zijn over hun werksituatie vaker risicovolle voorschrijfpatronen vertonen. Daarnaast zijn hun patiënten doorgaans minder therapietrouw en globaal minder tevreden, wat mogelijk wijst op een verminderde kwaliteit van de zorgverlening. (7)

Naast de al bestaande uitdagingen waar alle artsen mee moeten omgaan, zijn artsen in opleiding (arts-specialisten in opleiding (ASO's) en huisartsen in opleiding (HAIO's)) hiervan een subgroep met mogelijks een nog hoger risico op mentale problemen. De opleiding tot arts wordt al jaren gezien en ervaren als een stressvolle periode. Er rust een grote verantwoordelijkheid op de schouders van de jonge artsen in opleiding waarbij er van hen verwacht wordt om mee te draaien in het gezondheidszorgsysteem terwijl ze verder theoretische en praktische kennis moeten vergaren. Van de ene op de andere dag gaat een geneeskundestudent over naar een arts in opleiding met eigen verantwoordelijkheid. Het nemen van medische beslissingen met een nog eerder beperkte ervaring vergt aanzienlijke inspanningen, in het bijzonder wanneer optimale begeleiding ontbreekt en dit gepaard gaat met hoge tijdsdruk en lange werkdagen. Verschillende studies rapporteren inderdaad een hoge prevalentie van stress, burn-out en zelfs suïciderisico bij artsen in opleiding. Burn-out komt bovendien vaker voor bij HAIO's en net afgestudeerde huisartsen in vergelijking met de bevolking van dezelfde leeftijd. Mogelijke verklarende oorzaken hiervoor zijn het plots moeten opnemen van verantwoordelijkheid, de angst voor imperfectie en het gebrek aan erkenning door artsen en patiënten. (5) Een recente meta-analyse die de wereldwijde prevalentie van burn-out onderzocht bij

artsen in opleiding vond een globale prevalentie van 47,3 %, wat toch een aanzienlijk hoog cijfer is. (9) Meer specifiek bij HAIO's tonen onderzoeken aan dat ook zij risico lopen op mentale problemen. (10)

Work-life balance is een term die bij de jongere huisartsen frequent naar boven komt. Het beeld van de alleenwerkende, mannelijke huisarts die dag en nacht te bereiken is, verdwijnt meer en meer. Studies tonen aan dat het respecteren van de work-life balance zowel een positieve invloed heeft op het burn-out risico als op de motivatie om het beroep van huisarts te blijven uitoefenen. Maatregelen die het administratief werk van huisartsen verminderen en dus het aantal werkuren per week kunnen reduceren, kunnen belangrijk zijn om de huisartsen van morgen gemotiveerd te houden. (11, 12)

Er zijn de laatste jaren al heel wat positieve veranderingen doorgevoerd om het mentaal welzijn bij artsen in opleiding te verbeteren. Studies die aantonen dat deze veranderingen ook gepaard gaan met een verbetering van het mentaal welzijn bij deze kwetsbare groep ontbreken echter. Het is daarom belangrijk om te begrijpen waarom nu juist artsen in opleiding zo'n hoog risico lopen op mentale problemen. Een mogelijke verklaring hiervoor kan worden gezocht binnen het zelf-determinatiemodel.

2. Zelf-determinatiemodel

Het zelf-determinatiemodel is een hedendaags motivatiemodel uit de psychologie. Het model stelt dat mensen drie psychologische basisbehoeften hebben. Wanneer deze vervuld worden, kan iemand optimaal intrinsiek gemotiveerd werken. Intrinsieke motivatie is motivatie die van binnenuit komt, zonder de invloed van externe druk of beloningen (extrinsieke motivatie). Intrinsiek gemotiveerde werknemers doen hun werk omdat ze dat zelf willen en omdat ze er plezier, voldoening of betekenis uithalen. Vele studies hebben aangetoond dat intrinsieke motivatie niet alleen positief geassocieerd is met hoe goed iemand presteert op het werk, maar ook met hoe goed iemand zich voelt. (13, 14) Specifiek toegepast op medische educatie is het bewezen dat studenten met een hoge intrinsieke motivatie (bijvoorbeeld leren uit interesse, nieuwsgierigheid of plezier) beter leren, betere resultaten behalen en beter scoren op het vlak van mentaal welzijn. (13)
Zoals eerder beschreven vertrekt het zelf-determinatiemodel vanuit drie psychologische basisbehoeften. Deze worden beschreven door middel van het acroniem ABC. ABC staat voor Autonomie, Betrokkenheid en Competentie.

De behoefte aan autonomie verwijst naar de vrijheid om eigen keuzes te maken en het eigen gedrag te sturen. Autonomie omvat het onafhankelijk kunnen handelen op basis van je eigen waarden en normen, zonder hierbij gedwongen te worden door externe druk of verwachtingen van anderen. (14) HAIO's hebben een eigen RIZIV-nummer en zijn dus gerechtigd om dezelfde medische beslissingen te maken als een afgestudeerde huisarts. De praktijkopleider (PO) wordt verondersteld om overlegmomenten in te plannen met de HAIO om casussen te overlopen en bij te sturen waar nodig. Dankzij deze klinische leeromgeving kunnen HAIO's meer zelfvertrouwen krijgen in het maken van eigen medische beslissingen. Dit alles brengt ook een groeiende verantwoordelijkheid met zich mee. De wisselwerking tussen HAIO en PO is niet altijd vanzelfsprekend. Wanneer de HAIO niet vrij genoeg is om zelf medische beslissingen te nemen en bijvoorbeeld geforceerd wordt om het medisch standpunt van de PO in te nemen, kan dit leiden tot te weinig autonomie. Wanneer deze psychologische basisbehoefte niet vervuld wordt, kan dit leiden tot een minder verantwoordelijkheidsgevoel en tot een vertraagde professionele ontwikkeling. (15)

In de literatuur wordt autonomie soms regelrecht tegenover supervisie gezet, waarbij wordt gesteld dat artsen in opleiding die werken onder supervisie per definitie minder autonoom kunnen handelen. Andere studies die autonomie onderzoeken binnen de medische wereld stellen echter dat artsen in opleiding aangeven zich juist meer autonoom te voelen wanneer ze voldoende supervisie krijgen, dan wanneer ze volledig zelfstandig moeten functioneren zonder zich reeds voldoende competent te voelen. Supervisie kent verschillende vormen en gradaties en het is dan ook aangewezen om als PO supervisie te geven op een manier waarop de autonomie van de HAIO gerespecteerd wordt. Autonomie betekent dus niet dat de HAIO alles alleen moet doen, maar wel dat de HAIO zelf de regie behoudt over de eigen keuzes en acties. (15)

De tweede basisbehoefte is de behoefte aan betrokkenheid. Het beschrijft de behoefte aan relaties met anderen op het werk. HAIO's hebben nood aan relaties met collega's en willen het gevoel hebben dat collega's en leidinggevenden om hen geven en omgekeerd. (14) Studies tonen aan dat artsen in opleiding een positieve werk- en leeromgeving omschrijven als een omgeving waarin ze zich geappreciëerd en gerespecteerd voelen, met sterke relaties tussen de collega's en met voldoende ondersteuning van collega's en opleiders. Bij conflicten met patiënten of moeilijke casussen is het aangewezen als PO om de HAIO te ondersteunen. Disrespectvol behandeld worden door de PO kan een goede relatie tussen de opleider en de arts in opleiding in de weg staan en dit heeft dan weer een negatieve impact op teamwork. (16) Het opbouwen van sterke relaties met de personen in de werkomgeving is voor HAIO's niet altijd vanzelfsprekend aangezien ze verplicht zijn om gedurende korte periodes op drie verschillende werkplekken praktijkstage te volgen. Hierdoor dienen ze herhaaldelijk nieuwe professionele relaties op te bouwen. Meer specifiek voor HAIO's wordt er gewerkt in huisartsenpraktijken waar er vaak slechts enkele directe collega's zijn om een relatie mee op te bouwen. De HAIO's zitten verspreid over verschillende huisartspraktijken waardoor het ook niet evident is om relaties op te bouwen tussen HAIO's onderling. Hier probeert de opleiding echter wel in tegemoet te komen door het organiseren van lessen en besprekingen in seminariegroepen, waar HAIO's met elkaar in interactie kunnen gaan.

De derde basisbehoefte is de behoefte aan competentie, wat de wens beschrijft om te doen waar men goed in is. Het gaat over het benutten van de eigen talenten en hiervoor erkend worden, zodat artsen het gevoel krijgen dat het werk dat ze verrichten ertoe doet in de wereld. (14) Deze behoefte stimuleert mensen om voortdurend op zoek te gaan naar uitdagingen die aansluiten bij hun capaciteiten, zodat ze hun bekwaamheden kunnen onderhouden en verbeteren. Competentie beschrijft eerder het gevoel van zelfvertrouwen en effectiviteit, dan de effectief behaalde vaardigheden of bekwaamheid op zich. (13) Ook deze basisbehoefte wordt helaas frequent niet vervuld bij HAIO's. Patiënten gedragen zich vaak eerder aarzelend wanneer ze behandeld worden door een arts in opleiding in plaats van een afgestudeerde arts. Patiënten zijn vaak gewend om te consulteren bij hun vaste huisarts die ze al jaren kennen. Ze staan er niet altijd voor open om bij de nieuwe, jongere collega te consulteren of doen dit enkel als het écht niet anders kan. Dit kan ervoor zorgen dat het zelfvertrouwen van de HAIO vermindert. Het is als PO dan ook belangrijk om de HAIO hierin te ondersteunen en patiënten aan te leren wat de kwaliteiten van HAIO's zijn.

Steeds meer onderzoek toont aan dat onderwijsprogramma's die gebaseerd zijn op het zelf-determinatiemodel positieve effecten hebben op het welzijn van studenten. (2, 13) Wanneer studenten de ruimte krijgen om autonoom te functioneren, zich verbonden voelen met hun

werkomgeving en succeservaringen kunnen opdoen die hun competentie versterken, leidt dit niet alleen tot betere prestaties, maar ook tot een verhoogd mentaal welzijn. (9, 13) Voor HAIO's, die vaak onder grote druk staan en geconfronteerd worden met complexe situaties, is het cruciaal dat de opleiding hun basisbehoeften mee ondersteunt. Een leeromgeving waarin ze mogen groeien, fouten maken en ondersteund worden zonder betutteld te worden, draagt bij aan hun motivatie en hun professionele ontwikkeling. Door na te gaan hoe goed deze drie basisbehoeften vervuld worden bij HAIO's en hoe dat samenhangt met hun toekomstperspectief, kan de opleiding gerichter inspelen op hun noden en hun welzijn op lange termijn bevorderen. (11, 12, 16)

3. Toekomstperspectief

Het is algemeen bekend dat er in verschillende regio's in Vlaanderen de voorbije jaren een toenemend tekort aan huisartsen is ontstaan. Voor patiënten in bepaalde regio's is het niet evident om een nieuwe huisarts te vinden wanneer de vroegere huisarts stopt met werken of wanneer ze graag van huisarts willen veranderen omwille van uiteenlopende redenen. Ondanks initiatieven van de Vlaamse Overheid om huisartsarme zones te ondersteunen in het vinden van nieuwe werkkrachten, blijft het aantal huisartsarme zones verder toenemen. Tijdens de coronacrisis werden de huisartsen daarenboven zeer zwaar belast en werd de problematiek rond de toegankelijkheid van huisartspraktijken nog duidelijker. (17) Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid schreef in 2023 een rapport over de toegankelijkheid in de huisartsgeneeskunde op basis van een bevraging bij huisartsen. Hieruit is gebleken dat meer dan de helft (52,5 %) van de huisartsen zich soms uitgeput voelt. Eén op tien stelt zich vragen rond zijn/haar jobinvulling, al is bij de grote meerderheid van de bevraagden (93,4 %) de betrokkenheid op het werk hoog tot zeer hoog. Wat betreft toekomstperspectief geeft 4,6 % van de artsen aan het beroep binnen het jaar te willen stopzetten. 9,9 % van de artsen overweegt om dit te doen binnen een termijn van 5 jaar. Het is dus een minderheid van de artsen die denkt aan stoppen in de nabije toekomst, al geven er ook maar 15 % van de artsen aan te denken aan uitbreiden. (17)

Omdat het huisartsentekort in Vlaanderen voorlopig niet lijkt te verbeteren, is het belangrijk om enerzijds de huidige geneeskundestudenten te motiveren om huisartsgeneeskunde te gaan studeren en anderzijds om het mentaal welzijn en de werktevredenheid van de huidige HAIO's te monitoren, zodat ze niet reeds gedemotiveerd aan hun carrière als huisarts beginnen. Studies tonen aan dat net de groep van HAIO's en jonge huisartsen het minst werktevredenheid vertoont en minder bestand is tegen werkgerelateerde stress. (11)
Deze jonge generatie heeft ten gevolge van een socioculturele shift andere professionele verwachtingen vergeleken met oudere collega's. Hun rol als arts, die vroeger meer werd omschreven als een levensstijl, wordt meer en meer als een job gezien waaraan persoonlijke behoeften niet meer ondergeschikt zijn. Ze hechten veel waarde aan opleiding, vrijheid, gelijkwaardigheid en gezinsleven. Toekomstige huisartsen, zowel mannen als vrouwen, zouden dan ook minder carrièregericht zijn net omdat ze meer aandacht willen besteden aan hun work-life balance. Een evenwichtige integratie van het beroeps- en het privéleven is voor hen essentieel om duurzame en adequate gezondheidszorg te kunnen leveren. Dit brengt nieuwe werkpatronen met zich mee, zoals de verschuiving van solopraktijken naar groepspraktijken en de toenemende keuze van jonge artsen om deeltijds te werken, wat het huisartsentekort verder doet toenemen. (11, 18-21) Ondanks de relevantie van het onderwerp, is er tot op heden binnen het bestaande onderzoek weinig aandacht besteed aan het toekomstperspectief van HAIO's in Vlaanderen.

4. Onderzoeksvraag

In deze masterproef wordt er onderzocht wat de invloed is van de huidige huisartsenopleiding in Vlaanderen op het mentaal welzijn en toekomstperspectief bij HAIO's. Hierbij wordt er vertrokken vanuit van de drie basisbehoeften van het zelf-determinatiemodel: autonomie, betrokkenheid en competentie.

Zoals hierboven beschreven werden er reeds meerdere studies uitgevoerd waar een verband gevonden werd tussen de ABC-score en het mentaal welzijn; in deze masterproef zal echter specifiek gefocust worden op HAIO's als doelpopulatie. Daarnaast zal er gekeken worden of er ook een verband gevonden kan worden tussen scores op het zelf-determinatiemodel en toekomstperspectief, een voor de maatschappij toch wel zeer relevant en actueel eindpunt. Studies hieromtrent ontbreken nog.

Methodologie

De studie werd uitgevoerd tussen 17 december 2024 en 30 september 2025 in opdracht van Universiteit Gent.

1. Studiepopulatie en procedure

De studiepopulatie omvat HAIO's die de drie jaar durende master-na-master huisartsgeneeskunde volgen in Vlaanderen. Deze opleiding wordt georganiseerd door het Interuniversitair Samenwerkingsverband HuisartsenOpleiding (ICHO), bestaande uit de academische centra huisartsgeneeskunde van vier Vlaamse universiteiten: Katholieke Universiteit Leuven, Universiteit Antwerpen, Universiteit Gent en Vrije Universiteit Brussel. De deelnemers zijn wilsbekwame volwassenen van minimum 18 jaar oud. De studie focust zich op HAIO's die op het moment van deelname praktijkstage volgen in een huisartsenpraktijk onder begeleiding van een huisarts-praktijkopleider. Dit omvat zowel HAIO's in het eerste, tweede als derde jaar van de opleiding. HAIO's die praktijkstage volgen in een ziekenhuisdienst worden geëxcludeerd.

De studie hanteert een mixed-methods model. Tijdens de eerste fase van het onderzoek werd een online vragenlijst rondgestuurd via volgende kanalen met als doel zoveel mogelijk HAIO's te bereiken. De deelnemers werden gerekruteerd via verschillende kanalen: mondeling tijdens de lesdagen, een advertentie in de maandelijkse ICHO-Actua nieuwsbrief, sociale media en via wachtkringen en seminariegroepen.

Tijdens de tweede fase van het onderzoek werden deelnemers individueel geïnterviewd door één van de vier onderzoekers. De deelnemers werden gerekruteerd via de eerder genoemde online vragenlijst, waarbij op het einde van de vragenlijst gevraagd werd of ze zich verder wilden engageren door deel te nemen aan een verdiepend interview. De deelnemers werden gecontacteerd via het ingevulde e-mailadres en/of gsm-nummer. De interviews vonden zowel fysiek als online via Microsoft Teams plaats tussen 12 juli 2025 en 30 september 2025, teneinde zo laagdrempelig mogelijk te zijn. De interviews werden opgenomen en nadien schriftelijk verwerkt. Het aantal interviews werd bepaald o.b.v. de responsgraad, de praktische haalbaarheid in het kader van een masterproef en o.b.v. het aantal interviews dat nodig was om een verzadiging te bekomen in het verkrijgen van nieuwe informatie. Er werd gestreefd naar een spreiding van de deelnemers over de opleidigsjaren. Daarnaast werd bij de selectie ook rekening gehouden met de ABC-score, waarbij deelnemers met uiterste scores werden geselecteerd om contrasterende perspectieven in kaart te brengen. Er werd geen vergoeding voorzien voor deelname aan de studie.

2. Evaluatie

2.1. Vragenlijst

Er werd door de onderzoekers een vragenlijst opgesteld aan de hand van gevalideerde vragenlijsten aangevuld met relevante vragen omtrent het onderzoeksdomein. Ten eerste werden er vragen gesteld omtrent sociodemografie. Vervolgens werden de drie basisbehoeften van het zelf-determinatiemodel bevraagd aan de hand van de Work-Related Basic Need Satisfaction Scale (W-BNS) (22) en werd de verkorte versie van de Burnout Assessment Tool (BAT) (23) gebruikt om te peilen naar de werkgerelateerde mentale gezondheid. Over de work-life balance en het toekomstbeeld bij HAIO's werden er vragen opgesteld in overleg met de promotor en copromotor, gebaseerd op de reeds bestaande literatuur.

De Work-Related Basic Need Satisfaction Scale (W-BNS) heeft betrekking op de drie basisbehoeften (autonomie, betrokkenheid en competentie). Het betreft een Likertschaal waarbij per onderdeel telkens zes stellingen gegeven worden waaraan de deelnemer een score dient toe te kennen van 1 (helemaal niet akkoord) t.e.m. 5 (helemaal akkoord). Deze vragenlijst werd opgesteld en gevalideerd door Van Den Broeck *et al.* in 2010. Aangezien er voor deze vragenlijst geen gevalideerde onderverdeling werd gemaakt, werd gewerkt met de scores (ABC-totaalscore, autonomie score, betrokkenheid score en competentie score) als continue waarde. (22)

De Burnout Assessment Tool (BAT) geeft een meting van burn-out klachten maar stelt geen diagnose van burn-out. De verkorte werkgerelateerde versie van deze gevalideerde tool bundelt twaalf uitspraken die betrekking hebben op hoe de deelnemer zijn/haar werk beleeft en hoe hij/zij zich daarbij voelt. Een score dient toegekend te worden van 1 (nooit) t.e.m. 5 (altijd). Voor de interpretatie van de totaalscores werd gekozen voor grenswaarden waarbij de scores van de HAIO's vergeleken worden met patiënten met ernstige burn-out klachten. Ze geven dus aan wanneer men 'problematisch' (te hoog) scoort. Er worden drie categorieën onderscheiden: groen (geen risico op burn-out), oranje (risico op burn-out) of rood (zeer hoog risico op burn-out). (23)

2.2. Interviews

Enkele deelnemers die hun persoonlijke gegevens achterlieten, werden geselecteerd voor een semigestructureerd interview ter verdere verduidelijking van hun antwoorden op de vragenlijst. Er werd vooraf een interviewgids opgesteld met relevante open vragen omtrent mentaal welzijn en toekomstbeeld. Deze vragen werden opgesteld in overleg met de promotor en copromotor, gebaseerd op de reeds bestaande literatuur. Dit kwalitatief luik heeft als doel om antwoorden op de vragenlijst verder uit te diepen en beter inzicht te krijgen in verschillende perspectieven.

De Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) checklist werd gebruikt om kwaliteit, nauwkeurigheid en transparantie van de interviews en de rapportering na te kijken (Bijlage 1). (24) De checklist omvat 32 items verdeeld over drie domeinen. Het eerste domein, onderzoeksteam en reflectiviteit, beschrijft de rol en de achtergrond van de onderzoeker alsook de relatie tot de deelnemers. Het tweede domein, studieopzet, verantwoordt de gemaakte methodologische keuzes. Tot slot behandelt het derde domein, data-analyse en rapportering, de wijze waarop de gegevens worden verwerkt en geanalyseerd.

3. Data-analyse

In de studie werd Qualtrics XM gebruikt als surveytool voor de online vragenlijst. Voor de statistische analyse werd gebruik gemaakt van Microsoft Excel en IBM SPSS Statistics versie 29.0. De interviews werden getranscribeerd m.b.v. de transcriptietool Whisper en verwerkt via het softwareprogramma MAXQDA 2024.

De kwalitatieve analyse werd verricht volgens de principes van de thematische analyse volgens Braun en Clarke. (25) Hierbij werd gebruikgemaakt van een codeboom (Bijlage 2), die door de vier onderzoekers initieel onafhankelijk van elkaar werd opgesteld. Vervolgens werd de codeboom door de onderzoekers overlopen en geconsolideerd. Finaal werd de codeboom besproken met de promotoren om de betrouwbaarheid en objectiviteit van de analyse te verzekeren.

4. Ethische overwegingen

Het onderzoek werd vooraf op 5 november 2024 goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de Universiteit Gent en het Universitair Ziekenhuis Gent (Bijlage 3). De studie werd uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Er werd een gegevensverwerkingsregister opgesteld. Voorafgaand aan deelname werd van de deelnemers geïnformeerde toestemming verkregen (Bijlage 4 en 5). De informatie verzameld tijdens de studie werd gepseudonimiseerd.

Resultaten

1. Karakteristieken participanten

1.1. Vragenlijst

In totaal hebben 127 HAIO's de vragenlijst volledig ingevuld. Zoals eerder vermeld werden enkel de HAIO's geïncludeerd die op het moment dat de vragenlijst werd ingevuld werkzaam waren in een huisartsenpraktijk, en dus niet op een stageplek in het ziekenhuis. 46,5 % van de deelnemers was werkzaam op hun eerste stageplaats binnen de opleiding (huisartsenstage 1), terwijl 53,5 % werkzaam was op hun tweede stageplaats (huisartsenstage 2). Er waren meer vrouwelijke deelnemers dan mannelijke (74,8 % vrouwen tegenover 25,2 % mannen). De meerderheid van de HAIO's was tewerkgesteld in een groepspraktijk (80,3 %), terwijl 9,4 % in een solopraktijk en 8,7 % in een wijkgezondheidscentrum werkte. Twee deelnemers waren actief in een andere praktijkvorm, met name één HAIO in een netwerkpraktijk en één HAIO bij Geneeskunde voor het Volk. Om statistische testen te verkrijgen met voldoende sterkte werd netwerkpraktijk bijgevoegd bij groepspraktijk en Geneeskunde voor het Volk bij wijkgezondheidscentrum. Bij de verdere statistische testen wordt dus gewerkt met drie categorieën i.p.v. vier. Ongeveer de helft van de deelnemers (49,6 %) woonde samen met een partner, terwijl 7,9 % samenwoonde met een partner en minstens één kind. De overige HAIO's woonden alleen, bij hun ouders of deden aan cohousing (Tabel 1).

Tabel 1: Karakteristieken van de deelnemers aan de vragenlijst.

Demografische kenmerken		**n*(%)**
Huisartsenstage	1	59 (46,5)
	2	68 (53,5)
Geslacht	Man	32 (25,2)
	Vrouw	95 (74,8)
Praktijkvorm	Groepspraktijk	102 (80,3)
	Solopraktijk	12 (9,4)
	Wijkgezondheidscentrum	11 (8,7)
	Andere	2 (1,6)
Gezinssamenstelling	Alleenwonend	11 (8,7)
	Inwonend bij ouders	23 (18,1)
	Cohousing	20 (15,7)
	Samenwonend met partner zonder kind(eren)	63 (49,6)
	Samenwonend met partner met kind(eren)	10 (7,9)
Aantal jaren ervaring PO	0-5 jaar	50 (39,4)
	5-10 jaar	32 (25,2)
	≥10 jaar	37 (29,1)
	Missing	8 (6,3)

*Totaal n = 127.

1.2. Interviews

Er werden 16 deelnemers geïnterviewd tot saturatie werd bereikt. In Tabel 2 worden de karakteristieken van de deelnemers opgesomd. Er werd gestreefd naar een evenwichtige verdeling tussen deelnemers uit huisartsenstage 1 en 2, evenals tussen deelnemers met een hoge en lage ABC-totaalscore (respectievelijk boven en onder de mediaan van 65).

Uiteindelijk werden 9 deelnemers uit huisartsenstage 1 geïnterviewd en 7 deelnemers uit huisartsenstage 2. Er werden 9 deelnemers geïnterviewd met een hoge ABC-totaalscore en 7 deelnemers met een lage ABC-totaalscore.

Tabel 2: Karakteristieken van de deelnemers aan de interviews.

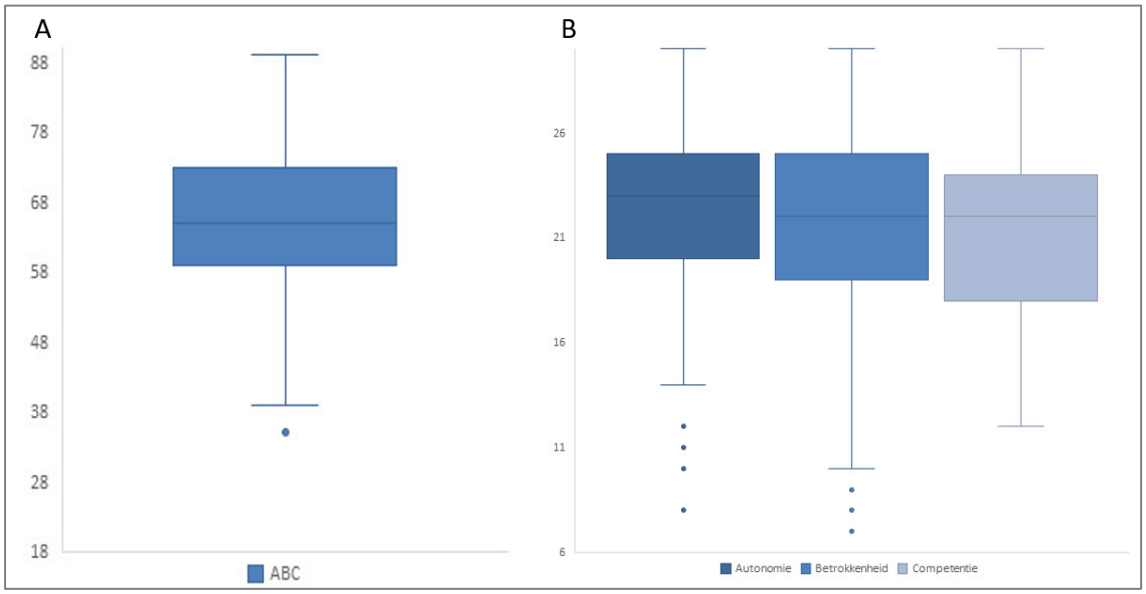
ID	Geslacht	Huisartsenstage	ABC-totaalscore*	ID	Geslacht	Huisartsenstage	ABC-totaalscore*
1	V	1	89 (H)	9	M	1	67 (H)
2	V	1	83 (H)	10	V	2	59 (L)
3	V	1	81 (H)	11	V	1	58 (L)
4	V	2	76 (H)	12	V	2	56 (L)
5	V	2	73 (H)	13	V	1	52 (L)
6	M	2	72 (H)	14	V	1	49 (L)
7	V	2	70 (H)	15	V	2	48 (L)
8	V	1	70 (H)	16	V	1	48 (L)

*ABC-totaalscore: hoger of lager dan de mediaan 65.
ID Identificatienummer deelnemer, *M* man, *V* vrouw, *H* hoog (> mediaan ABC-totaalscore), *L* laag (< mediaan ABC-totaalscore).

2. Zelf-determinatiemodel

2.1. Vragenlijst

De verdeling van de score van de deelnemers op het zelf-determinatiemodel wordt beschreven op Figuur 1A. De mogelijke ABC-totaalscore varieert van minimum 18 tot maximum 90. De gemiddelde ABC-totaalscore onder de deelnemende HAIO's is 65,21 met een standaarddeviatie van 10,40. De minimumscore onder de deelnemers bedraagt 35, de maximumscore 89 (Tabel 3). Figuur 1B beschrijft de verdeling van de subscores van het zelf-determinatiemodel, respectievelijk de subscore op autonomie, betrokkenheid en competentie. Voor elke van deze subscores varieert de mogelijke score van minimum 6 tot maximum 30.



Figuur 1A: Boxplot ABC-totaalscore.
Figuur 1B: Boxplots ABC-subscores.

Tabel 3: Beschrijvende gegevens over de ABC-totaalscore en -subscores.

	M (SD)	Min - Max
ABC-totaalscore	65,21 (10,40)	35 - 89
Autonomie subscore	22,09 (4,32)	8 - 30
Betrokkenheid subscore	21,76 (4,95)	7 - 30
Competentie subscore	21,36 (3,87)	12 - 30

M gemiddelde, *SD* standaarddeviatie, *Min* minimum, *Max* maximum.

Er werd gekeken naar een statistisch significant verband tussen de ABC-totaalscore en de sociodemografische kenmerken. Er werd hierbij geen statistisch significant verband gevonden tussen de ABC-totaalscore en geslacht, opleidingsjaar, praktijkvorm en aantal jaren ervaring van de PO (Tabel 4). Bij gezinssamenstelling wordt een p-waarde van 0,07 bekomen. Bij de Scheffe post-hoc test wordt een p-waarde van 0,08 gevonden bij het vergelijken van de gemiddelde ABC-score van de categorie inwonend bij ouders (gemiddelde ABC-score 69,13) en van de categorie cohousing (gemiddelde ABC-score 60,00). Er zijn geen (rand)significante verschillen te vinden tussen de andere categorieën.

Tabel 4: Resultaten statistische testen naar verband tussen ABC-totaalscore en sociodemografische kenmerken.

Ongepaarde Student's t-test		**Gemiddelde ABC-score**	**Tweezijdige p-waarde***	
ABC en geslacht	Man	66,78	0,33	
	Vrouw	64,68		
ABC en opleidingsjaar	Huisartsenstage 1	64,88	0,74	
	Huisartsenstage 2	65,50		
One-Way ANOVA		**Gemiddelde ABC-score**	**p-waarde***	**Scheffe post-hoc test**
ABC en praktijkvorm	Solopraktijk	65,00	0,19	Niet significant
	Groepspraktijk	64,63		
	WGC	70,42		
ABC en aantal jaren ervaring PO	0-5 jaar	64,36	0,72	Niet significant
	5-10 jaar	66,25		
	≥ 10 jaar	65,21		
ABC en gezinssamenstelling	Alleenwonend	65,00	0,07	p = 0,08 tussen de categorieën inwonend bij ouders en cohousing, voorts geen randsignificante resultaten
	Inwonend bij ouders	69,13		
	Cohousing	60,00		
	Samenwonend met partner zonder kind(eren)	65,27		
	Samenwonend met partner met kind(eren)	66,50		

*Significantie werd aangenomen voor p < 0,05.

Naar analogie met de ABC-totaalscore werd ook gekeken of er een significant verband kon gevonden worden tussen de ABC-subscores (autonomie, betrokkenheid en competentie) en de sociodemografische kenmerken geslacht, opleidingsjaar, praktijkvorm, aantal jaren ervaring van de PO en gezinssamenstelling. Bij autonomie en betrokkenheid werden geen significante verschillen gevonden. Bij competentie werd wel een significant verband gevonden met het opleidingsjaar van de deelnemers, waarbij een hogere gemiddelde score werd gezien bij deelnemers uit huisartsenstage 2 (p = 0,002) (Tabel 5).

Tabel 5: Resultaat verband tussen competentie totaalscore en opleidingsjaar.

Ongepaarde Student's t-test		**M**	**SD**	**T-waarde**	**df**	**Tweezijdige p-waarde***
Competentie totaalscore	Huisartsenstage 1	20,24	4,02	3,15	125	0,002
	Huisartsenstage 2	22,34	3,48			

*Significantie werd aangenomen voor p < 0,05.
M gemiddelde, *SD* standaarddeviatie, *df* vrijheidsgraden.

2.2. Interviews

2.2.1. Autonomie

Binnen het onderdeel autonomie kwamen uit de interviews twee grote aspecten naar voren: ten eerste het belang van agendamanagement en ten tweede het ervaren van handelingsvrijheid in de zorg voor de patiënt.

2.2.1.1. Agendamanagement

De meerderheid van de HAIO's gaf aan dat inspraak in het uurrooster een belangrijke factor binnen de autonomie vormt. Het zelf kunnen inplannen en blokkeren van consultatiemomenten in de eigen agenda werd als positief ervaren, aangezien dit toelaat een realistische inschatting te kunnen maken van de tijdsduur van bepaalde taken. Specifiek in het begin van de opleiding bood deze flexibiliteit een meerwaarde.

- *Deelnemer 2 (V, HA 1, ABC H): "Wat autonomie betreft, kon ik mijn agenda zo goed als zelf plannen. Ik kreeg het aantal uren dat ik moest werken en bepaalde zelf hoelang mijn consultaties duurden en hoeveel huisbezoeken ik per dag deed, telkens afgestemd op wat de praktijk nodig had. Dat vond ik een heel goed systeem, omdat ik in mijn eerste HAIO-jaar mijn eigen tempo kon bepalen en geleidelijk kon opbouwen."*
- *Deelnemer 8 (V, HA 1, ABC H): "Ik vind het belangrijk dat ik zelf mijn agenda vrij mag aanpassen. Ik kan zelf voldoende inschatten hoeveel tijd ik voor iets nodig heb, en vind niet dat iemand anders moet bepalen hoe snel ik moet werken."*

Daarnaast benadrukten enkele HAIO's het belang van flexibiliteit binnen de huisartsenpraktijk, waarbij een gebrek hieraan als storend werd ervaren. Zo gaven ze aan het essentieel te vinden om bij onverwachte verplichtingen autonoom aanpassingen in hun agenda te kunnen doorvoeren, mits deze consultaties opgevangen kunnen worden door collega's.

- *Deelnemer 15 (V, HA 2, ABC L): "Over mijn uurrooster heb ik nauwelijks inspraak. Momenteel ben ik zwanger, en zelfs voor iets simpels zoals naar de gynaecoloog gaan moet ik verlof opnemen. Terwijl ik deze afspraak na mijn uren zou kunnen plannen, als ik 's avonds eens een uur vroeger zou kunnen stoppen. Ook als mijn dochter ziek is, is het een gepuzzel om alles geregeld te krijgen. Dat is mentaal best belastend en zorgt voor veel frustratie."*

Tot slot kwam ook de invulling van de dagbesteding aan bod. Verschillende HAIO's gaven aan graag inspraak te hebben in de verdeling tussen enerzijds consultaties en huisbezoeken, en anderzijds acute en chronische zorg. Enkele deelnemers gaven aan dat chronische zorg in hun opleiding minder aan bod kwam, terwijl zij hier graag meer op wilden inzetten.

- *Deelnemer 8 (V, HA 1, ABC H): "Het is vaak zo dat wij, als HAIO's, de dag zelf alles opvangen en dus vooral voor acute zaken worden ingepland. Daardoor worden we minder betrokken bij de meer complexe, chronische zorg voor oudere patiënten. Ik heb al meerdere keren aangekaart dat ik dit jammer vind, en in de namiddag liever meer tijd zou vrijmaken voor chronische zorg en huisbezoeken."*

2.2.1.2. Handelingsvrijheid

Naast agendamanagement werd autonomie binnen de patiëntenzorg ook aangegeven als een belangrijk thema. Dit omvat het vermogen autonoom te kunnen werken en zelf keuzes te kunnen maken, met de mogelijkheid om bij twijfel laagdrempelig te overleggen met de praktijkopleider zonder het gevoel te krijgen geen vrije keuze te hebben.

- *Deelnemer 5 (V, HA 2, ABC H): "We hebben ruimte om ons eigen ding te doen. Zelf als dat niet is wat de PO zelf zou doen, kunnen ze ons daar wel in volgen."*
- *Deelnemer 1 (V, HA 1, ABC H): "Ik heb daarin heel veel vrijheid gekregen en kon hierdoor zelf initiatief nemen. Mijn PO stond wel aan de zijlijn om te sturen, maar ik kon toch mijn eigen koers varen."*
- *Deelnemer 9 (M, HA 1, ABC H): "In het begin stelden mijn collega's voor om bij elk consult een collega erbij te halen voor overleg, om zeker te zijn dat alles goed liep. Na een maand merkten we echter dat dit te ver ging: bijvoorbeeld bij banale klachten voelde dit al snel heel overbodig. Daarom zijn we overgegaan naar een systeem waarbij ik zelf aangeef wanneer iets onduidelijk is en ik overleg kan gebruiken. Op dit moment voel ik me daardoor erg autonoom, met de zekerheid dat ik altijd hulp kan vragen."*

2.2.2. Betrokkenheid

Binnen het tweede deel van het zelf-determinatiemodel, namelijk betrokkenheid, kwamen er tijdens de interviews twee grote thema's naar voren: hiërarchie en intercollegiale relaties.

Legende bij interview citaten: *M* man, *V* vrouw, *HA 1* huisartsenstage 1, *HA 2* huisartsenstage 2, *ABC H* hoog (> mediaan ABC-totaalscore), *ABC L* laag (< mediaan ABC-totaalscore).

2.2.2.1. Hiërarchie

Onder hiërarchie wordt de onderlinge, al dan niet gelijkwaardige, relatie tussen de HAIO en andere collega's binnen de praktijk verstaan.

Als positief punt binnen dit thema kwam regelmatig aan bod dat er naar elkaar geluisterd werd en dat er inspraak gegeven kon worden omtrent praktijkmanagement (financiële zaken, interne problemen en praktijkstructuur). Dit werd meestal besproken tijdens een weekoverleg waar ook de HAIO aanwezig mocht zijn. Dit zorgde voor een gevoel van gelijkwaardigheid en waardering. Een gebrek aan inspraak tijdens het praktijkoverleg werd daarentegen door meerdere HAIO's ervaren als een minpunt binnen hun opleiding. Dit droeg ertoe bij dat ze zich minder betrokken voelden bij de praktijkwerking, waarbij vaak een duidelijke machtsverhouding werd ervaren.

- *Deelnemer 3 (V, HA 1, ABC H): "Ze hebben mij wel echt behandeld als een van de collega's en niet als de HAIO die minder is dan de vaste artsen. Want ik heb al van collega's gehoord dat als er een overleg is waar er iets belangrijk besproken wordt, dat ze er niet mogen bij zijn. Terwijl dat bij ons totaal niet zo was. Alles werd besproken als ik daar ook bij was, zelfs als dat over financiële zaken ging die mij eigenlijk niet zo heel veel aan gingen. Dus dat is wel fijn."*
- *Deelnemer 4 (V, HA 2, ABC H): "Je bent altijd een beetje ondergeschikt en je moet je altijd verantwoorden voor andere mensen. Plus, je werkt ook niet voor jezelf, je werkt voor iemand anders."*
- *Deelnemer 11 (V, HA 1, ABC L): "En ik voelde mij minder dan hen, door het feit dat we in een machtsverhouding zaten. Zij hadden veel meer macht dan mij, zij zijn mijn PO. Zij konden mij punten geven, dus ik kon niet doorspreken tegen hen."*
- *Deelnemer 15 (V, HA 2, ABC L): "Ik denk ook dat, maar dat geldt voor veel HAIO's, ik het op termijn gewoon niet meer durf te zeggen omdat ik op voorhand al weet dat er niet gaat geluisterd worden."*

Een ander gegeven dat bij één van de geïnterviewden bijdroeg aan een meer gelijkwaardige verhouding tussen de HAIO en de vaste artsen, was onder andere het forfaitaire systeem zoals toegepast in wijkgezondheidscentra, waardoor het inkomen van de praktijkopleider niet afhankelijk is van de door de HAIO gegenereerde inkomsten. Diezelfde deelnemer gaf ook aan zich een meer volwaardige collega te voelen wanneer de term HAIO niet vermeld werd bij het inplannen van een afspraak.

2.2.2.2. Intercollegiale relaties

Onder intercollegiale relaties wordt de onderlinge sfeer binnen de praktijk en onder collega's verstaan. De meerderheid van de geïnterviewden benadrukte een vriendschappelijke en hartelijke groepssfeer als positief punt waarbij er ook ruimte was om te praten over informele niet-werkgerelateerde onderwerpen. Ook een aangename ontvangst die zorgde voor een welkom gevoel bij de HAIO, werd enkele keren aangehaald. Daarnaast werd voldoende aandacht voor mentaal welzijn en ziekte als aangenaam ervaren op vlak van betrokkenheid.

- *Deelnemer 4 (V, HA 2, ABC H): "Je kan samen eens iets overleggen of advies vragen aan elkaar, maar je kunt evengoed bij elkaar binnenkomen en vertellen over iets leuks dat je dat weekend gedaan hebt. Dat is wel tof. Dus dat vind ik echt wel superpositief, dat die groepssfeer daar inderdaad ook wel is."*
- *Deelnemer 3 (V, HA 1, ABC H): "We zijn niet gewoon een groep dokters die samenwerkt, maar we komen ook wel daarbuiten goed overeen. En dat is voor mij toch wel een belangrijke, omdat ik daar wel echt veel belang aan hecht om te kunnen ventileren en babbelen."*
- *Deelnemer 10 (V, HA 2, ABC L): "Dat vind ik ook wel een hele belangrijke, dat er aandacht is voor elkaar en dat het niet alleen om het geld gaat. Het gaat om de patiënt en om elkaar. Het collegiale en het menselijke moeten er wel zijn voor mij."*

Voor één van de geïnterviewden zorgde een minder goede band met de collega's voor een minder goed gevoel op vlak van betrokkenheid. Terwijl een andere participant het niet echt nodig achtte om een informele band met de collega's op te bouwen.

Legende bij interview citaten: *M* man, *V* vrouw, *HA 1* huisartsenstage 1, *HA 2* huisartsenstage 2, *ABC H* hoog (> mediaan ABC-totaalscore), *ABC L* laag (< mediaan ABC-totaalscore).

- *Deelnemer 12 (V, HA 2, ABC L): "Of ik nu een goede relatie heb met de collega's, of dat er veel collega's zijn of niet, dat maakt mij eigenlijk minder uit, omdat ik in mijn vrije tijd voldoende goede sociale contacten heb."*

2.2.3. Competentie

Het derde gedeelte van het zelf-determinatiemodel beschrijft het gevoel van competentie; het gevoel dat HAIO's zich zelfzeker genoeg voelen om de meeste taken als huisarts correct uit te voeren. Hierbij kwamen twee grote thema's terug: zelfeffectiviteit en supervisie.

2.2.3.1. Zelfeffectiviteit

Het eerste thema beschrijft het gevoel van zelfeffectiviteit. Dit wil zeggen het gevoel vertrouwen te hebben in zichzelf om taken correct uit te voeren. Meerdere deelnemers vermeldden een toename in zelfvertrouwen naarmate de opleiding vorderde (huisartsenstage 2). Het begin van de opleiding kan overweldigend zijn omwille van de grootte van de verantwoordelijkheid als arts.

- *Deelnemer 13 (V, HA 1, ABC L): "Er is een hele grote verantwoordelijkheid. Zeker in het begin dacht ik dat een arts alles weet. Ik kon dan heel boos zijn dat ik niet alle oorzaken van bijvoorbeeld nefritisch syndroom kon opnoemen. Maar door nu samen te werken met collega's die al afgestudeerd zijn, zie ik in dat je niet per se alles moet kennen. Je moet vooral herkennen dat er iets mis kan zijn met de nier en dan zien we wel verder."*
- *Deelnemer 6 (M, HA 2, ABC H): "Ik denk dat het inherent is aan onze job om bij moeilijke beslissingen altijd wel twee keer te moeten nadenken. En om je soms niet altijd 100 % goed te voelen bij een bepaalde beslissing. Dit is belangrijk want dit houdt je alert. Vanaf het moment dat iets comfortabel begint te voelen, moet je oppassen dat het geen routine aan het worden is."*

Wat vaak terugkwam bij de deelnemers was dat bekrachtiging van zelfeffectiviteit door zowel PO als door patiënten een belangrijke invloed kon hebben. Dit gold zowel op positief als op negatief vlak. Het feit dat patiënten HAIO's konden zien als onervaren stagiairs waar ze weinig vertrouwen in legden, kon een negatieve impact hebben op de zelfeffectiviteit van HAIO's.

- *Deelnemer 9 (M, HA 1, ABC H): "Sommige patiënten hebben mij wel al stagiair genoemd, dat komt vaak vanuit een gemene ondertoon. Dat vind ik echt niet fijn. Ik zie mijzelf nog niet als volwaardig huisarts, maar wel als volwaardig arts. Ik vind dat dat soms wel een deuk in het zelfvertrouwen kan geven. Ik ben ook iemand die zich zo'n dingen gemakkelijk aantrekt."*
- *Deelnemer 2 (V, HA 1, ABC H): "Mijn collega's hadden wel vertrouwen in mij dat als ik echt niet zeker was over iets dat ik het hen wel gewoon zou vragen. Dat heeft mij wel een zeker gevoel van zelfvertrouwen gegeven omdat ik dan al zo vroeg in de opleiding zoveel vertrouwen kreeg van mijn collega's."*
- *Deelnemer 10 (V, HA 2, ABC L): "Het vertrouwen van patiënten is wel beter in vergelijking met de eerste opleidingsplaats. Sommige patiënten weten zelfs niet dat ik in opleiding ben, heb ik gevoel. Of ze laten dit dan toch niet merken."*

De interviews toonden verder een positieve invloed op het zelfvertrouwen van de HAIO's wanneer collega's hen om advies vroegen. Een HAIO vermeldde ook het gebrek aan vertrouwen in haar eigen kunnen omdat haar collega's casussen met elkaar bespraken maar geen advies aan haar kwamen vragen, terwijl ze het antwoord wel wist.

2.2.3.2. Supervisie

Het tweede grote thema dat terugkwam bij competentie was supervisie. Als HAIO is het de bedoeling om zelfstandig te werken onder supervisie van de praktijkopleider, maar dit gebeurt in veel praktijken op een andere manier. Het is duidelijk dat de manier van supervisie krijgen een grote invloed kan hebben op het competentiegevoel van de HAIO's.

- *Deelnemer 3 (V, HA 1, ABC H): "Ik kon wel echt aangeven waar ik mezelf nog niet zeker genoeg in voelde en welke zaken ik liever nog niet alleen wou doen. Ook als er zoiets op de agenda stond van collega's, riepen ze mij er even bij zodat ik het kon bijleren. Dat werd zeer goed gerespecteerd waardoor ik daar heel veel heb kunnen bijleren."*

Legende bij interview citaten: *M* man, *V* vrouw, *HA 1* huisartsenstage 1, *HA 2* huisartsenstage 2, *ABC H* hoog (> mediaan ABC-totaalscore), *ABC L* laag (< mediaan ABC-totaalscore).

- *Deelnemer 12 (V, HA 2, ABC L): "Tijdens de winterperiode was mijn PO een hele maand in verlof en stond ik alleen in de praktijk. Ik werkte toen elke dag van 8 uur tot 19 uur, ook op dinsdag, en dit zonder supervisie. Dat was heel zwaar."*
- *Deelnemer 15 (V, HA 2, ABC L): "De opleiding die ik momenteel krijg ligt heel laag. Er zijn heel weinig overlegmomenten en er is zo goed als geen interesse als ik zelf aangeef dat ik nog iets wil bespreken of een richtlijn wil bekijken. Ik ben hier echt gewoon een werkkracht. Ik kom met relatief veel plezier werken, maar ik voel me wel echt geen HAIO en dat is minder fijn. Ik wil wel opgeleid worden en bijleren."*

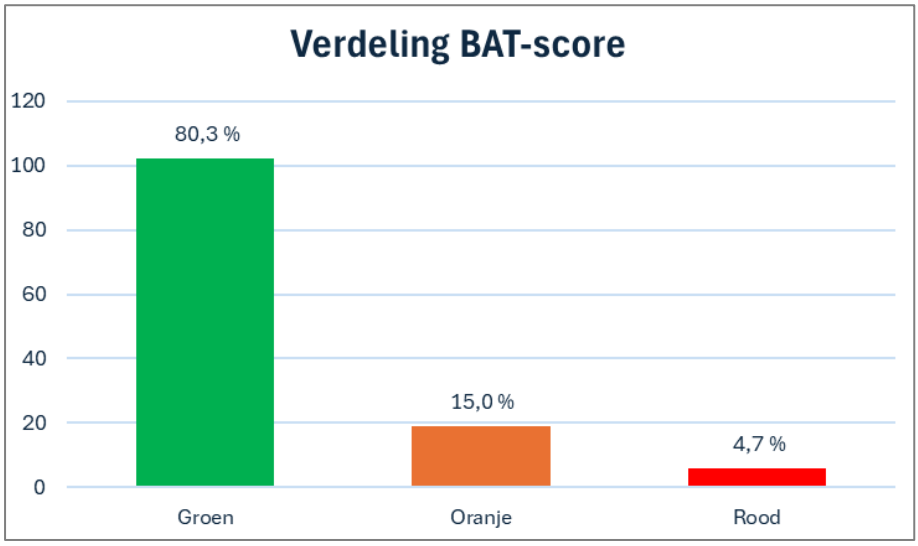
3. Werkgerelateerd mentaal welzijn

3.1. Vragenlijst

3.1.1. BAT (Burnout Assessment Tool)

Zoals beschreven in de methodologie werd ter objectivatie van het werkgerelateerd mentaal welzijn bij de HAIO's de verkorte versie van de BAT gebruikt. Volgens de gebruikshandleiding van de BAT werden de resultaten verdeeld volgens de grenswaarden voor werkenden in Vlaanderen, wat wil zeggen dat de scores van de deelnemers vergeleken werden met patiënten met ernstige burn-out klachten in Vlaanderen. Hierbij worden drie categorieën weerhouden, naar analogie van een stoplicht: de kleur groen wat overeenkomt met geen risico op burn-out, de kleur oranje wat overeenkomt met een risico op burn-out en de kleur rood wat overeenkomt met een zeer hoog risico op burn-out. Figuur 2 toont de verdeling van de BAT-score bij de deelnemers. 102 deelnemers (80,3 %) bevinden zich in de groene zone, 19 deelnemers (15,0 %) in de oranje zone en 6 deelnemers (4,7 %) in de rode zone.

Om dit beeld verder te differentiëren, werd ook een aparte beoordeling gemaakt over de vier kerndimensies: uitputting, mentale distantie, cognitieve ontregeling en emotionele ontregeling (Tabel 6). Hierbij dient te worden opgemerkt dat de BAT gebruikshandleiding aanbeveelt om voor individuele diagnostiek uitsluitend de totaalscores en subscores van de verkorte versie van de BAT te gebruiken en niet de grenswaarden, aangezien de sensitiviteit van met name de rode grenswaarden van de subschalen beperkt is. Ook bij de kerndimensies worden de totaalscores gebruikt in de verdere statistiek. (23)



Figuur 2: Verdeling BAT-score in drie grenswaarden voor werkenden in Vlaanderen.
Y-as: aantal deelnemers.

Legende bij interview citaten: *M* man, *V* vrouw, *HA 1* huisartsenstage 1, *HA 2* huisartsenstage 2, *ABC H* hoog (> mediaan ABC-totaalscore), *ABC L* laag (< mediaan ABC-totaalscore).

Tabel 6: Verdeling van de vier kerndimensies van de BAT-score volgens de grenswaarden voor werkenden in Vlaanderen (verkorte versie).

n (%)	Groen	Oranje	Rood
Uitputting	98 (77,2)	11 (8,7)	18 (14,2)
Mentale distantie	85 (66,9)	36 (28,3)	6 (4,7)
Cognitieve ontregeling	118 (92,9)	8 (6,3)	1 (0,8)
Emotionele ontregeling	97 (76,4)	23 (18,1)	7 (5,5)

n frequentie, *%* percentage

Er werd gekeken naar een statistisch significant verband tussen de BAT-score en de sociodemografische kenmerken. Er werd hierbij geen statistisch significant verband gevonden tussen de BAT-score en geslacht, opleidingsjaar, praktijkvorm, aantal jaren ervaring van de PO en gezinssamenstelling (Tabel 7).

Tabel 7: Resultaten statistische testen naar verband tussen BAT-score en sociodemografische kenmerken.

Ongepaarde Student's t-test		**Gemiddelde BAT-score**	**Tweezijdige p-waarde***	
BAT en geslacht	Man	2,02	0,12	
	Vrouw	2,16		
BAT en opleidingsjaar	Huisartsenstage 1	2,14	0,69	
	Huisartsenstage 2	2,11		
One-Way ANOVA		**Gemiddelde BAT-score**	**p-waarde***	**Scheffe post-hoc test**
BAT en praktijkvorm	Solopraktijk	2,10	0,79	Niet significant
	Groepspraktijk	2,13		
	WGC	2,04		
BAT en aantal jaren ervaring PO	0-5 jaar	2	0,17	Niet significant
	5-10 jaar	2,02		
	≥ 10 jaar	2,12		
BAT en gezinssamenstelling	Alleenwonend	2,13	0,76	Niet significant
	Inwonend bij ouders	2,05		
	Cohousing	2,18		
	Samenwonend met partner zonder kind(eren)	2,15		
	Samenwonend met partner met kind(eren)	2,00		

*Significantie werd aangenomen voor p < 0,05.

Er werd ook gekeken naar mogelijke verbanden tussen de kerndimensies van de BAT-score (uitputting, mentale distantie, cognitieve ontregeling en emotionele uitputting) en de sociodemografische kenmerken geslacht, opleidingsjaar, praktijkvorm, aantal jaren ervaring van de PO en gezinssamenstelling. Hierbij worden twee statistisch significant verbanden gevonden. Enerzijds tussen de gemiddelde totaalscore op cognitieve ontregeling en het aantal jaren ervaring van de PO. Hierbij zien we een betere score bij HAIO's met een PO met 5-10 jaar ervaring. Anderzijds tussen de gemiddelde totaalscore op emotionele ontregeling en het geslacht, waarbij vrouwen hier slechter op scoren (Tabel 8).

Tabel 8: Resultaten statistische testen naar verband tussen de BAT-kerndimensies en sociodemografische kenmerken.

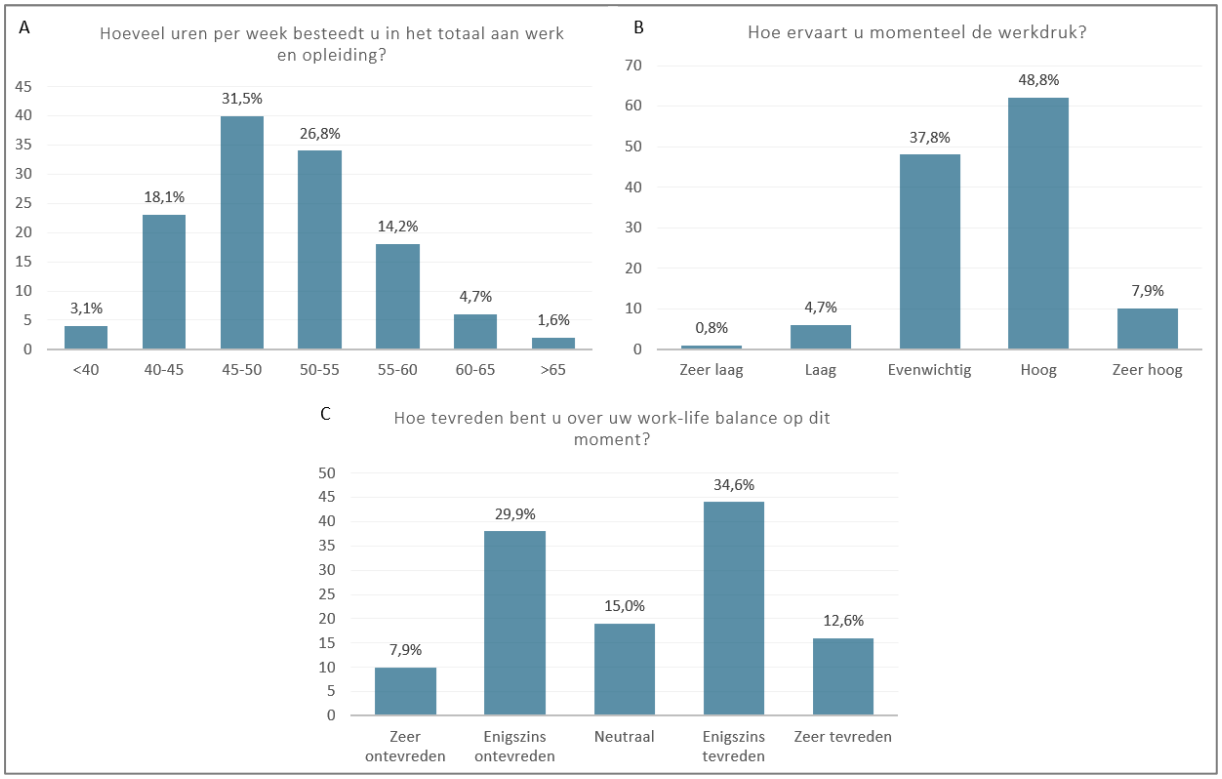
Ongepaarde Student's t-test		**M**	**SD**	**T-waarde**	**df**	**Tweezijdige p-waarde***
	Geslacht					
Emotionele ontregeling	Man	1,52	0,51	-2,80	125	0,006
	Vrouw	1,86	0,63			

One-Way ANOVA		M	SD	Sum of Squares	df	p-waarde*	Scheffe post-hoc test
Cognitieve ontregeling	Jaren ervaring PO 0-5 jaar 5-10 jaar ≥ 10 jaar	 2,15 1,89 2,11	 0,50 0,46 0,41	1,43	2	0,040	p = 0,05 tussen 0-5 jaar en 5-10 jaar

*Significantie werd aangenomen voor p < 0,05.
M gemiddelde, *SD* standaarddeviatie, *df* vrijheidsgraden.

3.1.2. Work-life balance

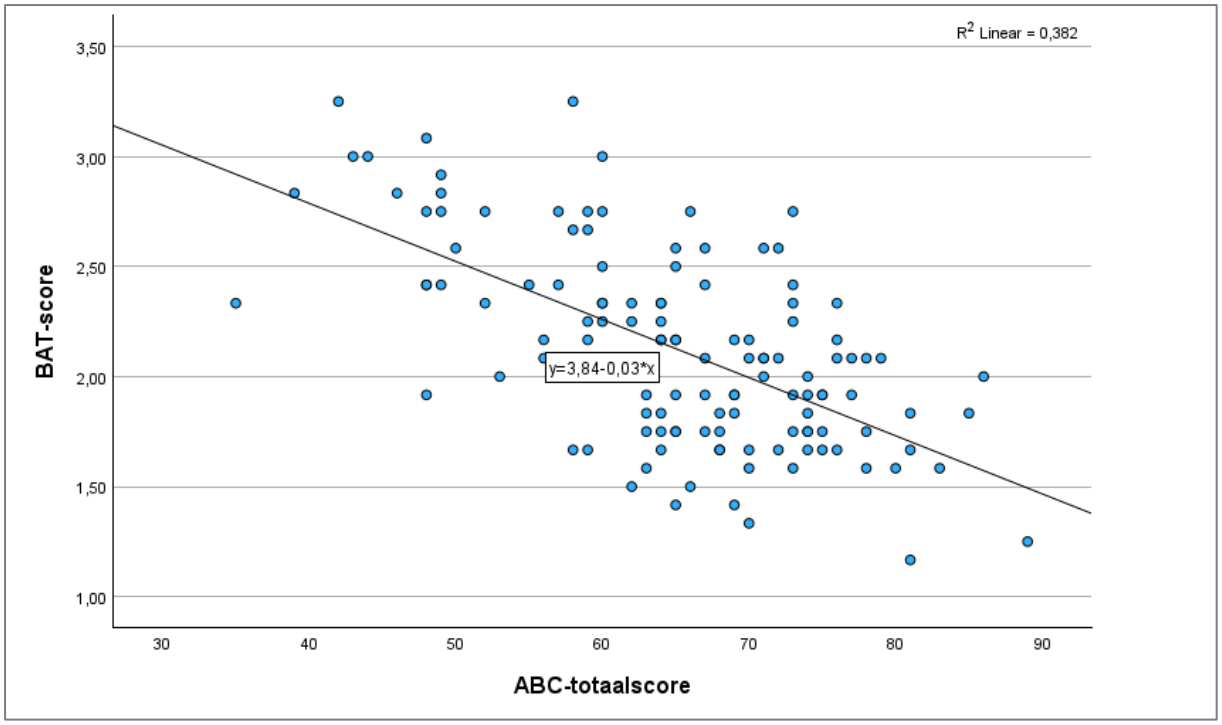
Drie vragen in de vragenlijst peilden naar de work-life balance bij de deelnemers. De verdeling van de resultaten is te zien in Figuur 3.



Figuur 3: Verdeling resultaten bij vragen over work-life balance.

3.1.3. Verband tussen ABC-score en BAT-score

Er werd een lineaire regressieanalyse uitgevoerd om het verband tussen de ABC-totaalscore en de BAT-totaalscore te onderzoeken. De analyse toonde een sterk significant negatief lineair verband tussen de twee variabelen waarbij hogere ABC-totaalscores samenhangen met lagere BAT-totaalscores (Figuur 4 en Tabel 9A). Het model toont dat 38 % van de totale variantie van de BAT-totaalscore wordt verklaard door de ABC-totaalscore. Er werd eveneens een lineaire regressieanalyse uitgevoerd om het verband tussen de ABC-subscores (autonomie, betrokkenheid en competentie) en de BAT-score te onderzoeken. Bij elke ABC-subscore werd een sterk significant negatief lineair verband gezien, analoog met de ABC-totaalscore (Bijlage 6).



Figuur 4: Scatterplot met geschatte regressierechte bij enkelvoudige lineaire regressieanalyse tussen ABC-totaalscore en BAT-score.

Tabel 9A: Enkelvoudige lineaire regressieanalyse van de ABC-totaalscore als voorspeller van de BAT-score.
Tabel 9B: Meervoudige lineaire regressieanalyse van de ABC-totaalscore, geslacht, opleidingsjaar, jaren ervaring van de PO, praktijkvorm en gezinssamenstelling als voorspeller van de BAT-score.

A Enkelvoudige lineaire regressieanalyse						
Predictor	**B**	**SE B**	**β**	**t**	**p***	**95 % BI**
Constante	3,84	0,20	—	19,39	< 0,001	3,45 - 4,24
ABC-totaalscore	- 0,03	0,003	- 0,62	- 8,79	< 0,001	- 0,03 – - 0,02
R	**R²**		**Adjusted R²**	**F**		**p***
0,62	0,38		0,38	77,17		<0,001

B Meervoudige lineaire regressieanalyse				
Variabele	**B**	**SE B**	**β**	**p***
ABC totaalscore	- 0,03	0,003	- 0,66	< 0,001
Geslacht (vrouw)[1]	0,05	0,08	0,05	0,53
Opleidingsjaar (huisartsenstage 2)[2]	0,02	0,07	0,02	0,75
Ervaring 5–10 jaar[3]	- 0,16	0,08	- 0,15	0,06
Ervaring >10 jaar[3]	- 0,03	0,08	- 0,03	0,69
Groepspraktijk[4]	- 0,01	0,11	- 0,004	0,97
WGC[4]	0,11	0,15	0,07	0,49
Inwonend bij ouders[5]	0,05	0,14	0,04	0,74
Cohousing [5]	- 0,07	0,14	- 0,06	0,59
Samenwonend met partner zonder kinderen [5]	0,05	0,12	0,06	0,68
Samenwonend met partner met kinderen [5]	- 0,09	0,16	- 0,06	0,55
R	**R²**	**Adjusted R²**	**F**	**p***
0,67	0,45	0,40	8,10	< 0,001

*Significantie werd aangenomen p < 0,05.
[1]*referentiecategorie* = man, [2]*referentiecategorie* = huisartsenstage 1, [3]*referentiecategorie* = jaren ervaring van PO 0-5 jaar, [4]*referentiecategorie* = solopraktijk, [5]*referentiecategorie* = alleenwonend

B ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënt, *SE B* standaardfout van B, β gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt, *t* t-waarde, *p* significantieniveau, *BI* betrouwbaarheidsinterval, *R* multiple correlatiecoëfficiënt, R^2 verklaarde variantie, *adjusted* R^2 gecorrigeerde verklaarde variantie, *F* F-toets voor het regressiemodel.

Er werd eveneens een meervoudige lineaire regressie uitgevoerd om te kijken naar de mogelijke invloed van andere variabelen naast de ABC-totaalscore op de BAT-score. Hierbij werden geslacht, opleidingsjaar, jaren ervaring van de PO, praktijkvorm en gezinssamenstelling opgenomen in het model. In Tabel 9B worden de resultaten hiervan weergegeven. De ABC-totaalscore bleef een significante en sterke negatieve voorspeller van BAT-score (B = -0,028, β = -0,662, p < 0,001). Geen van de sociodemografische variabelen leverde een significante bijdrage aan het model (alle p > 0,05), hoewel een trend werd gevonden voor 5-10 jaar ervaring van de PO (p = 0,064) waarbij de score op de BAT-schaal beter was voor deze categorie.

3.2. Interview

3.2.1. Work-life balance

Binnen het onderdeel werkgerelateerd mentaal welzijn werd er in de interviews gepeild naar de work-life balance, zowel naar hoe de deelnemers deze balans momenteel ervaren als hoe zij deze balans in de toekomst willen bewaken.

3.2.1.1. Huidige balans

Ongeveer de helft van de geïnterviewden gaf aan lange dagen met zware werkuren te hebben, vooral in de winterperiode hadden ze het gevoel continu aan het werk te zijn. Hiernaast werd door enkele van deze participanten de masterproef en de lessen als bijkomende werkdruk aangegeven.

De gezinssituatie speelde ook een belangrijke rol bij het positief of negatief ervaren van de huidige work-life balance. Twee HAIO's met kinderen gaven aan dat de opleiding samen met het gezinsleven voor hen een moeilijke combinatie vormde. Een andere deelnemer haalde het kleine aantal verlofdagen (20 in totaal) aan als belastend voor de work-life balance.

- *Deelnemer 9 (M, HA 1, ABC H): "Ik vind het wel zwaar. We hebben niet zoveel verlofdagen. Er is één vrije dag in de week op dinsdag, en die wordt dan vaak ook opgevuld. Daarnaast zijn het toch wel lange dagen dat ik werk in de week. Ik kan dus wel zeggen dat ik het totaalplaatje zwaar vind."*
- *Deelnemer 6 (M, HA 2, ABC H): "Het werk loopt verder terwijl ik nog steeds ander werk moest afwerken. Daardoor ging ik minder tijd besteden aan privé en ontspanning. En als je je minder kan ontspannen, is de kans ook groter dat je dan naar een burn-out gaat."*

Een ander deel van de geïnterviewden gaf daarentegen aan wel voldoende ademruimte te hebben tijdens de werkuren, waardoor er ook ruimte was voor adequate ontspanning naast het werk. De mogelijkheid tot recuperatie van overuren en de nodige tijd voor administratie werden aangehaald als positieve aspecten voor een gebalanceerde werklast.

3.2.1.2. Toekomstige balans

Er waren op vlak van work-life balance enkele punten die de geïnterviewden graag wilden meenemen naar de toekomst, zoals flexibiliteit (voornamelijk op vlak van agendaplanning en werkvorm), actief ontspanning inplannen en een duidelijke grens bewaken tussen werk en privéleven. Ook de wachtdienst, die de continuïteit van zorg tijdens avond-, nacht- en weekenduren evenals op feestdagen waarborgt, werd door enkele deelnemers als een positief element beschouwd.

- *Deelnemer 2 (V, HA 1, ABC H): "Ik ben van mening dat, sinds er nu 's avonds ook een wachtpost is, je dan gewoon zou kunnen stoppen met werken op een deftig uur. Dus ik snap niet zo goed waarom je dan elke avond zou moeten werken tot tien/elf uur."*

Legende bij interview citaten: *M* man, *V* vrouw, *HA 1* huisartsenstage 1, *HA 2* huisartsenstage 2, *ABC H* hoog (> mediaan ABC-totaalscore), *ABC L* laag (< mediaan ABC-totaalscore).

3.2.2. Bespreekbaarheid mentaal welzijn

Ongeveer de helft van de geïnterviewden vonden dat hun mentaal welzijn goed bespreekbaar was met hun praktijkopleider en de collega's in de praktijk. Het wekelijks overleg met 'rondje van het hart' waar mentaal welzijn aan bod kon komen, werd als voorbeeld gegeven door één van de participanten. Echter haalden sommige geïnterviewden met een lage ABC-totaalscore aan dat mentaal welzijn niet voldoende bespreekbaar was in hun opleidingspraktijk, onder meer omdat collega's het zelf mentaal moeilijk hadden of omdat er door drukte geen ruimte voor was. Een aantal HAIO's gaven aan het moeilijk te vinden om binnen de praktijk over mentaal welzijn te praten, omdat ze dit eerder als een persoonlijk probleem beschouwden en dit liever met vrienden bespraken of hun collega's er niet mee wilden belasten.

- *Deelnemer 1 (V, HA 1, ABC H): "Tijdens ons wekelijks overleg was er altijd een 'rondje van het hart', dat werd het 'hart- en levermoment' genoemd. Je kon dan zeggen wat er op je hart en lever lag. Dit werd zowel door mij als door de collega's gedaan."*
- *Deelnemer 4 (V, HA 2, ABC H): "Ik denk wel dat mijn collega's openstaan om mentaal welzijn te bespreken, maar ik denk het gewoon meer een 'me-problem' is. Ik zou dat gewoon niet zo snel zeggen aan collega's, maar eerder aan vrienden."*

3.2.3. Determinanten burn-out

Er werd aan de deelnemers gevraagd welke factoren een positieve en negatieve rol speelden in hun risico op burn-out. Binnen deze risicoverlagende en -verhogende factoren werd een onderscheid gemaakt tussen persoonlijke factoren en opleidingsgerelateerde factoren.

3.2.3.1. Persoonlijke factoren

Binnen de persoonlijke factoren kwamen twee grote onderwerpen regelmatig terug in de interviews: karaktereigenschappen en gezinssituatie.

<u>Karakter</u>

Enkele deelnemers gaven aan emotioneel zware casussen moeilijk te kunnen loslaten. Ook vertelde een HAIO regelmatig extra werk op zich te nemen uit angst om te weigeren. Deze zaken waren volgens hen een risicofactor voor het ontwikkelen van een burn-out. Ook een perfectionistisch en conflictvermijdend karakter werden als risicoverhogend omschreven.

- *Deelnemer 5 (V, HA 2, ABC H): "Ik merk wel als ik een paar zwaardere patiënten heb, waar ik te weinig mee vooruit ga of juist achteruit mee ga, dat dat vlug een impact heeft op mijn mentaal welzijn. Dan ben ik daar thuis heel veel mee bezig en merk ik wel dat het minder goed gaat op het werk zelf."*
- *Deelnemer 14 (V, HA 1, ABC L): "Ik zat op den duur ook thuis constant op die werkcomputer om alles te willen controleren."*
- *Deelnemer 10 (V, HA 2, ABC L): "Ik ben perfectionistisch en kan geen nee zeggen. Ik trek het werk naar mij toe. Ik wil graag dat het werk gedaan is en wil mensen niet teleurstellen. En dan ga ik soms over mijn eigen grenzen."*

<u>Gezinssituatie</u>

De gezinssituatie speelt een belangrijke rol binnen het mentaal welzijn van de HAIO's. Zwangerschap of het hebben van kinderen en alles wat hierbij komt kijken werd als belastend ervaren, alsook recente ontwikkelingen op relatievlak zoals alleen gaan wonen of een renovatie van een woonst. Terwijl een andere deelnemer die in het ouderlijk huis woonde en minder in het dagelijkse huishouden diende bij te dragen, dit eerder als een beschermende factor op vlak van burn-out beschouwde.

- *Deelnemer 9 (M, HA 1, ABC H): "Ik woon nog thuis dus met de hulp van mijn ouders moet ik thuis niet veel doen. Als je 's avonds laat thuis komt, is het al snel half acht. Als er al een bord met eten op tafel staat, dan moet je daar niet veel werk of tijd meer in steken. En dan heb ik nog altijd een aantal uren over om iets te doen dat ik graag doe."*
- *Deelnemer 15 (V, HA 2, ABC L): "Ik denk dat ik zeven van mijn verlofdagen heb moeten spenderen om in de wachtzaal van de gynaecoloog te gaan zitten. Idem voor mijn dochter als de crèche dicht is. Ik kan weinig*

Legende bij interview citaten: *M* man, *V* vrouw, *HA 1* huisartsenstage 1, *HA 2* huisartsenstage 2, *ABC H* hoog (> mediaan ABC-totaalscore), *ABC L* laag (< mediaan ABC-totaalscore).

verlofdagen inzetten om effectief iets leuks te gaan doen of om uit te rusten. In combinatie met de zwangerschap dan is dat wel een belasting. Eigenlijk is de regeling daarrond ook niet zo goed in ons contract omschreven."

3.2.3.2. Opleidingsgerelateerde factoren

Naast de persoonlijke factoren, speelden ook opleidingsgerelateerde factoren een belangrijke rol bij het verlagen of verhogen van het risico op burn-out. Hierbij kwamen volgende thema's terug: verantwoordelijkheid als arts, stageplaats, lessen, masterproef en seminarie.

<u>Verantwoordelijkheid als arts</u>

Een kwart van de geïnterviewden haalde het krijgen van een grote verantwoordelijkheid als arts aan als risicoverhogend om een burn-out te ontwikkelen. Als niet-afgestudeerde geneeskundestudent was er beperkte verantwoordelijkheid, terwijl dit als HAIO plots sterk toeneemt. Naast de verantwoordelijkheid naar de patiënt toe, komt er ook nog een administratieve verantwoordelijkheid bij. Deze aspecten zorgden bij enkele participanten voor een toename in stress, wat volgens hen een rol zou kunnen spelen in het krijgen van een burn-out.

- *Deelnemer 5 (V, HA 2, ABC H): "Ik vind dat je tijdens de stages niet echt ziet wat de verantwoordelijkheid is. Net die verantwoordelijkheid voor de patiënten geeft mij de meeste stress. Daarvoor tijdens de stages merk je dat niet omdat je daar totaal geen eindverantwoordelijkheid hebt. Het is misschien wel iets waarvoor ze ons meer konden voorbereiden."*
- *Deelnemer 14 (V, HA 1, ABC L): "Ik denk dat er misschien meer aandacht moet zijn voor hoe het is om dokter te zijn. Je komt van een studentenleven zonder zorgen, naar een leven waar je wel voor patiënten moet zorgen."*

<u>Stageplaats</u>

Een zeer belangrijke en vaak aangehaalde opleidingsgerelateerde factor, die zowel risicoverhogend als -verlagend kon werken, bleken de stageplaats en de hieraan verbonden aspecten te zijn.

Flexibiliteit in de agendaplanning werd regelmatig aangehaald door de deelnemers. Voldoende inspraak in de eigen agenda met mogelijkheid tot aanpassing, werd als positief gezien op vlak van burn-out risico en mentaal welzijn. Ook de mogelijkheid om gemaakte overuren op een later moment op te nemen, werd als risicoverlagende factor aangehaald. Het omgekeerde, waarbij er zo goed als geen inspraak was voor de HAIO, werd echter ook door enkele participanten aangegeven, wat dan weer voor een negatieve impact zorgde.

- *Deelnemer 5 (V, HA 2, ABC H): "Er is weinig flexibiliteit in de agenda, wat mij wel stoort. Flexibiliteit binnen de praktijk zou de werkdruk veel verlagen, zeker omdat ik me wel heel flexibel opstel. Dan is het soms wel jammer dat die flexibiliteit weinig terugkomt. Maar ja, iedereen zit op zijn limiet, dus dan is het moeilijk om te switchen en aan te passen."*
- *Deelnemer 1 (V, HA 1, ABC H): "En als ik een uur te veel werkte, bijvoorbeeld in de winter, mocht ik dat opschrijven en dan waren dat mijn overuren. Ik mocht deze dan op een later moment opnemen. Dus dat maakte dat ik, daar in de winter ook te lang gezeten heb zoals iedereen (dat is normaal), maar dan kon ik in de zomer wel eens een extra dagje of een halve dag vrij nemen."*
- *Deelnemer 2 (V, HA 1, ABC H): "Ik mocht ook gewoon vroeger vertrekken als ik ergens iets te doen had en ik meldde dat op voorhand. Ik kon dan gemakkelijk een half uurtje vroeger vertrekken."*

Verder werd het niet volgen van het vooropgestelde werk- en opleidingsplan (WOP) en vaak moeten overwerken als risicoverhogend aangegeven. Hierbij werd een overvolle agenda, onder andere t.g.v. een hoge werkdruk door afwezigheid van of tekort aan collega's, als een knelpunt ervaren. Ook het niet naleven van de regels rond recuperatietijd na een wacht of het moeten inhalen van gemiste wachten tijdens zwangerschapsverlof, werden als risicoverhogend aangegeven.

- *Deelnemer 9 (M, HA 1, ABC H): "Ik heb wel gemerkt dat de afgelopen maanden pittig zijn geweest. Vooral doordat de collega's op verlof waren, dan was er een grote werkdruk. En ik heb het gevoel dat ik heel veel van mezelf heb*

Legende bij interview citaten: *M* man, *V* vrouw, *HA 1* huisartsenstage 1, *HA 2* huisartsenstage 2, *ABC H* hoog (> mediaan ABC-totaalscore), *ABC L* laag (< mediaan ABC-totaalscore).

moeten geven. En dat laat op een of andere manier ook wel zijn sporen na. Ik doe mijn werk graag, maar ik vind wel dat het veel energie zuigt."

- *Deelnemer 15 (V, HA 2, ABC L): "Hetzelfde met de verplichte recuperatietijd na wachtdiensten, die krijg ik niet. Ik heb dat twee keer aangekaart, maar dan wordt er gewoon gezegd dat ik dat niet nodig heb. Dat ik ook wel kan werken als ik moe ben."*
- *Deelnemer 12 (V, HA 2, ABC L): "Ik merk ook wel dat de werkvreugde serieus omlaag gaat als ik merk dat ik overwerkt geraak. In de maand dat mijn PO afwezig was, kon het mij ook allemaal niet veel meer schelen. Terwijl nu ik veel minder werk heb, kom ik wel met veel plezier werken en kan ik mijn taken dan ook goed doen."*

De band met collega's binnen de praktijk speelde voor enkele van de geïnterviewden een rol in het ontwikkelen van een burn-out. Een slechte vertrouwensband en weinig ondersteuning zorgden voor een verminderd mentaal welzijn; alsook het gevoel werknemer te zijn zonder veel inspraak in het praktijkmanagement.

- *Deelnemer 7 (V, HA 2, ABC H): "Ik vind als het drukker is en de collega's hebben het druk, dat dat logisch is dat je ook bijspringt. Ik vind dat leuk aan in een team werken. In de zomer heb ik nu ook wat meer marge gehad met rustigere dagen. Ik weet dat er een winter aan komt en ik ga dan wel meer werken ook. Ik vind dat normaal, dat hoort erbij."*

Daarnaast speelde woon-werkafstand voor enkele deelnemers een belangrijke rol. Enkele HAIO's vertelden tijdens het interview dat een korte afstand verlagend werkte op het burn-out risico, terwijl een lange afstand door anderen als risicoverhogend werd ingeschat.

Tot slot werd het hebben van een eigen kabinet als risicoverlagend omschreven. Slechte communicatie over de opvolging van resultaten werd als risicoverhogend gezien.

- *Deelnemer 15 (V, HA 2, ABC L): "Qua burn-out risico denk ik dat mijn huidige werkplezier ook wel een rol speelt. Want doordat er verschillende zaken slecht worden opgevolgd, zoals bijvoorbeeld de labo's, moet ik heel vaak de problemen oplossen achteraf. En dat geeft gewoon heel veel frustratie en dat haalt dan ook mijn werkplezier naar beneden."*

<u>Lessen</u>

De lessen binnen de huisartsenopleiding hadden zowel risicoverlagende als -verhogende aspecten op vlak van burn-out risico.

De keuzelessen waarbij de nadruk lag op persoonlijke kennisontwikkeling samen met interessante praktijkgerichte lessen werden als risicoverlagend beschouwd. Eén van de geïnterviewden beschouwde de afwisseling tussen praktijkwerk en theoretische lessen als een positief element, waarbij de lessen werden ervaren als een welgekomen vorm van ontspanning tussendoor. Enkele andere deelnemers gaven daarentegen aan ze door de lessen geen echte 'vrije' (halve) dag hadden in tegenstelling tot collega's die vaak wel over een (halve) vrije dag beschikten, terwijl ze hier wel behoefte aan hadden. De lesdag op zich werd dus door de geïnterviewden op verschillende manieren ervaren, waardoor deze voor de ene risicoverlagend werkte, terwijl dit voor de andere niet zo was.

- *Deelnemer 4 (V, HA 2, ABC H): "Ik vond de keuzelessen supergoed, omdat je dan toch tenminste iets van inspraak had over wat je interesseert of waar je misschien nog minder over weet."*
- *Deelnemer 3 (V, HA 1, ABC H): "Je hebt acht uur studietijd, maar dat voelt zo niet aan, want die andere dagen werk je al veertig uur. De meeste mensen doen dat maar op vijf dagen, dus dan gebruiken de meeste mensen die dinsdag niet als studietijd, maar gewoon even als tijd om te bekomen en iets voor zichzelf te kunnen doen. Dus daar denk ik dat dat zeker niet positief werkt als het ingevuld wordt door veel lessen, taken en masterproef."*

Een te drukke lesplanning werd gezien als risicoverhogende factor. Ook minder interessante lessen, waardoor er minder tijd overbleef voor de eigen leeragenda zorgde voor een negatieve impact wat betreft burn-out risico. Andere aspecten die als risicoverhogend ingeschat werden, waren de lange afstand naar de lessen en de spanning die het examen op het einde van het eerste opleidingsjaar met

Legende bij interview citaten: *M* man, *V* vrouw, *HA 1* huisartsenstage 1, *HA 2* huisartsenstage 2, *ABC H* hoog (> mediaan ABC-totaalscore), *ABC L* laag (< mediaan ABC-totaalscore).

zich meebracht. Eén van de geïnterviewden haalde ook aan dat er te weinig focus werd gelegd op het mentaal welzijn van de HAIO tijdens de lesdagen.

- *Deelnemer 8 (V, HA 1, ABC H): "Dinsdag moet ook niet altijd een volle lesdag zijn. Het gaat ook over dingen bijleren en uitzoeken. We zijn oud en zelfstandig genoeg om zelf dingen op te zoeken en te leren, denk ik. En te zoeken waarin we geïnteresseerd in zijn. Ik vind dat we daarvoor geen verplichte lessen nodig hebben van een hele dag."*
- *Deelnemer 14 (V, HA 1, ABC L): "We gaan wel naar de les op dinsdag en ik weet hoe ik diabetes moet behandelen, maar hoe ik mezelf moet voelen en hoe ik ermee om moet gaan, dat wordt niet zo heel veel besproken."*

<u>Masterproef</u>

De masterproef werd door meer dan de helft van de deelnemers in het interview aangehaald. Risicoverlagende aspecten omtrent de masterproef waren een goede begeleiding door de (co-) promotor, voldoende tijd op dinsdag om eraan te werken en een goede samenwerking met de andere HAIO's die meewerkten aan de masterproef. De masterproef en de extra werklast hiervan werd echter door een groter deel van de participanten als risicoverhogend aangegeven. De extra werkdruk, zowel tijdens het jaar als kort voor de deadline, speelde een belangrijke rol hierin. Enkele deelnemers omschreven de masterproef als weinig zinvol waardoor het als negatief ervaren werd. Daarnaast werd onvoldoende begeleiding door de (co-)promotor als risicoverhogende factor wat betreft burn-out gezien.

- *Deelnemer 12 (V, HA 2, ABC L): "De thesis was voor mij echt heel vervelend en niet leuk. Zo'n groot project met een einddatum dat nog te ver weg was. En ik kreeg ook iets te weinig begeleiding bij die thesis."*
- *Deelnemer 15 (V, HA 2, ABC L): "Ik vind werken en studeren echt niet erg als ik het gevoel heb dat ik er iets zinvol uithaal. En bij de lessen en de thesis vind ik de werkbelasting toch wat hoog voor hetgeen je er eigenlijk kan uithalen. Ik heb er niet veel uit geleerd. Ik heb een thesis geschreven en daar stopt het ook."*

<u>Seminarie</u>

De seminaries werden door het merendeel van de participanten als risicoverlagend omschreven. Ze boden een omgeving waar een vertrouwensband opgebouwd kon worden en waar steun gevonden kon worden bij mede-HAIO's. Er was ruimte voor overleg rond moeilijke casussen en voor mentaal welzijn.

- *Deelnemer 4 (V, HA 2, ABC H): "Ik ben sowieso een grote voorstander van de seminaries. Ik denk dat dat echt wel een groot pluspunt is voor de mentale gezondheid van HAIO's. Als er dan iets misliep, dan was er eigenlijk altijd wel een seminarie om even je hart te luchten en elkaar te steunen."*

Toch kwamen er ook enkele risicoverhogende aspecten naar boven tijdens de interviews, zoals de jaarlijkse verandering van seminariegroep waarbij een nieuwe vertrouwensband opgebouwd moet worden. Ook de regelmatige zelfreflecties en een minder toegankelijke STACO werden door enkele HAIO's als risicoverhogend omschreven. Een andere HAIO gaf aan dat er tijdens de seminaries beperkte hulp geboden werd bij problemen omdat dit toch nog voor een groot deel verschillend is van de situatie in de praktijk.

- *Deelnemer 8 (V, HA 1, ABC H): "Ik vind seminariegroepen, als je in een veilige groep zit, zeker ook iets heel goed. Het enige jammere is dat er iedere keer een nieuwe groep is, want je bouwt een band op maar het is maar voor 1 jaar. Dan moet je weer naar een nieuwe groep. Maar dat is ook wel iets goeds vanuit de opleiding, dat ze seminaries inplannen. Dat je zo'n veilige groep hebt, een plaats waar je je hart kan luchten, omdat je niet altijd iemand hebt die in dezelfde opleiding en situatie zit. Thuis kan je wel een keer je hart luchten, maar je familie zit niet in dezelfde situatie, dus die verstaan dat ook niet altijd."*
- *Deelnemer 10 (V, HA 2, ABC L): "Ik vind dat de HAIO-opleiding zich heel hard focust op zelfreflectie. En ik vind dat goed, ik heb heel goed kunnen reflecteren, maar ik vind het er soms een beetje over met de drie maandelijkse voortgangsgesprekken en de CanMeds rollen na drie jaar. En ik word daardoor soms wat te streng voor mezelf en dan begin ik te twijfelen."*

Legende bij interview citaten: *M* man, *V* vrouw, *HA 1* huisartsenstage 1, *HA 2* huisartsenstage 2, *ABC H* hoog (> mediaan ABC-totaalscore), *ABC L* laag (< mediaan ABC-totaalscore).

- *Deelnemer 1 (V, HA 1, ABC H): "Maar nu, om te zeggen dat de seminaries mij dan echt zouden beschermen tegen burn-out, dat weet ik ook niet, omdat dat op zich maar een redelijk klein aandeel van je tijd is. Al de rest van de tijd zit je in je praktijk of in je ziekenhuis. Het is wel fijn om je hart eens te luchten, maar er moet ook iets aan gedaan worden. Ik vind niet dat ze niets doen, maar ik vind soms wel hetgeen wat ze ondernemen eerder beperkt."*

3.2.4. Protectieve strategieën

Er werd in de interviews gepeild naar copingstrategieën die kunnen helpen om het mentaal welzijn op een positieve manier te ondersteunen. Hieronder werden gedragsmatige en opleidingsgerelateerde strategieën beschreven.

3.2.4.1. Gedragsmatige strategieën

Binnen de gedragsmatige copingstrategieën werden voornamelijk ventileren, sociaal leven en verlof aangehaald.

<u>Ventileren</u>

Ventileren gebeurde zowel tegen de persoonlijke omgeving (geen zorgverleners) als tegen medestudenten of andere zorgverleners. De partner werd hier regelmatig aangehaald als spilfiguur. Verder werd ook zelfzorg in het algemeen als een belangrijk punt aangekaart door één van de geïnterviewden.

- *Deelnemer 5 (V, HA 2, ABC H): "Ik heb het geluk dat ik veel mensen in mijn persoonlijke omgeving heb die naar me luisteren, dat helpt. Ze staan er misschien ook wat verder af, dus die kunnen dan beter relativeren."*

Enkele HAIO's gaven aan zelf te proberen om dingen te leren loslaten en meer te relativeren vanuit het standpunt dat je als huisarts niet alles kan weten. Een moeilijkheid hierbij was echter de onzekerheid die soms de bovenhand neemt. Een andere deelnemer gaf aan dat die gewoon probeerde verder te doen en de situatie onderging in plaats van hier te veel over na te denken.

- *Deelnemer 7 (V, HA 2, ABC H): "Op vlak van patiënten trek ik mij sommige dingen wel aan, soms neem ik zaken mee naar huis. Ik heb gaandeweg wel geleerd om meer los te laten. Ik weet nu dat het als huisarts niet altijd perfect gaat, dat het oké is om het soms eens niet goed te weten of een fout te maken. Sommige dingen lopen zoals ze moeten lopen, je bent ook maar een mens. Huisarts zijn is steeds verder bijleren."*
- *Deelnemer 11 (V, HA 1, ABC L): "De stress, de angst, de onzekerheid… gewoon ondergaan eigenlijk en mij er niet te veel van aantrekken."*

<u>Sociaal leven</u>

Een van de meest aangehaalde copingstrategieën was het sociaal leven inclusief hobby's. Sporten kwam bij ongeveer de helft van de geïnterviewden terug. Ook met vrienden afspreken na het werk of in het weekend zorgde voor ontspanning. Relaxatiemomenten in de natuur, zonnig weer en ademhalingsoefeningen werden ook meermaals aangehaald. Voor andere HAIO's zorgden muziek, gamen, een nieuwe taal leren en/of vrijwilligerswerk dan weer voor rust. Ook minder sociale aangelegenheden zoals een bad nemen of alleen uitrusten werden als coping gebruikt. Moeilijkheden bij deze vorm van coping waren echter late werkuren en frequent vermoeid thuiskomen na het werk waardoor de motivatie hiertoe soms ontbrak.

- *Deelnemer 14 (V, HA 1, ABC L): "Ik ben ook Arabische les beginnen volgen om iets helemaal anders te doen, totaal niet geneeskunde gerelateerd maar eerder zo ver mogelijk ervan weg. Dat vond ik dan ook leuk. Ik voelde mij dan weer een eigen persoon, niet zo gewoon de HAIO die de hele dag HAIO is en de hele tijd gestrest is door haar HAIO-zijn."*
- *Deelnemer 10 (V, HA 2, ABC L): "Ik heb geleerd dat sporten goed helpt om te ontspannen. In mijn eerste jaar als HAIO deed ik dat niet. Ik dacht toen dat ik er geen tijd voor had door de lange dagen. Ik kroop iedere avond in de zetel. Daar was de praktijk nog drukker dan in mijn huidige praktijk. Dit jaar ben ik wel gaan sporten. En dan merkte ik wel een groot verschil."*

Legende bij interview citaten: *M* man, *V* vrouw, *HA 1* huisartsenstage 1, *HA 2* huisartsenstage 2, *ABC H* hoog (> mediaan ABC-totaalscore), *ABC L* laag (< mediaan ABC-totaalscore).

- *Deelnemer 15 (V, HA 2, ABC L): "In mijn eerste jaar als HAIO heb ik wel nog geprobeerd om te sporten maar nadien zijn mijn hobby's eigenlijk zo goed als allemaal weggevallen omdat ik er gewoon de energie niet meer voor heb. Ik sportte vroeger veel maar nu heb ik in het weekend echt geen energie om nog te sporten. Ik spreek wel nog met vrienden af uiteraard, als er tijd is. Ik voel dat ik mijn copingmechanismen voor die stress wel heb moeten aanpassen, vanwege de vermoeidheid en het overwerkt zijn eigenlijk."*

Verlof

Ten slotte werd ook verlof door enkele geïnterviewden als belangrijke copingstrategie meegedeeld. Zo vonden enkele HAIO's ontspanning in reizen, terwijl anderen dit eerder ervaarden tijdens rustige verlofdagen thuis.

- *Deelnemer 11 (V, HA 1, ABC L): "Ik weet perfect wanneer ik gas moet terugnemen. Ik zit altijd op een vrij hoog stressniveau, maar ik weet wel wanneer ik op de rem moet duwen. Ik heb op een bepaald moment echt wat verlof moeten inlassen. Ik heb dan alles van de praktijk een keer achter mij gelaten."*

3.2.4.1. Opleidingsgerelateerde strategieën

Binnen de opleidingsgerelateerde copingstrategieën werden voornamelijk aspecten van de stageplaats, het seminarie, via de STACO en vanuit het ICHO aangehaald.

Stageplaats

Enkele HAIO's gaven aan coping te vinden via hun collega's van de praktijk. Het ventileren over frustraties en overleggen van casussen werd door sommigen als protectieve copingstrategie beschouwd op vlak van mentaal welzijn.

- *Deelnemer 7 (V, HA 2, ABC H): "Het is fijn dat je op het werk het gevoel hebt dat het een veilige plaats is, dat je er niet alleen voor staat en dat je moeilijke casussen kunt delen met collega's."*

ICHO

Vanuit het ICHO werd volgens enkele deelnemers ook de noodzakelijke hulp aangeboden om het mentaal welzijn hoog te houden en te leren omgaan met verminderd mentaal welzijn. Zo kan er vanuit het ICHO gezorgd worden voor een duidelijk en afgebakend werkrooster. Het ICHO vormt ook een aanspreekpunt bij problemen en organiseert HAIO-baden (praatsessies) voor zij die het mentaal moeilijk hebben.

- *Deelnemer 14 (V, HA 1, ABC L): "Ik vond de HAIO-baden wel nuttig, omdat de andere HAIO's ook met die problemen zaten, ook derdejaars en tweedejaars. Ik dacht toen: Ik ben niet abnormaal. Dat waren praatsessies, twee keer een dinsdag met een groepje van tien mensen waar echt aandacht besteed werd aan mentaal welzijn."*
- *Deelnemer 3 (V, HA 1, ABC H): "Je hebt een aanspreekpunt als er toch iets zou zijn of als je het gevoel hebt dat je je niet goed kan voelen door de praktijk. Je kan met iemand contact opnemen en je kan zaken aankaarten. Er wordt dan wel naar geluisterd of een oplossing gezocht."*

Seminarie/STACO

De meest aangehaalde copingstrategieën tijdens de interviews hadden betrekking op het seminarie en de begeleiding via de STACO. Ongeveer de helft van de participanten haalde aan dat de seminariegroep een grote steun leverde doorheen de opleiding tot huisarts, het zorgde voor een vertrouwensband waar moeilijkheden en onzekerheden met elkaar gedeeld konden worden. Ook de STACO als vertrouwenspersoon had hier een belangrijke rol in.

- *Deelnemer 2 (V, HA 1, ABC H): "Het rondje van het hart op de seminaries vind ik een goed gegeven, maar ik weet niet of iedereen dat heeft. Je kan dan echt eens vertellen hoe die week is geweest. Ik vind dat eigenlijk wel iets dat noodzakelijk is, zeker in het begin, of als er zoiets heftigs gebeurd is, vind ik dat ook wel goed dat daar veel tijd aan besteed wordt. Dus ik denk dat dat zeker wel preventief kan werken."*

Legende bij interview citaten: *M* man, *V* vrouw, *HA 1* huisartsenstage 1, *HA 2* huisartsenstage 2, *ABC H* hoog (> mediaan ABC-totaalscore), *ABC L* laag (< mediaan ABC-totaalscore).

3.2.5. Toekomstige opleidingsinterventies

Er werd aan de geïnterviewde huisartsen in opleiding gevraagd welke interventies binnen de opleiding nuttig zouden zijn om in de toekomst het mentaal welzijn bij HAIO's te blijven verbeteren. Hier kwamen verschillende voorstellen aan bod die ingedeeld konden worden in de volgende categorieën: de opleidingsplaats met de praktijkopleider(s), de lesmomenten met bijhorend de masterproef en (reflectie)taken, de seminaries en de algemene organisatie van de opleiding.

Zo werd er op vlak van opleidingsplaats en praktijkopleiders voorgesteld om meer in te zetten op de evaluatie van de praktijkopleiders, hier transparant over te zijn en er ook gevolg aan te geven wanneer een praktijk(opleider) onvoldoende competenties heeft om een HAIO op een goede manier op te leiden. Aansluitend werd ook voorgesteld om in de opleiding van de praktijkopleider meer te werken rond burn-out preventie.

- *Deelnemer 1 (V, HA 1, ABC H): "Je kan je praktijk beoordelen via Toekan, maar dat is nog vrij nieuw. Ik ken collega-HAIO's die in praktijken werken waarvan ik me afvraag hoe dat nog een opleidingspraktijk kan zijn, omdat de manier van werken of de manier waarop HAIO's behandeld worden echt niet oké is. De HAIO's die daar voordien geweest zijn, zullen dat toch ook al aangegeven hebben?"*
- *Deelnemer 5 (V, HA 2, ABC H): "Ik hoor van andere, oudere PO's dat er echt nog geen inzicht is in burn-out preventie. Dus het is misschien niet slecht om ook in de opleiding van PO daaraan te werken. Ze zien wel in dat het lastig is, maar ik denk dat als je zelf nog nooit in een burn-out hebt gezeten, dat je dan moeilijker kan begrijpen hoe dat voelt."*

Als tweede onderdeel kwamen de lesmomenten met bijhorende masterproef en (reflectie)taken regelmatig terug. Enkele participanten zouden graag de masterproef laten schrappen omwille van de hoge werkdruk en de voor hen eerder beperkte meerwaarde hiervan. Daarnaast werd er ook voorgesteld om het aantal lessen in te perken en/of deze meer praktisch in te richten. Meer keuzelessen waarbij persoonlijke kennisontwikkeling op de voorgrond staat, werd hierbij als interventie naar voor geschoven. Ook zou er tijdens de lessen nog meer ingezet kunnen worden op burn-out preventie. Voor enkele HAIO's zouden een minder verre afstand naar de lessen of online lessen een positieve impact hebben op het mentaal welzijn. Verder werd voorgesteld om minder reflectieverslagen en taken tussendoor in de opleiding te verwerken. Ook de eenduidigheid tussen verschillende STACO's en PO's hierover zou beter afgestemd moeten worden zodat de werkdruk voor iedere HAIO gelijk is.

- *Deelnemer 8 (V, HA 1, ABC H): "Het is interessant om dingen bij te leren tijdens de lesdag, maar als dat vol wordt gepland met dingen waar je niet zoveel aan hebt en je daarvoor je hele dag kwijt bent, dan vind ik het nuttiger om aan mijn thesis te werken of om een keer op adem te komen. Dat is misschien iets wat je kunt doen vanuit de opleiding, gewoon een keer kritisch kijken naar wat nuttig is en wat niet."*
- *Deelnemer 5 (V, HA 2, ABC H): "Ik denk dat er echt veel mensen vaak op het randje zitten of in een burn-out geraken. En ik denk dat daar vaak wel wat schaamte rondhangt of misschien moeilijk is om te erkennen, terwijl dat niet nodig is, want we hebben een lastige job. Zelfzorg is zo belangrijk. We krijgen namelijk de hele tijd heel lastige verhalen over ons en er zijn bijna geen huisartsen die naar de psycholoog gaan, of toch weinig. Terwijl dat geen extreme luxe zou zijn in onze job."*

Binnen de seminaries zouden de geïnterviewden graag meer nadruk willen leggen op het creëren van een vertrouwensband met de focus op een goede toegankelijkheid van de STACO. Eén van de geïnterviewden zag dit anders en vond dat er vanuit de opleiding/universiteit zelf een onafhankelijke vertrouwenspersoon diende te komen, een persoon die losstaat van beoordeling.

- *Deelnemer 4 (V, HA 2, ABC H): "Ik heb van anderen gehoord dat sommige STACO's niet zo toegankelijk zijn. En dat de HAIO's dan inderdaad niet echt durven zeggen wat er scheelt. Dus het ICHO kan misschien iets meer inzetten op hoe de STACO's het doen en of dat ze toegankelijk zijn voor problemen."*

Legende bij interview citaten: *M* man, *V* vrouw, *HA 1* huisartsenstage 1, *HA 2* huisartsenstage 2, *ABC H* hoog (> mediaan ABC-totaalscore), *ABC L* laag (< mediaan ABC-totaalscore).

- *Deelnemer 2 (V, HA 1, ABC H): "Het zou misschien een idee zijn om iemand vanuit de opleiding te hebben als aanspreekpunt. De STACO is meer gebonden aan het ICHO, maar die moet u dan ook punten geven. Ik vind dat een beetje vreemd dat je een vertrouwenspersoon hebt, die u dan achteraf ook nog een cijfer moet geven."*

Algemeen zou er volgens sommigen in de toekomst meer toezicht kunnen komen op het naleven van het WOP-schema en het maximaal aantal werkuren. Eén van de deelnemers kwam in contact met de HAIO-baden, een praatsessie rond mentaal welzijn, en vond dat deze meer in de opleiding betrokken kunnen worden. Verder werd door een participant nadruk gelegd op de HAIO-sollicitaties waarbij deze persoon het nuttig zou vinden om vooraf een infomoment te organiseren over hoe je als HAIO dit moment het beste aanpakt.

- *Deelnemer 1 (V, HA 1, ABC H): "Ik denk dat ze strenger kunnen zijn op vlak van werkschema, nog iets regulerender naar uren toe. Als ik zo hoor dat sommigen echt dagelijks tot zeven-acht uur moeten werken, vind ik dat niet zo bevorderend naar burn-outrisico toe. Ik snap dat het erbij hoort om 's avonds te werken, maar dan slechts voor twee avonden in de week. Ik vind wel dat je recht hebt op wat vrije tijd, ook 's avonds."*
- *Deelnemer 13 (V, HA 1, ABC L): "Ik ben ervan overtuigd dat je veel leert van je praktijk, maar of je nu 50 uur hebt gewerkt of je hebt er 38 gewerkt, dat is voor je privéleven een groot verschil. Terwijl dit voor je educatie en progressie niet zo veel verschil maakt. Ik vind het nuttiger dat je gewoon al die informatie voor jezelf wat beter kunt verwerken en dat je meer tijd hebt tussen patiënten om dingen op te zoeken of je Medbook aan te vullen. Er wordt zoveel verwacht, maar je bent ook maar een mens."*

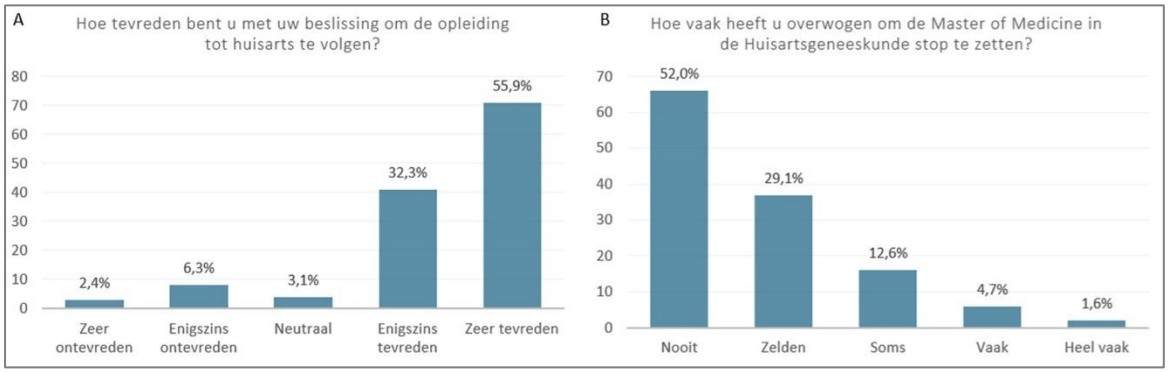
4. Toekomstperspectief

4.1. Vragenlijst

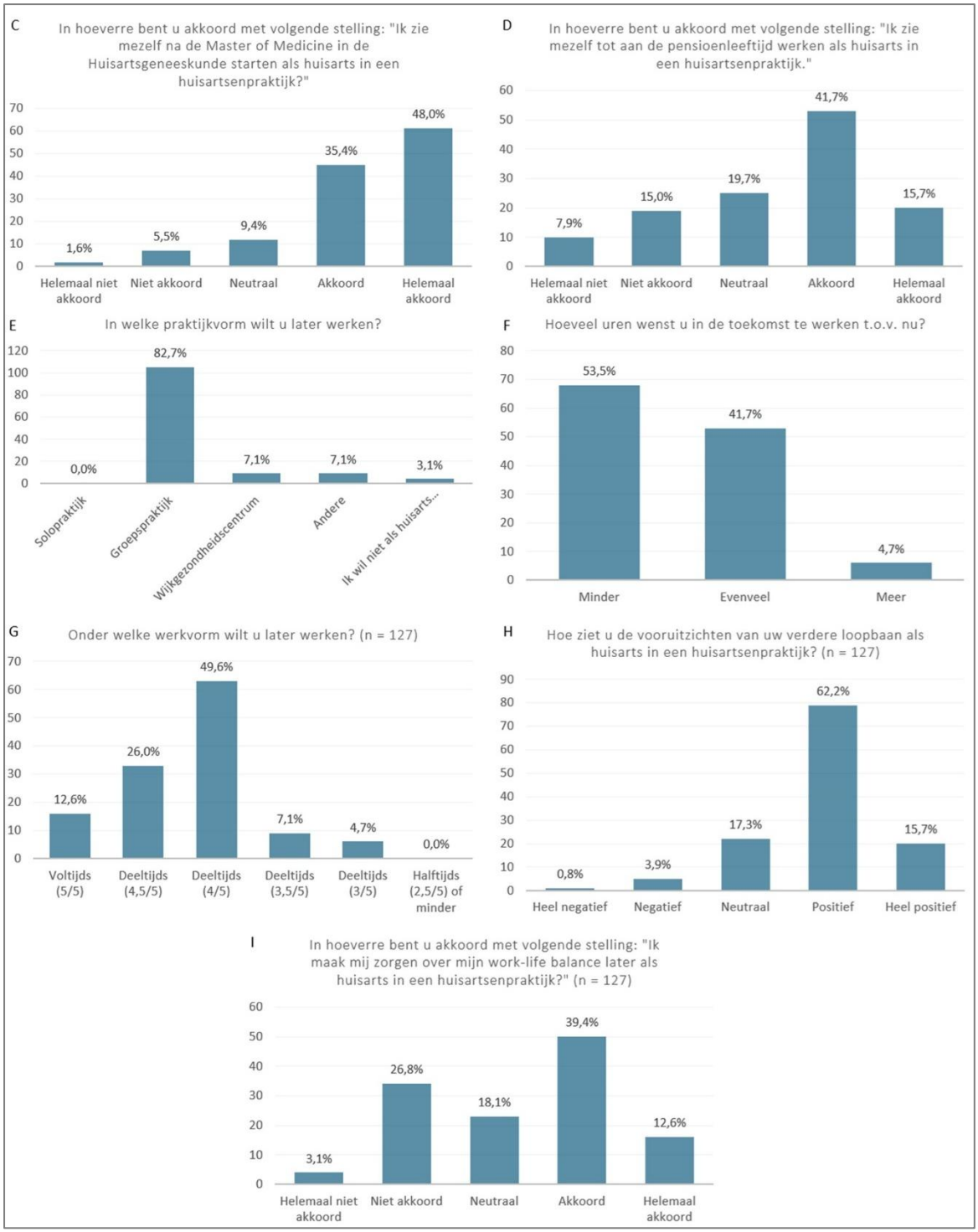
4.1.1. Meerkeuzevragen

Er werd gepolst naar het toekomstperspectief bij de deelnemers door middel van negen meerkeuzevragen. De verdeling van de antwoorden is terug te vinden in Figuur 5.

Zo werd er gekeken naar een verschil in toekomstige werkvorm tussen mannen en vrouwen. Om groepen te bekomen die groot genoeg zijn om sterke statistiek te verkrijgen werd de werkvorm onderverdeeld in 4 groepen in plaats van 6 (5 dagen op 5, 4.5 dagen op 5, 4 dagen op 5 en 3.5 dagen op 5 of minder). Via een Fisher's exact test werd een sterk significant verband gevonden ($p < 0{,}001$) tussen geslacht en werkvorm waarbij mannen inderdaad vaker aangeven om voltijds te willen werken dan vrouwen (Tabel 10).



Legende bij interview citaten: *M* man, *V* vrouw, *HA 1* huisartsenstage 1, *HA 2* huisartsenstage 2, *ABC H* hoog (> mediaan ABC-totaalscore), *ABC L* laag (< mediaan ABC-totaalscore).



Figuur 5: Verdeling resultaten bij vragen over toekomstperspectief.

Tabel 10: Resultaat statistische test naar verband tussen geslacht en werkvorm.

n (%)	≤ 3.5/5 dagen	4/5 dagen	4,5/5 dagen	5/5 dagen	Totaal	Fisher-Freeman -Halton Exact Test	p-waarde*
Man	0 (0,0)	13 (40,6)	9 (28,1)	10 (31,3)	32 (100,0)	17,64	< 0,001
Vrouw	15 (15,8)	50 (52,6)	24 (25,3)	6 (6,3)	95 (100,0)		

*Significantie werd aangenomen voor p < 0,05.
n frequentie, *%* percentage

4.1.2. Verband ABC-score en toekomstperspectief

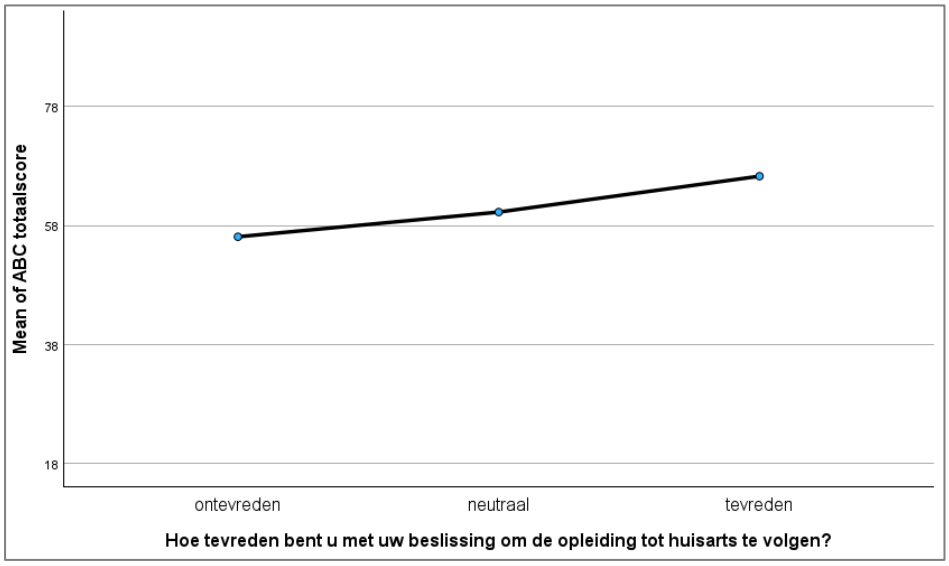
Voor de onderzoeksvraag van deze masterproef wordt gekeken of er een verband kan gevonden worden tussen de ABC-totaalscore bij de HAIO's en het toekomstperspectief als huisarts. Hierbij werd door middel van een One-Way ANOVA gekeken naar het verschil tussen de gemiddelde ABC-totaalscore bij de verschillende antwoordmogelijkheden op de vragen 1, 2, 3, 4 en 8 die peilen naar het toekomstperspectief van de HAIO's. Bij vraag 1, 2, 3 en 8 werden de twee eerste en de twee laatste categorieën samengenomen om in elke groep voldoende aantal deelnemers te krijgen.

Elk van deze testen toont een sterk significant resultaat waarbij een hogere gemiddelde ABC-totaalscore wordt gezien bij de antwoordmogelijkheden die overeenkomen met een positieve kijk op het toekomstperspectief als huisarts. De resultaten van deze testen en een bijpassend lijndiagram is voor elk van deze vijf vragen terug te vinden in respectievelijk Tabellen 11-15 en Figuren 6-10.

Tabel 11: Beschrijvende statistiek en One-way ANOVA bij toekomstperspectief vraag 1: Hoe tevreden bent u met uw beslissing om de opleiding tot huisarts te volgen?

Beschrijvende statistiek ABC-totaalscore per groep						
	n	**M**	**SD**	**95 % BI**		
Ontevreden	11	56,09	10,90	48,77 - 63,41		
Neutraal	4	60,25	4,03	53,84 - 66,66		
Tevreden	112	66,29	10,07	64,40 - 68,17		
Totaal	127	65,21	10,40	63,39 - 67,04		
One-way ANOVA voor verschil in ABC-totaalscore tussen groepen						
	SS	**df**	**MS**	**F**	**p**	**η^2**
Tussen groepen	1142,74	2	571,37	5,68	0,004	0,08
Binnen groepen	12482,52	124	100,67			
Totaal	13625,26	126				

n frequentie, *M* gemiddelde, *SD* standaarddeviatie, *BI* betrouwbaarheidsinterval, *SS* kwadratensom, *df* vrijheidsgraden, *MS* gemiddelde kwadratensom, *F toetsingsgrootheid van de Anova*, *p* p-waarde, η^2 effectgrootte.



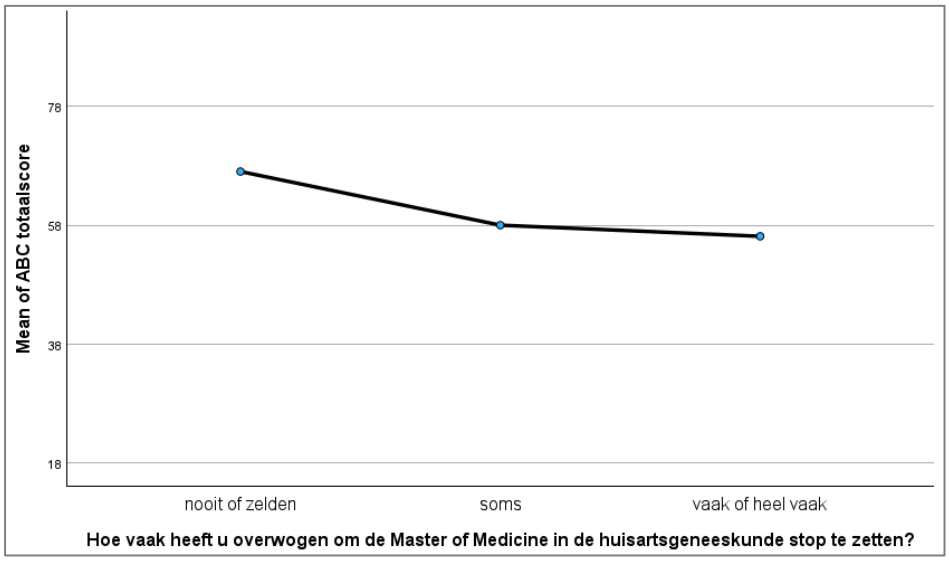
Figuur 6: Lijndiagram verdeling gemiddelde ABC-totaalscore bij de drie antwoordmogelijkheden op toekomstperspectief vraag 1.

Tabel 12: Beschrijvende statistiek en One-way ANOVA bij toekomstperspectief vraag 2: Hoe vaak heeft u overwogen om de Master of Medicine in de huisartsgeneeskunde stop te zetten?

Beschrijvende statistiek ABC-totaalscore per groep				
	n	**M**	**SD**	**95 % BI**
Nooit of zelden	103	67,04	9,89	65,11 - 68,97
Soms	16	58,00	8,03	53,72 - 62,28
Vaak of heel vaak	8	56,13	10,92	46,99 - 65,26
Totaal	127	65,21	10,40	63,39 - 67,04

One-way ANOVA voor verschil in ABC-totaalscore tussen groepen						
	SS	**df**	**MS**	**F**	**p**	**η^2**
Tussen groepen	1836,54	2	918,27	9,66	< 0,001	0,14
Binnen groepen	11788,72	124	95,07			
Totaal	13625,26	126				

n frequentie, *M* gemiddelde, *SD* standaarddeviatie, *BI* betrouwbaarheidsinterval, *SS* kwadratensom, *df* vrijheidsgraden, *MS* gemiddelde kwadratensom, *F toetsingsgrootheid van de Anova*, *p* p-waarde, η^2 effectgrootte.



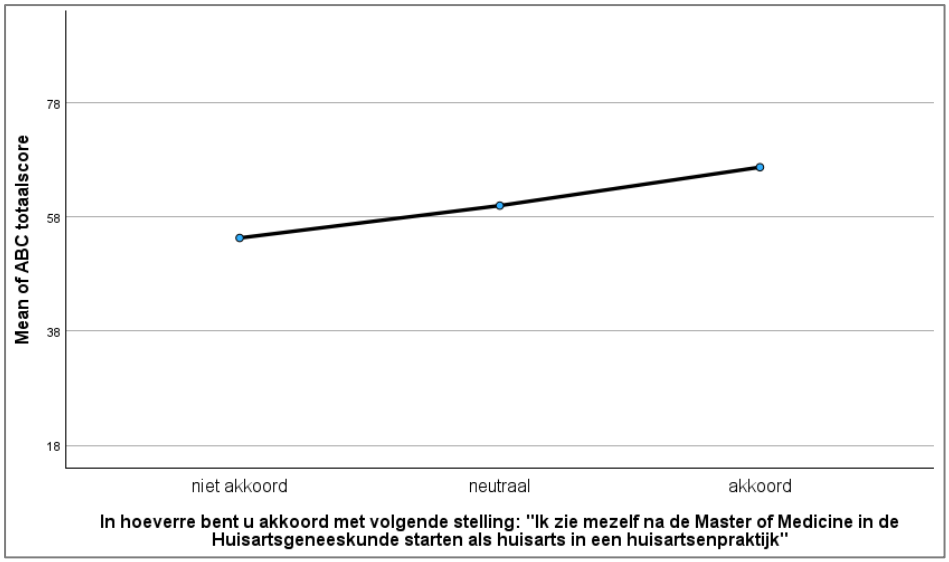
Figuur 7: Lijndiagram verdeling gemiddelde ABC-totaalscore bij drie antwoordmogelijkheden op toekomstperspectief vraag 2.

Tabel 13: Beschrijvende statistiek en One-way ANOVA bij toekomstperspectief vraag 3: In hoeverre bent u akkoord met volgende stelling: "Ik zie mezelf na de Master of Medicine in de huisartsgeneeskunde starten als huisarts in een huisartsenpraktijk."

Beschrijvende statistiek ABC-totaalscore per groep				
	n	**M**	**SD**	**95 % BI**
Niet akkoord	9	54,33	9,76	46,83 - 61,84
Neutraal	12	60,00	11,76	52,53 - 67,47
Akkoord	106	66,73	9,62	64,87 - 68,58
Totaal	127	65,21	10,40	63,39 - 67,04

One-way ANOVA voor verschil in ABC-totaalscore tussen groepen						
	SS	**df**	**MS**	**F**	**p**	**η^2**
Tussen groepen	1634,19	2	817,10	8,45	<0,001	0,12
Binnen groepen	11991,07	124	96,70			
Totaal	13625,26	126				

n frequentie, *M* gemiddelde, *SD* standaarddeviatie, *BI* betrouwbaarheidsinterval, *SS* kwadratensom, *df* vrijheidsgraden, *MS* gemiddelde kwadratensom, *F toetsingsgrootheid van de Anova*, *p* p-waarde, η^2 effectgrootte.

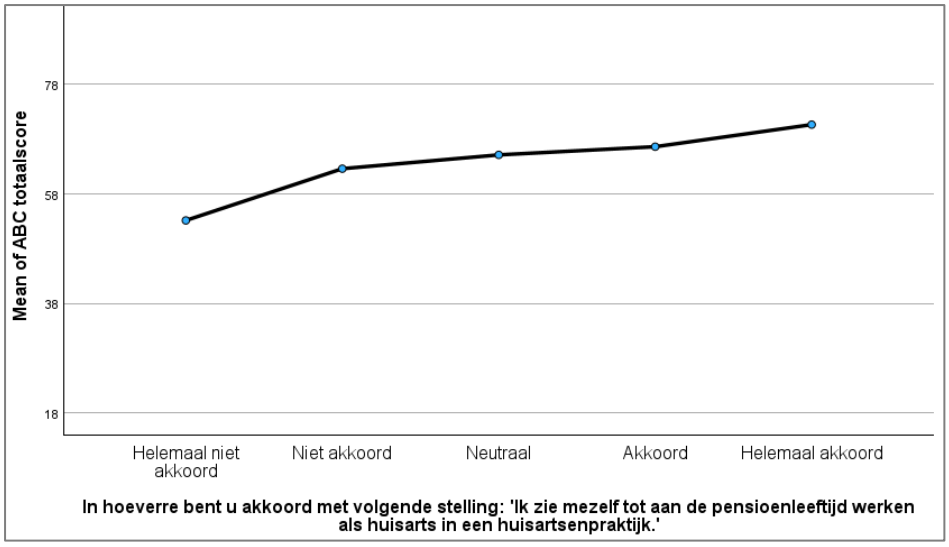


Figuur 8: Lijndiagram verdeling gemiddelde ABC-totaalscore bij drie antwoordmogelijkheden op toekomstperspectief vraag 3.

Tabel 14: Beschrijvende statistiek en One-way ANOVA bij toekomstperspectief vraag 4: In hoeverre bent u akkoord met volgende stelling: "Ik zie mezelf tot aan de pensioenleeftijd werken als huisarts in een huisartsenpraktijk (klinisch werk)."

Beschrijvende statistiek ABC-totaalscore per groep						
	n	**M**	**SD**	**95 % BI**		
Helemaal niet akkoord	10	53,10	9,01	46,65 - 59,55		
Niet akkoord	19	62,53	9,29	58,05 - 67,01		
Neutraal	25	65,04	12,26	59,98 - 70,10		
Akkoord	53	66,53	8,66	64,14 - 68,91		
Helemaal akkoord	20	70,55	9,09	66,30 - 74,80		
Totaal	127	65,21	10,40	63,39 - 67,04		
One-way ANOVA voor verschil in ABC-totaalscore tussen groepen						
	SS	**df**	**MS**	**F**	**p**	**η^2**
Tussen groepen	2266,50	4	566,63	6,09	<0,001	0,17
Binnen groepen	11358,75	122	93,10			
Totaal	13625,26	126				

n frequentie, *M* gemiddelde, *SD* standaarddeviatie, *BI* betrouwbaarheidsinterval, *SS* kwadratensom, *df* vrijheidsgraden, *MS* gemiddelde kwadratensom, *F toetsingsgrootheid van de Anova*, *p* p-waarde, η^2 effectgrootte.

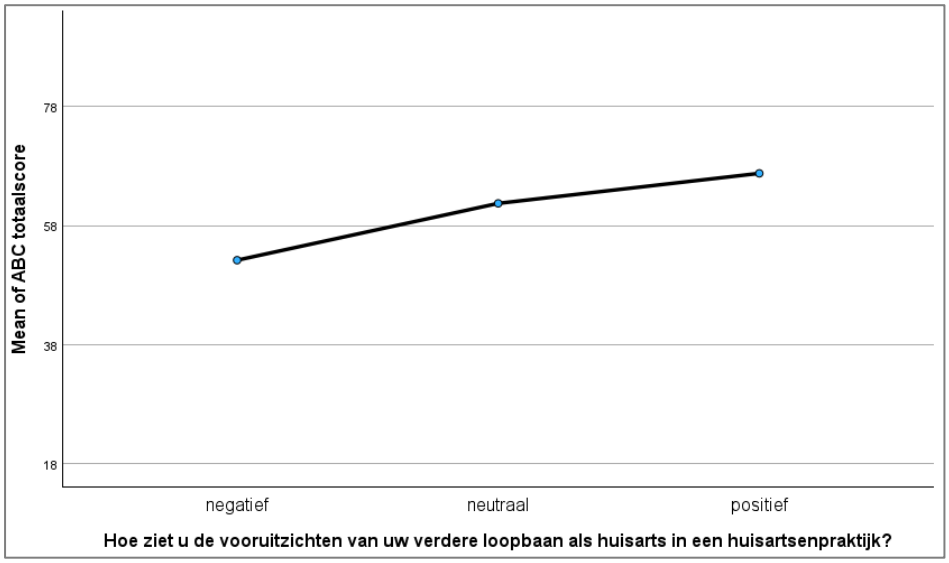


Figuur 9: Lijndiagram verdeling gemiddelde ABC-totaalscore bij vijf antwoordmogelijkheden op toekomstperspectief vraag 4.

Tabel 15: Beschrijvende statistiek en One-way ANOVA bij toekomstperspectief vraag 8: Hoe ziet u de vooruitzichten van uw verdere loopbaan als huisarts in een huisartsenpraktijk?

Beschrijvende statistiek ABC-totaalscore per groep						
	n	**M**	**SD**	**95 % BI**		
Negatief	6	52,17	11,97	39,60 - 64,73		
Neutraal	22	61,73	11,09	56,81 - 66,64		
Positief	99	66,78	9,47	64,89 - 68,67		
Totaal	127	65,21	10,40	63,39 - 67,04		
One-way ANOVA voor verschil in ABC-totaalscore tussen groepen						
	SS	**df**	**MS**	**F**	**p**	**η^2**
Tussen groepen	1530,95	2	765,48	7,85	<0,001	0,11
Binnen groepen	12094,31	124	97,53			
Totaal	13625,26	126				

n frequentie, *M* gemiddelde, *SD* standaarddeviatie, *BI* betrouwbaarheidsinterval, *SS* kwadratensom, *df* vrijheidsgraden, *MS* gemiddelde kwadratensom, *F toetsingsgrootheid van de Anova*, *p* p-waarde, η^2 effectgrootte.



Figuur 10: Lijndiagram verdeling gemiddelde ABC-totaalscore bij drie antwoordmogelijkheden op toekomstperspectief vraag 8.

4.2. Interviews

4.2.1. Toekomst als arts

Binnen het onderdeel toekomstperspectief werd er onderzocht waar de geïnterviewden, eenmaal afgestudeerd, wel en niet naar uitkijken. Hierbij werd ook gekeken of de stageplaats en de opleiding invloed hadden op hun toekomstige keuzes. Verder werd er gepeild naar hoe ze hun toekomstige praktijkvorm zien en of ze al dan niet zelf ook praktijkopleider willen worden.

4.2.1.1. Positieve vooruitzichten

<u>Financieel</u>

Een positief vooruitzicht dat werd aangehaald was het financiële aspect, waarbij er werd uitgekeken naar verloning per prestatie, alsook verloning voor de gepresteerde wachtdiensten. Echter werd aangegeven dat een vast loon, zoals nu tijdens de opleiding of later in een forfaitair systeem, ook als positief ervaren kon worden.

- *Deelnemer 8 (V, HA 1, ABC H): "Ik kijk er wel naar uit dat ik geld ga verdienen voor elke consultatie. En betaald ga worden voor mijn wachten."*
- *Deelnemer 7 (V, HA 2, ABC H): "Als HAIO word je gewoon vast betaald. Ik merk voor mezelf dat ik dat vast loon super leuk vind."*

<u>Autonomie</u>

Ook autonomie werd zeer vaak aangekaart als iets waar de deelnemers naar uitkijken. De autonomie om de eigen werkuren te bepalen, om te kunnen toespitsen op datgene in de huisartsenpraktijk dat de interesse wekt, om het eigen beleid te kunnen kiezen en om wat strikter te zijn ten opzichte van de patiënten.

- *Deelnemer 3 (V, HA 1, ABC H): "Ik kijk er naar uit dat ik meer op lange termijn kan gaan denken en zien van, dit stuk doe ik graag, dus daar wil ik extra instrumenten voor kopen of extra opleidingen voor volgen. Om zo meer te kunnen aanbieden aan de patiënt."*
- *Deelnemer 8 (V, HA 1, ABC H): "Ik denk dat ik een huisarts ga zijn die heel sterk gaat afbakenen van hoeveel uren ik werk, dan werk ik echt door en nadien ben ik echt vrij en ben ik ook niet bezig met de praktijk. Ik vind het heel belangrijk dat ik dat goed kan afscheiden."*
- *Deelnemer 8 (V, HA 1, ABC H):"Ik denk dat ik het liefst een beetje een strenge arts zou zijn. Ik heb wel ergens nog een beetje nood aan de hiërarchie. Ik vind dat dit in sommige praktijken een beetje te flou geworden is, dat de patiënt gewoon kan gaan en staan en vragen wat die wil, en als die te laat komt, is het precies niet erg."*
- *Deelnemer 4 (V, HA 2, ABC H): "Achter je beleid staan en ook kunnen uitleggen waarom, daar haal ik meer voldoening uit, terwijl ik in het begin meer voldoening haalde uit mijn patiënten tevreden maken. Nu is dat ook nog altijd zo, maar ik haal ook evenveel voldoening uit weten van oké, ik heb dat beleid correct uitgevoerd, en ik sta daarachter en ook al is de patiënt misschien niet helemaal tevreden, omdat hij die scan niet krijgt of dat medicament niet krijgt."*

<u>Patiëntenpopulatie</u>

Een laatste, frequent aangehaald positief aspect, was het contact met de patiënten. Veel deelnemers kijken ernaar uit om een vertrouwensband te kunnen opbouwen met hun patiënten. Ook werd uitgekeken naar het creëren van een eigen patiëntenpopulatie die goed aansluit bij de eigen visie als arts.

- *Deelnemer 9 (M, HA 1, ABC H): "Je kan echt een band met een patiënt opbouwen. Je kan ze volgen en zien hoe ze ouder worden. Je leert meer over hen, over hun familie. Dat vind ik het mooie aan de job."*
- *Deelnemer 11 (V, HA 1, ABC L): "'Iedere huisarts heeft zijn eigen patiëntenpopulatie. En ik kijk wel uit naar de patiëntenpopulatie waarmee ik match."*

Legende bij interview citaten: *M* man, *V* vrouw, *HA 1* huisartsenstage 1, *HA 2* huisartsenstage 2, *ABC H* hoog (> mediaan ABC-totaalscore), *ABC L* laag (< mediaan ABC-totaalscore).

4.2.1.2. Negatieve vooruitzichten

Administratie

Het merendeel van de deelnemers kijkt niet uit naar administratie. Dit door de grote hoeveelheid, maar ook door de onervarenheid als het gaat over de boekhouding en het financiële luik. Zo werd er als kritische reflectie gegeven dat hier in de opleiding weinig tot geen aandacht aan besteed werd.

- *Deelnemer 9 (M, HA 1, ABC H): "Ik ben gemaakt om de mensen te helpen en de mensen te begeleiden en de stomme administratieve taken die aan ons worden bedeeld omdat iemand het moet doen, dat vind ik eigenlijk een beetje jammer. Ik ben een voorstander van de blauwe krokodil stempel."*
- *Deelnemer 2 (V, HA 1, ABC H): "Alles van boekhouding, daar heb ik weinig kennis over. Hoe moeilijk kan het zijn om een beetje bedrijfskunde ergens in de opleiding te zetten? Ik heb zelf al gedacht om misschien een cursus te gaan volgen in avondschool, gewoon om iets erover te weten. Maar eigenlijk zou iedereen dat moeten krijgen."*

Ontbreken van vangnet

Een ander aspect waar veel geïnterviewden minder naar uitkijken is het wegvallen van het vertrouwde vangnet door de PO. Zeker op de vlakken waar de deelnemers zich nog onvoldoende vertrouwd in voelen of wanneer er een slecht contact met specialisten in de buurt zou zijn, werd aangegeven dat de eindverantwoordelijkheid als angstaanjagend wordt ervaren.

- *Deelnemer 14 (V, HA 1, ABC L): "Het alleen zijn en dan je eigen beslissing moeten nemen. Niet kunnen terugvallen op je PO."*
- *Deelnemer 5 (V, HA 2, ABC H): "Ik vind dat vooral heel eng. Want ik hou wel echt van het safety-net. Zoals ik al zei, die verantwoordelijkheid is voor mij heel zwaar om te dragen. Ik denk dat ik daar het meest mee zit. En ik vind het idee om alle eindverantwoordelijkheid te moeten dragen super angstaanjagend."*
- *Deelnemer 2 (V, HA 1, ABC H): "Ik denk dat het heel afhankelijk is van je omgeving. Bijvoorbeeld bij de communicatie met de specialisten. Als de communicatie met het ziekenhuis en de specialisten moeilijk loopt, dan is dat natuurlijk ook iets waar je niet naar uitkijkt. Als je dan ergens met een casus zit, die je niet opgelost krijgt."*

4.2.1.3. Invloed stageplaats

Tijdens de interviews werd er ook gepeild naar de invloed van de opleidingspraktijk op de toekomstige carrière van de deelnemer. Wat zeer vaak aan bod kwam was het belang van de collegialiteit tussen de collega's, de gezellige en huiselijke sfeer. Hierbij horen ook goede communicatie tussen de collega's over verlofregelingen, agendaplanning en externe bezigheden. Ook correct ingevulde dossiers, goed patiëntencontact en focus op sociaal beleid werden aangegeven als belangrijk om mee te nemen voor later.

- *Deelnemer 8 (V, HA 1, ABC H): "Als ik met het ziekenhuis vergelijk, daar schuift iedereen alles door naar elkaar om zo weinig mogelijk werk op zich te moeten nemen. En nu is het gewoon echt een leuk team, die samen nadenkt en er is voor elkaar. Het is ook gezellig, het huiselijke."*
- *Deelnemer 4 (V, HA 2, ABC H): "Dat de dossiers goed ingevuld zijn. Zodat als een patiënt al bij een collega geweest is en nu bij mij komt, dat ik echt wel goed op de hoogte ben. Ik vind dat echt een vorm van collegialiteit. Dus ik doe dat zelf ook."*
- *Deelnemer 3 (V, HA 1, ABC H): "Het sociaal contact met de collega's, dat is voor mij wel van groot belang. Ondanks dat je wel alleen aan het werken bent, je hebt collega's rond je, je hebt toch het gevoel van in een team te staan."*

4.2.1.4. Overweging te stoppen als arts (opleiding/beroep)

Tijdens de interviews werd ook gepeild of er momenten waren waarop er overwogen werd om te stoppen met de opleiding. Velen gaven aan dit nooit echt overwogen te hebben, maar dat er wel een paar moeilijke momenten zijn geweest. Zo komt de ziekenhuisstage meermaals aan bod als een zeer moeilijke periode. Echter vond een deelnemer ook dat hierdoor de keuze voor huisartsgeneeskunde extra bevestigd werd.

- *Deelnemer 3 (V, HA 1, ABC H): "Zeker nu ook door in het ziekenhuis gestaan te hebben, heb ik nog meer bevestiging gekregen dat huisarts zijn wel echt is wat ik graag doe en wat ik wil doen."*

Legende bij interview citaten: *M* man, *V* vrouw, *HA 1* huisartsenstage 1, *HA 2* huisartsenstage 2, *ABC H* hoog (> mediaan ABC-totaalscore), *ABC L* laag (< mediaan ABC-totaalscore).

- *Deelnemer 14 (V, HA 1, ABC L): "Het is wel zo nu ik in het ziekenhuis ben, merk ik hoe graag ik huisarts ben. Dat is echt een eye-opener. Het ziekenhuis is echt goed om dat te beseffen."*

Andere factoren die het toekomstbeeld negatief konden beïnvloeden, waren onder meer de masterproef, een zware of drukke periode in de praktijk en/of veranderingen in de gezinssituatie zoals de geboorte van een kind. Het feit dat de opleiding tot huisarts drie jaar duurt in vergelijking met vier, vijf of zes jaar bij de andere specialisaties, gaf aan enkele geïnterviewden de kracht om door te zetten, omdat het einde altijd in zicht is. Een andere deelnemer gaf ook aan niet te durven stoppen met de opleiding omdat het niet eenvoudig is om met het diploma als basisarts werk te vinden.

- *Deelnemer 4 (V, HA 2, ABC H): "Ik had nooit gedacht om te stoppen met de HAIO-opleiding. Wanneer ik wel even gedacht heb van het hoeft niet meer, was tijdens de ziekenhuisstage. Dan was ik het even echt beu. Mijn enige motivatie toen was weten dat ik hierna weer naar de huisartspraktijk ging."*
- *Deelnemer 12 (V, HA 2, ABC L): "Op een gegeven moment dacht ik dat ik het gewoon moest opgeven en met de opleiding stoppen. Maar dat had meer te maken met de thesis dan examens of seminaries. Die thesis was voor mij echt heel vervelend en niet leuk."*
- *Deelnemer 15 (V, HA 2, ABC L): "Omdat de opleiding kort genoeg is om altijd het einde te blijven zien. En eens dat je afgestudeerd bent, heb je natuurlijk een gigantische vrijheid."*
- *Deelnemer 16 (V, HA 1, ABC L): "Ik heb getwijfeld of de opleiding wel iets voor mij is. Ik denk dat als mijn kindje er niet zou zijn, dat ik die drie jaar gewoon zou afwerken zonder na te denken of dit beroep wel iets voor mij is. Nu is het anders, en vraag ik mij af of het het wel waard is om mijn kindje minder te zien en zoveel stress te hebben?"*
- *Deelnemer 14 (V, HA 1, ABC L): "Ik zou nooit durven stoppen met die opleiding, want dan heb je enkel een diploma als basisarts, maar dan kan je niet werken als arts. Dus vooral niet gestopt uit angst om niets te hebben."*

4.2.1.5. Motivatie

<u>Motivatie om arts te worden</u>

Enerzijds gaf het merendeel van de respondenten aan gemotiveerd te zijn om na het afronden van de opleiding aan de slag te gaan als huisarts. Anderzijds hebben sommige HAIO's de intentie om eerst andere prioriteiten te realiseren, zoals het nemen van een langere verlofperiode, meer focussen op het gezin of voor een bepaalde periode in het buitenland te gaan werken als huisarts.

- *Deelnemer 13 (V, HA 1, ABC L): "Ik wil eerst een mooie vakantie maken. Ik denk niet dat ik per se een jaar er tussenuit wil zijn. Maar misschien wel eens een maand of twee, zodat ik wel echt een mooie verre reis kan maken."*
- *Deelnemer 14 (V, HA 1, ABC L): "No way! Ik ga eerst op reis. Ik wil misschien in het buitenland nog ergens iets doen als huisarts. Ik ben aan het kijken om naar Nieuw-Zeeland of Australië te gaan, dat is wel populair momenteel."*
- *Deelnemer 16 (V, HA 1, ABC L): "Ik denk dat ik me eerst meer wil focussen op mijn gezinsleven. Ik wil thuis niet gemist worden en uiteindelijk zo oud zijn we nog niet dus we gaan nog lang mogen werken."*

<u>Motivatie om huisarts te blijven</u>

De meerderheid gaf aan zeer gemotiveerd te zijn om huisarts te zijn tot aan hun pensioen, echter werd door velen van hen wel aangegeven dat ze dit enkel als deeltijdse job zouden kunnen volhouden. Andere deelnemers vertelden zeker te willen starten, maar durfden geen beloftes te maken voor de verre toekomst.

- *Deelnemer 8 (V, HA 1, ABC H): "Tot mijn pensioen? Dat vind ik te lang hoor. Ik kijk altijd maar voor 10 jaar, dus dat weet ik nog niet."*
- *Deelnemer 9 (M, HA 1, ABC H): "Dat vind ik een moeilijke vraag. Enerzijds hoop ik van wel. Want ik denk wel dat het mooi is aan het beroep van huisarts dat je je patiënten kunt opvolgen met de tijd. Dat je echt banden met patiënten kunt krijgen. Dus ik zou het wel graag willen doen. En ik hoop dat ik het enthousiasme en de motivatie ervoor heb tot aan mijn pensioen. Maar ik zou het niet met 100 % zekerheid kunnen zeggen."*
- *Deelnemer 6 (M, HA 2, ABC H): "Tot de pensioenleeftijd, dat zie ik wel gebeuren. Hetgeen wat ik misschien zou doen in de toekomst, is het dan nog verminderen qua werktijd. Dus in plaats van dan vier vijfde misschien naar een halftime gaan en dan er eventueel nog iets anders bij doen. Maar zie ik mij ooit volledig stoppen en dan iets anders gaan doen? Nee. Ik denk dat huisarts erin zit en het er niet meer zal uitgaan. Mijn motivatie is wel zeer hoog."*

Legende bij interview citaten: *M* man, *V* vrouw, *HA 1* huisartsenstage 1, *HA 2* huisartsenstage 2, *ABC H* hoog (> mediaan ABC-totaalscore), *ABC L* laag (< mediaan ABC-totaalscore).

Verschil begin opleiding en nu

Tijdens de interviews werd gepeild of er een verandering was in motivatie om huisarts te worden, waarbij er werd vergeleken tussen het begin van de opleiding en de huidige situatie. De meeste HAIO's gaven aan geen verandering in motivatie te ervaren. Enkelen rapporteerden een afgenomen motivatie door te veel stress of door een onrealistisch beeld van de huisartsenpraktijk bij aanvang van de opleiding. Bij anderen nam de motivatie net toe, bijvoorbeeld door het volgen van de ziekenhuisstage.

- *Deelnemer 13 (V, HA 1, ABC L): "Ook omdat ik van in het begin echt wel heel duidelijk was in mijn keuze voor huisarts. De opleiding heeft dat enkel maar bevestigd. Dus de motivatie blijft wel even hoog."*
- *Deelnemer 9 (M, HA 1, ABC H): "Ik zou wel zeggen dat het verminderd is. Maar ja, als je pas begonnen bent, dan heb je nog geen volledig realistisch beeld van wat het is om huisarts te zijn. Dan ben je ook nog heel enthousiast. Ik denk dat het normaal is dat het enthousiasme een klein beetje gedaald is. Ik doe mijn job wel nog graag. Dat zou ik zeker wel zeggen. Maar misschien een klein beetje minder enthousiasme dan toen ik begonnen was."*
- *Deelnemer 16 (V, HA 1, ABC L): "In het begin was ik echt wel nog gemotiveerd denk ik. Maar toen ik zoveel last kreeg van de stress, had ik moeite om de goede dingen er nog van in te zien."*

4.2.1.6. Intentie om praktijkopleider te worden

We zagen dat een groot deel van de deelnemers overwoog om later ook zelf praktijkopleider te worden, deels als nieuwe uitdaging, deels uit liefde voor het vak en de wil om dit door te kunnen geven aan de volgende lichting huisartsen. Enkelen voelden zich hier nog niet klaar voor of gaven aan dit als een te grote verantwoordelijkheid te beschouwen.

- *Deelnemer 5 (V, HA 2, ABC H): "Ik denk wel dat dat een grote verantwoordelijkheid is. Ik denk dat ik veel eisen leg op wat een PO moet zijn en kunnen. En dat ik die rol heel moeilijk zelf zou kunnen invullen. Het is ook een verantwoordelijkheid om de volgende generatie artsen op te laten groeien. Ik zie me daar nu zelf nog niet per se zijn. Maar dat is sowieso pas na acht jaar werken, voordat je PO kunt zijn. Dus misschien voel ik me daar dan wel meer klaar voor, maar nu nog niet."*
- *Deelnemer 2 (V, HA 1, ABC H): "Ik denk dat ik dat wel echt graag zou doen. Ik heb ook heel graag stagiairs. Omdat die ook wel leuke inzichten hebben of vragen stellen waar ik dan ook zelf nog eens moet over nadenken. Dus ik zie mezelf dat wel echt nog doen. Ook voor de liefde voor het vak een beetje door te geven misschien."*
- *Deelnemer 13 (V, HA 1, ABC L): "Ja graag, ik vind dat keitof om mensen iets bij te leren. En omdat die een superbelangrijke sleutelpersoon is, in dat moment in je leven kun je zoveel leren. En het zijn mensen die nog maar net starten, die heel veel vragen hebben, die heel kwetsbaar zijn. En als je dan op het juiste moment een goede persoon hebt, of die zich echt wel over je ontfermt, dan denk ik dat dat voor de rest van je carrière een invloed heeft. Het is zo bijna een ouderrol dat je opneemt."*

4.2.2. Praktijkvorm

Als laatste werd ook gevraagd naar een ideale praktijkvorm voor later: solo-arts, groepspraktijk, forfaitair systeem… Ook werd er gepeild naar motivatie om voltijds of deeltijds te werken.

4.2.2.1. Voltijds/deeltijds werken

De meeste deelnemers gaven aan deeltijds te willen werken. Dit was het geval bij de deelnemers met zowel een hoge als lage ABC-totaalscore. De redenen om niet voltijds te willen werken waren divers. Enkelen gaven aan naast het werk als arts ook nog iets anders te willen doen zowel binnen als buiten de gezondheidszorg. Angst voor teveel werkbelasting werd ook aangegeven als reden om niet voltijds te werken. Enkele deelnemers waren wel bereid om voltijds te werken. Hierbij werd wel de bedenking gemaakt dat een voltijds werkrooster als arts niet nader omschreven is. Wat bij de meeste beroepen als een voltijdse werkweek wordt gezien (bv. 38-uren week), wordt in het huisartsenberoep anders ervaren aangezien er vaak lange werkdagen worden gepresteerd.

- *Deelnemer 5 (V, HA 2, ABC H): "Het is een super belastende job om fulltime te doen. Ik vind vier vijfde nu eigenlijk al echt op het randje. Dat is echt het maximum voor mij. En dan gaat drie vijfde perfect zijn. Dat lijkt me goed. En dan nog twee vijfde iets anders doen dat ik interessant en leuk vind. Dat lijkt me top. Ik weet niet of dit een haalbare*

Legende bij interview citaten: *M* man, *V* vrouw, *HA 1* huisartsenstage 1, *HA 2* huisartsenstage 2, *ABC H* hoog (> mediaan ABC-totaalscore), *ABC L* laag (< mediaan ABC-totaalscore).

job is om fulltime te doen. Zeker in het veranderend zorgsysteem waar we inzitten, lijkt me dit niet houdbaar om vijf vijfden te doen. Ik vind dat echt zot."

- *Deelnemer 8 (V, HA 1, ABC H): "Fulltime, maar ja, wat is dat? Vijf dagen? Ik denk sowieso van niet, vroeger was het tot zaterdag, maar ik denk dat geen enkele huisarts dat nog doet. Ik vind eigenlijk al dat als je vier van de vijf dagen er bent, dat je al voltijds werkt, door de langere dagen. Ik zou graag twee dagen in de week een halve dag vrij hebben, en dat je dan ook echt vrij bent."*
- *Deelnemer 3 (V, HA 1, ABC H): "Ik zou graag een voor- of een namiddag niet op het werk zijn. Waardoor je dan wat ruimte inbouwt om zowel iets voor jezelf te doen als zaken die moeten gebeuren van huishouden. Dan zou ik bijvoorbeeld wat meer een leerkracht functie willen opnemen. Maar dan uiteraard wel in de gezondheidszorg, want daar zit mijn grootste kennis. Maar eigenlijk ben ik ook wel creatief, dus kan ik niet uitsluiten dat ik hier nooit iets mee zou doen."*

4.2.2.2. Solo-/groepspraktijk

Alle deelnemers gaven aan te willen werken in een groepspraktijk. Als reden voor deze keuze werd aangehaald dat dit beter is voor de continuïteit van de zorg, de mogelijkheid om laagdrempelig te kunnen overleggen en de groepssfeer die gecreëerd wordt met de collega's. Echter waren er wel uiteenlopende meningen over de verschillende soorten groepspraktijken. Zowel de grote multidisciplinaire praktijken als de kleinere groepspraktijken werden genoemd. Ook forfaitaire praktijken kwamen enkele keren aan bod.

- *Deelnemer 4 (V, HA 2, ABC H): "Ook gewoon om eens met elkaar te overleggen, tussenin de consultaties even binnenstappen. Bijvoorbeeld ik zit een beetje vast met die patiënt, ben ik iets aan het missen of vergeten? Zo kan je elkaar helpen en het is ook goed voor de groepssfeer."*
- *Deelnemer 10 (V, HA 2, ABC L): "Ik heb gekozen voor een groepspraktijk; voor de work-life balance voor thuis, voor mijn kinderen. Er is ook altijd permanentie voor de patiënten."*
- *Deelnemer 13 (V, HA 1, ABC L): "Ik geloof sterk in evidence-based en multidisciplinair werken, dat is ook de visie die we van de universiteit hebben meegekregen. Maar ik merk dat het veel van mij vraagt om heel veel collega's te hebben zoals in een wijkgezondheidscentrum, dus dat ik toch liever een praktijk zoek met een gezellige sfeer en wat minder collega's. Maar sowieso geen solopraktijk, alles logistiek alleen doen lijkt mij lastig."*

Legende bij interview citaten: *M* man, *V* vrouw, *HA 1* huisartsenstage 1, *HA 2* huisartsenstage 2, *ABC H* hoog (> mediaan ABC-totaalscore), *ABC L* laag (< mediaan ABC-totaalscore).

Discussie

1. Terugkoppeling naar onderzoeksvragen en literatuur

In deze masterproef werd getracht een antwoord te verkrijgen op de volgende onderzoeksvraag: "Hoe is het gesteld met het mentaal welzijn en het toekomstperspectief bij huisartsen in opleiding en welke invloed heeft de huisartsenopleiding hierop, benaderd volgens de drie basisbehoeften van het zelf-determinatiemodel?"

1.1. Zelf-determinatiemodel en sociodemografie

Eerst werd een mogelijk verband onderzocht tussen het zelf-determinatiemodel en sociodemografische kenmerken van de deelnemers. Hoewel dit niet de hoofdvraag van deze masterproef was, kwamen hier enkele relevante bevindingen naar voren. Zo werd een hogere score op het onderdeel competentie gevonden bij HAIO's van huisartsenstage 2 in vergelijking met HAIO's van huisartsenstage 1. Het kan bijgevolg belangrijk zijn om meer aandacht te besteden aan het gevoel van competentie bij HAIO's tijdens de eerste huisartsenstage via interventies vanuit de opleiding en de praktijkopleider. Ondanks dat eerdere literatuur stelt dat intrinsieke motivatie verbetert over de jaren, toonden de resultaten van deze masterproef geen verschil in ABC-totaalscore tussen huisartsenstage 1 en 2. (26) Volgens een andere studie scoorden vrouwen beter op het onderdeel betrokkenheid, dit werd echter niet teruggevonden in onze resultaten. (16) Er werd eveneens gekeken naar een verschil in ABC-score bij de verschillende praktijkvormen. Hoewel een Vlaams rapport over toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde rapporteerde dat er in groepspraktijken een beter opleidingskader voor de HAIO gegarandeerd werd, kon in deze studie geen verschil worden aangetoond in de ABC-totaalscore tussen HAIO's werkzaam in een solo- of groepspraktijk. (17)

Wat betreft het zelf-determinatiemodel werd, vooral tijdens de interviews, het belang van het vervullen van de basisbehoeften duidelijk. Op vlak van autonomie waren agendamanagement, flexibiliteit en handelingsvrijheid belangrijke aspecten. Ook in de literatuur werd het belang hiervan reeds benadrukt. Wanneer de HAIO niet vrij genoeg is om zelf medische beslissingen te nemen, kan dit leiden tot een verminderd verantwoordelijkheidsgevoel en een vertraagde professionele ontwikkeling. (15) Op vlak van betrokkenheid speelden gelijkwaardigheid, inspraak binnen praktijkmanagement en positieve intercollegiale relaties een belangrijke rol. Voldoende zelfeffectiviteit en een evenwichtige supervisie vormden dan weer de basis voor het invullen van de behoefte van competentie. Een andere studie toonde aan dat er een sterke correlatie was tussen de opleidingsplaats en de mate van intrinsieke motivatie. Hierin bleken goede intercollegiale relaties, voldoende supervisie en het belang van gelijkwaardigheid/inspraak binnen de opleidingsplaats het belangrijkste, zoals ook tijdens de interviews werd aangehaald door onze deelnemers. (16)

1.2. Zelf-determinatiemodel en mentaal welzijn

Om werkgerelateerd mentaal welzijn te beoordelen werd gebruikgemaakt van de BAT-score. De meerderheid van de deelnemers had een laag risico op burn-out. Mentale distantie en uitputting waren onderdelen van de BAT-score waarop slechter gescoord werd. In de literatuur werd beschreven dat burn-out symptomen sterker aanwezig zijn bij huisartsen die werkten in een solopraktijk ten opzichte van huisartsen die werkten in een groepspraktijk. (3) In deze masterproef bij huisartsen in opleiding werd echter geen significant verschil gezien tussen de verschillende praktijkvormen.

Er werd in onze studie een duidelijk lineair verband gezien tussen de ABC-totaalscore/subscores en de BAT-score. Deze resultaten suggereren dat inzetten op de basisbehoeften (autonomie, betrokkenheid en competentie) tijdens de huisartsenopleiding mogelijks het werkgerelateerd mentaal welzijn kan verhogen. Dit is in overeenstemming met de bestaande literatuur hieromtrent. Meerdere studies tonen aan dat een medische opleiding die vertrekt vanuit het zelf-determinatiemodel betere resultaten geeft op vlak van mentaal welzijn bij (geneeskunde)studenten. (2, 13, 27, 28) Om confounding bias door socio-demografische kenmerken te beperken, werd eveneens een meervoudige lineaire regressie uitgevoerd. Hierbij bleef de ABC-totaalscore een sterke negatieve voorspeller van de BAT-score, terwijl de sociodemografische kenmerken niet als significante voorspellers werden gezien.

Tijdens de interviews werd gepeild naar factoren die een positieve of negatieve rol speelden in het risico op burn-out. Hier kwamen eigen karakter, gezinssituatie, verantwoordelijkheid als arts, stageplaats, lessen, masterproef en seminarie naar boven. Enkele van deze factoren kwamen ook terug in de reeds bestaande literatuur. Een onderzoek stelde vast dat burn-out vaker voorkomt bij HAIO's in vergelijking met de bevolking van dezelfde leeftijd; als mogelijk verklarende factoren hiervoor werden het plots moeten opnemen van verantwoordelijkheid en het gebrek aan erkenning door artsen en patiënten aangehaald. (5, 10) Vooral binnen de opleidingsgerelateerde factoren die de deelnemers aanhaalden, kunnen nog toekomstige interventies opgezet worden om het burn-outrisico te verlagen. De studie van Neufeld *et al.* stelt ook dat het belangrijk is om interventies op te zetten die gericht zijn op het verbeteren van de basisbehoeften (meer bepaald autonomie) tijdens de opleiding, om op die manier de stress van studenten te verlagen. (29) De deelnemers zelf haalden tijdens het interview enkele copingstrategieën aan die ze reeds toepasten; gedragsmatige strategieën waaronder ventileren, verlof nemen en hun sociaal leven onderhouden, en opleidingsgerelateerde strategieën waaronder ventileren bij collega's op de stageplaats, hulp vanuit het ICHO en via het seminarie of de STACO. In de interviews werden evenwel enkele potentiële verbeteringen voor de toekomst aangehaald: meer focussen op kritische evaluatie en opleiding van de praktijkopleiders, meer praktische inrichting van de lessen met nadruk op persoonlijke ontwikkeling en burn-out preventie, minder taken (reflectieverslagen en masterproef), nadruk op het creëren van een vertrouwensband tijdens de seminaries en meer toezicht op het naleven van het werkschema. De studie van Bugaj *et al.* bij huisartsen in opleiding benadrukte ook het belang van ondersteuning door vroegtijdige preventieve maatregelen zoals anti-stress en veerkracht trainingen, alsook professionele ondersteuning door mentoren tijdens hun opleiding. (10)

1.3. Zelfdeterminatie model en toekomstperspectief

Uit de resultaten van deze masterproef blijkt dat een hogere ABC-totaalscore gelinkt is aan een positieve kijk op het toekomstperspectief als huisarts. Zo toonde een hogere ABC-totaalscore een verband met een hogere tevredenheid wat betreft de beslissing om de opleiding tot huisarts te volgen. Ook werd er bij een hogere score minder overwogen om de opleiding stop te zetten. Slechts een klein percentage (6,3 %) van de deelnemers van deze masterproef heeft vaak of heel vaak overwogen om de opleiding huisartsgeneeskunde stop te zetten. Daarnaast kon een duidelijk verband gevonden worden tussen een hogere ABC-totaalscore en een positieve score op de vragen met betrekking tot starten als huisarts, werken tot aan de pensioenleeftijd in de huisartsenpraktijk en positieve vooruitzichten wat betreft de verdere loopbaan als huisarts. In onze studie gaf slechts 6,1 % aan niet te willen starten als huisarts in een huisartsenpraktijk. Uit de interviews bleek dat sommige deelnemers eerst even iets anders wilden doen vooraleer te starten als huisarts, zoals een langere

verlofperiode, meer focus op het gezin of naar het buitenland gaan om daar het beroep uit te oefenen. Ook werd verder gepeild naar de positieve en negatieve vooruitzichten tegenover het beroep als huisarts. Verloning per prestatie, autonomie en opbouw van een relatie met eigen patiënten werden als positief beschouwd, terwijl administratie en het ontbreken van een vangnet als negatief werden beschouwd. Deze aspecten worden ook gevonden binnen de reeds bestaande literatuur waar continuïteit van zorg, sociale aspecten, persoonlijke en holistische aanpak, professionele autonomie en onafhankelijkheid als positieve toekomstperspectieven beschouwd werden. Overuren, steeds oproepbaar zijn, toename van administratie en hoge werkdruk waren eerder negatief. (30, 31) Bij beginnende huisartsen toont een Vlaams rapport over de toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde aan dat 4,6 % van de artsen het beroep binnen het jaar en 9,9 % binnen de 5 jaar wilt stopzetten. (17) In een studie bij Engelse huisartsen plant zelfs één derde van de huisartsen om binnen de 5 jaar hun beroep stop te zetten. (32) Uit de resultaten van deze masterproef bleek dat 22,9 % van de deelnemers niet akkoord ging met de stelling dat ze zichzelf tot aan de pensioenleeftijd als huisarts in een huisartsenpraktijk zien werken. Dit percentage is belangrijk om mee te nemen naar de toekomst omdat vroegtijdige stopzetting van het beroep als huisarts kan bijdragen aan een verdere instandhouding en mogelijk zelfs toename van het huisartsentekort op lange termijn. Deze data kunnen een rol spelen bij het bepalen van de quota voor het aantal studenten dat wordt toegelaten tot de opleiding geneeskunde. Het belang van een goede invulling van de basisbehoeften voor het toekomstperspectief werd ook duidelijk in andere studies, die stellen dat onvoldoende invulling kan leiden tot demotivatie en zelfs uitval. (9, 16) Het is dus van groot belang om te focussen op het vervullen van de basisbehoeften van het zelfdeterminatie model tijdens de huisartsenopleiding. Op die manier kan uitval tijdens en na de huisartsopleiding beperkt worden, zeker nu vele regio's in Vlaanderen kampen met een huisartsentekort.

Wat betreft praktijkvorm is het opmerkelijk dat geen enkele deelnemer een solopraktijk wil starten. Slechts 12,6 % van de deelnemers wil voltijds werken, de meerderheid zou graag 4 tot 4,5 op 5 dagen werken. Een van de deelnemers stelde hier tijdens het interview echter wel de relevante vraag wat een voltijdse job als huisarts juist wil zeggen, aangezien een voltijdse invulling in een andere job soms minder uren inhoudt dan een 4/5de job als huisarts. Uit de literatuur blijkt dat een goede work-life balance steeds belangrijker wordt, waarbij ook deeltijds werken de voorkeur krijgt. (20, 33) Een studie bij Nederlandse huisartsen toonde aan dat vrouwelijke huisartsen significant minder uren werkten in vergelijking met mannelijke huisartsen. Er werd echter ook gesproken over een nieuwe generatie van zowel vrouwelijke als mannelijke huisartsen die ervoor kiezen om meer tijd te spenderen aan vrijetijdsactiviteiten en hun gezin, soms ten koste van het aantal werkuren. (34) Onze studieresultaten waren in overeenstemming met de literatuur, er werd namelijk een sterk significant verband gevonden tussen geslacht en werkvorm waarbij mannen meer voltijds wouden werken in vergelijking met vrouwen (31,3 % van de mannen wil voltijds werken ten opzichte van 6,3 % van de vrouwen). We zagen echter dat het grootste deel van de mannelijke deelnemers toch ook deeltijds wil werken.

Slechts de helft (47,2 %) van de HAIO's was tevreden over hun work-life balance op het moment van deelname aan de vragenlijst. Vooral de lange dagen met zware werkuren, extra taken zoals de masterproef en de moeilijke combinatie met het gezinsleven speelden een rol bij het verstoren van dit evenwicht. Om de balans in de toekomst beter in evenwicht te houden, werden voldoende flexibiliteit, actief inplannen van ontspanning en het bewaken van een duidelijke grens tussen werk en privéleven als belangrijke aspecten aangehaald. Echter blijkt uit onze bevraging dat 52 % van de participanten zich alsnog zorgen maakt over hun toekomstige work-life balance als huisarts. Uit

verschillende studies is gebleken dat een evenwichtige integratie van beroeps- en privéleven steeds belangrijker wordt voor de nieuwe generatie artsen, dit zowel bij vrouwelijke als mannelijke artsen. Het belang van zelfzorg en een goede work-life balance wordt benadrukt om te kunnen blijven levenslang leren en om goede zorg te leveren. (18, 20, 35) Een studie bij Duitse artsen toont zelfs aan dat het verbeteren van de work-life balance kan resulteren in een reductie van burn-out bij artsen en het gezondheidszorgsysteem kan versterken. Ook werd een link gevonden tussen een goede work-life balance en de motivatie om arts te blijven. Het blijft dus essentieel om in te zetten op een goed evenwicht tussen werk- en privéleven. (12)

2. Kritische interpretatie eigen resultaten

De studie hanteerde een mixed-methods model, waarbij elementen van kwantitatief en kwalitatief onderzoek gecombineerd werden tot één conclusie. Bij het kwantitatieve luik werd aan de hand van een online vragenlijst de mate van bevrediging van de basisbehoeften, het mentaal welzijn inclusief het risico op burn-out en de work-life balance, evenals het toekomstperspectief van een ruime steekproef van HAIO's in Vlaanderen in kaart gebracht. Het kwalitatieve luik bestond uit diepte-interviews, die toelieten een meer genuanceerd beeld te verwerven en aanvullende verklaringen te formuleren voor de eerder gevonden correlaties. (36) Daarnaast werd gebruik gemaakt van gevalideerde meetinstrumenten; de drie basisbehoeften van het zelf-determinatiemodel werden bevraagd aan de hand van de Work-Related Basic Need Satisfaction Scale (W-BNS) (22), terwijl het burn-out risico geëvalueerd werd aan de hand van de verkorte versie van de Burnout Assessment Tool (BAT) (23). Het gebruik van deze instrumenten verhoogt de betrouwbaarheid en maakt het mogelijk de resultaten te kaderen binnen de bestaande wetenschappelijke literatuur. Om de kwaliteit en transparantie van de kwalitatieve dataverzameling en rapportering bij de diepte-interviews te waarborgen, werd de gevalideerde Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) checklist gehanteerd. (24) Ten slotte bedroeg de steekproefgrootte 127 deelnemers, wat een bijkomende sterkte van deze studie is. De rekrutering verliep via meerdere kanalen, met als doel een heterogene en representatieve steekproef te bekomen bestaande uit HAIO's uit alle drie de opleidingsjaren en afkomstig van de vier Vlaamse universiteiten.

Ondanks de eerder beschreven sterktes dient ook rekening gehouden te worden met een aantal beperkingen binnen deze studie. Ten eerste impliceert het cross-sectionele design van de studie, waarbij alle gegevens op één meetmoment werden verzameld, dat enkel correlaties kunnen worden vastgesteld en dat geen uitspraken kunnen worden gedaan over causaliteit. (37) Bovendien is het kwalitatief luik retrospectief, hetgeen de kans op verschillende vormen van bias verhoogt, waaronder herinneringsbias. (38) In het verlengde hiervan vormt ook de zelfrapportering een beperking. Zowel de vragenlijsten als de interviews zijn volledig gebaseerd op subjectieve belevingen van de deelnemers zonder objectieve validatie. Sociale wenselijkheid en mogelijke misinterpretatie van de vragen kunnen aldus het beeld van de resultaten vertekenen. (39, 40) Verder dient rekening gehouden te worden met een potentiële confounding bias, aangezien andere factoren die niet in deze studie onderzocht werden eveneens invloed kunnen uitoefenen op de intrinsieke motivatie, het mentaal welzijn en de toekomstvisie van de deelnemers. Wel werden enkele sociodemografische kenmerken bevraagd om dit risico te verminderen. (41) Een bijkomende beperking betreft de afbakening van de studiepopulatie. Aangezien de focus lag op HAIO's actief binnen de huisartsenpraktijk, werden de HAIO's tijdens de ziekenhuisstage geëxcludeerd. Hoewel verondersteld kan worden dat de ziekenhuisstage minder impact heeft op de toekomstvisie van HAIO's, vormt deze stage een

substantieel en verplicht onderdeel van de opleiding. Het excluderen van de HAIO's in hun tweede opleidingsjaar kan bijgevolg leiden tot een onvolledig beeld van de ervaren werkdruk gedurende het volledige opleidingstraject. Tot slot werden 41 drop-outs geregistreerd. Hoewel gestreefd werd naar een laagdrempelige en brede rekrutering, kan niet uitgesloten worden dat HAIO's met een zeer hoge werklast onder- dan wel oververtegenwoordigd zijn in de uiteindelijke steekproef.

3. Implicaties voor de klinische praktijk en verder onderzoek

De resultaten van deze studie kunnen verder gebruikt worden om de organisatie en inhoud van de opleiding tot huisarts in Vlaanderen te optimaliseren. De geobserveerde correlatie tussen de ABC-score en het werkgerelateerde mentaal welzijn, alsook het verband tussen de ABC-score en het toekomstperspectief, suggereren dat gerichte aandacht voor autonomie, betrokkenheid en competentie tijdens de opleiding een gunstig effect kan hebben op beide uitkomstvariabelen. Het is daarbij van belang dat het ICHO en vooral de praktijkopleiders, die het dichtst bij de HAIO's staan, zich hiervan bewust worden en handvaten krijgen om te leren hoe hier best mee om te gaan, bijvoorbeeld door het zelf-determinatiemodel op te nemen in de opleiding tot praktijkopleider. Voorts bieden de aandachtspunten die tijdens de diepte-interviews aan bod kwamen concrete handvaten voor curriculaire veranderingen. De bijkomende hoge werkdruk van de opleiding door deadlines, examens en de masterproef, alsook de drempels in de toegang tot burn-out preventiemaatregelen wijzen op de nood aan vroege aandacht voor zelfzorg en veerkracht in de opleiding, met een duidelijk overzicht van de bestaande instanties waar HAIO's terechtkunnen. Tijdens de interviews werd ook de sterke vertrouwensband binnen het seminarie als zeer waardevol ervaren. Verder hierop inzetten laat toe het burn-out risico te monitoren en vroegtijdig te handelen waar nodig. Hierbij is het noodzakelijk dat de bespreekbaarheid van mentaal welzijn binnen de opleiding structuur wordt versterkt en dat een omgeving wordt gecreëerd waarin HAIO's psychologische klachten kunnen melden zonder risico op stigmatisering of professionele consequenties. Daarnaast gaf een significant deel van de deelnemers aan ontevreden te zijn met de huidige work-life balance en maakte meer dan de helft van de deelnemers zich zorgen over hun toekomstige work-life balance. Dit toont het belang aan van het bewaken en respecteren van de afgesproken werkschema's. Ten slotte kan deze masterproef een aanzet zijn voor verder onderzoek. Met een interventionele studie zou nagegaan kunnen worden of er ook causale verbanden bestaan (42), waarbij met specifieke interventies, gericht op het verbeteren van de ABC-score, kan onderzocht worden welke impact dit heeft op het werkgerelateerd mentaal welzijn en het toekomstperspectief van HAIO's. Ook zou een longitudinale studie met follow-up tot jaren na de opleiding meer inzicht kunnen geven in het verband tussen de gemeten ABC-score tijdens de opleiding en de intentie om het beroep als huisarts voort te zetten.

Conclusie

Deze masterproef had als doel een antwoord te formuleren op volgende onderzoeksvraag: "Hoe is het gesteld met het mentaal welzijn en het toekomstperspectief bij huisartsen in opleiding en welke invloed heeft de huisartsenopleiding hierop, benaderd volgens de drie basisbehoeften van het zelf-determinatiemodel?"

De resultaten tonen een duidelijk verband tussen de ABC-score en de BAT-score, wat suggereert dat een betere vervulling van deze basisbehoeften mogelijks samenhangt met een gunstiger werkgerelateerd mentaal welzijn bij huisartsen in opleiding. Daarnaast werd vastgesteld dat een hogere ABC-score een verband toont met een positiever toekomstperspectief. Dit uit zich onder meer

in een lagere intentie om de opleiding en het beroep als huisarts vroegtijdig stop te zetten en meer positieve vooruitzichten ten aanzien van een verdere loopbaan als huisarts. Hierbij dient echter rekening gehouden te worden met mogelijke andere variabelen die een rol kunnen spelen bij deze associaties. Deze resultaten benadrukken het belang van het ondersteunen van de basisbehoeften tijdens de opleiding, niet alleen met het oog op een beter werkgerelateerd mentaal welzijn en toekomstperspectief, maar ook in het kader van meer maatschappelijke uitdagingen zoals het huisartsentekort in Vlaanderen.

Verder interventioneel onderzoek is noodzakelijk om na te gaan in welke mate specifieke opleidingsgerelateerde interventies de basisbehoeften beter kunnen vervullen alsook welke van deze interventies effectief kunnen leiden tot verbeteringen op vlak van mentaal welzijn en toekomstperspectief. Dit zou potentieel kunnen bijdragen aan het verminderen van uitval tijdens en na de opleiding huisartsgeneeskunde.

Referentielijst

1. Wise J. Life as a general practitioner. BMJ (Clinical research ed). 2019;366:l4388.
2. Hoff T, Trovato K, Kitsakos A. Burnout Among Family Physicians in the United States: A Review of the Literature. Qual Manag Health Care. 2024;33(1):1–11.
3. Werdecker L, Esch T. Burnout, satisfaction and happiness among German general practitioners (GPs): A cross-sectional survey on health resources and stressors. PLoS One. 2021;16(6):e0253447.
4. Nørøxe KB, Pedersen AF, Bro F, Vedsted P. Mental well-being and job satisfaction among general practitioners: a nationwide cross-sectional survey in Denmark. BMC Fam Pract. 2018;19(1):130.
5. Bugaj TJ, Valentini J, Miksch A, Schwill S. Work strain and burnout risk in postgraduate trainees in general practice: an overview. Postgrad Med. 2020;132(1):7–16.
6. Verrijken G. Aandacht nodig voor zelfzorg - artsenkrant. 2021.
7. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. Lancet. 2009;374(9702):1714–21.
8. Mousa OY, Dhamoon MS, Lander S, Dhamoon AS. The MD Blues: Under-Recognized Depression and Anxiety in Medical Trainees. PLoS One. 2016;11(6):e0156554.
9. Naji L, Singh B, Shah A, Naji F, Dennis B, Kavanagh O, et al. Global prevalence of burnout among postgraduate medical trainees: a systematic review and meta-regression. CMAJ Open. 2021;9(1):E189–e200.
10. Bugaj TJ, Krug K, Rentschler A, Nikendei C, Szecsenyi J, Schwill S. Mental health of postgraduate trainees in primary care: a cross-sectional study. BMC Fam Pract. 2020;21(1):123.
11. Hirsch O, Adarkwah CC. The Issue of Burnout and Work Satisfaction in Younger GPs-A Cluster Analysis Utilizing the HaMEdSi Study. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(10).
12. Bodendieck E, Jung FU, Conrad I, Riedel-Heller SG, Hussenoeder FS. The work-life balance of general practitioners as a predictor of burnout and motivation to stay in the profession. BMC Prim Care. 2022;23(1):218.
13. Ten Cate TJ, Kusurkar RA, Williams GC. How self-determination theory can assist our understanding of the teaching and learning processes in medical education. AMEE guide No. 59. Med Teach. 2011;33(12):961–73.
14. Van den Broeck A, Ferris, D. L., Chang, C. H., & Rosen, C. C. De basisbehoeften van de Zelf Determinatie Theorie: een samenvatting van de literatuur. 2016.
15. Sawatsky AP, O'Brien BC, Hafferty FW. Autonomy and developing physicians: Reimagining supervision using self-determination theory. Med Educ. 2022;56(1):56–63.
16. Chuented P, Puranitee P, Pakakasama S, Meepanya S. Factors affecting residents' internal motivation, grit, and well-being. BMC Med Educ. 2023;23(1):779.
17. VIVEL DMUVVeeA. Rapport toegankelijkheid huisartsgeneeskunde, 2023/07 - Pilootfase 2: Optimalisatie methodiek en applicatie. 2023.
18. Schmidt-Bäse K, Huber J, Fischer MR, Wijnen-Meijer M. German first-year medical students' expectations of their professional life - concerns and hopes: A project report. GMS J Med Educ. 2023;40(6):Doc72.

19. Fimland SK, Kjenås AS, Rø KI, Schaufel MA. Medical students' attitudes and expectations for future working conditions. Tidsskr Nor Laegeforen. 2019;139(17).
20. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Klaghofer R. The new generation of family physicians--career motivation, life goals and work-life balance. Swiss medical weekly. 2008;138(21-22):305–12.
21. Schrimpf A, Scheiwe E, Bleckwenn M. Insights from end-of-career general practitioners on changing working conditions and generational differences: considerations for future strategies. BMC Prim Care. 2024;25(1):171.
22. Van den Broeck A VM, De Witte H, Soenens B, Lens W. Capturing autonomy, competence, and relatedness at work: Construction and initial validation of the Work-Related Basic Need Satisfaction Scale. 2010.
23. Schaufeli WB, De Witte, H. & Desart, S. Gebruikshandleiding Burnout Assessment Tool (BAT) – Versie 2.0. KU Leuven, België: Intern rapport. 2020.
24. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007;19(6):349–57.
25. Braun VCaV. Thematic analysis. The Journal of positive psychology. 2017.
26. Hansen SE, Defenbaugh N, Mathieu SS, Garufi LC, Dostal JA. A Mixed-Methods Exploration of the Developmental Trajectory of Autonomous Motivation in Graduate Medical Learners. Med Sci Educ. 2021;31(6):2017–31.
27. Neufeld A, Malin G. How medical students' perceptions of instructor autonomy-support mediate their motivation and psychological well-being. Med Teach. 2020;42(6):650–6.
28. Neufeld A, Mossière A, Malin G. Basic psychological needs, more than mindfulness and resilience, relate to medical student stress: A case for shifting the focus of wellness curricula. Med Teach. 2020;42(12):1401–12.
29. Neufeld A. Towards an autonomy-supportive model of wellness in Canadian medical education. Can Med Educ J. 2023;14(3):143–51.
30. Rowsell R, Morgan M, Sarangi J. General practitioner registrars' views about a career in general practice. Br J Gen Pract. 1995;45(400):601–4.
31. Roos M, Watson J, Wensing M, Peters-Klimm F. Motivation for career choice and job satisfaction of GP trainees and newly qualified GPs across Europe: a seven countries cross-sectional survey. Educ Prim Care. 2014;25(4):202–10.
32. Torjesen I. One in three GPs intends to quit within five years, survey finds. Bmj. 2022;377:o983.
33. Gerber T, Giezendanner S, Zeller A. Measuring workload of Swiss general practice: a five-yearly questionnaire-based survey on general practitioners' self-reported working activities (2005-2020). Swiss Med Wkly. 2022;152:w30196.
34. van Hassel D, van der Velden L, de Bakker D, Batenburg R. Age-related differences in working hours among male and female GPs: an SMS-based time use study. Hum Resour Health. 2017;15(1):84.
35. Picton A. Work-life balance in medical students: self-care in a culture of self-sacrifice. BMC Med Educ. 2021;21(1):8.
36. Louise Doyle A-MB, Gobnait Byrne. An overview of mixed methods research. 2009.
37. Wang X, Cheng Z. Cross-Sectional Studies: Strengths, Weaknesses, and Recommendations. Chest. 2020;158(1s):S65–s71.
38. Nagurney JT, Brown DF, Sane S, Weiner JB, Wang AC, Chang Y. The accuracy and completeness of data collected by prospective and retrospective methods. Acad Emerg Med. 2005;12(9):884–95.
39. Choi BC, Pak AW. A catalog of biases in questionnaires. Prev Chronic Dis. 2005;2(1):A13.
40. Mortel TFvd. Faking It: Social Desirability Response Bias in Self-report Research. 2008.
41. Skelly AC, Dettori JR, Brodt ED. Assessing bias: the importance of considering confounding. Evid Based Spine Care J. 2012;3(1):9–12.
42. Yang CQaK. Interventional Causal Structure Discovery over Graphical Models with Convergence and Optimality Guarantees. 2024.

Bijlagen

Bijlage 1: COREQ checklist.

Nr.	Item	Beschrijving/ Toelichting	Locatie in de tekst
I. Onderzoeksteam en reflectiviteit			
1	Interviewer	Elk van de vier onderzoekers (Eva Kerckhove, Febe Magherman, Louise Magherman, Judith Malego) nam individueel interviews af.	Methodologie (p. 12)
2	Credentials	De vier onderzoekers zijn studenten in de Master na Master Huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Gent.	Voorblad (p. 1)
3	Bezetting	De onderzoekers zijn zelf HAIO's aan de Universiteit Gent ten tijde van het onderzoek (academiejaar 2023–2026).	Voorblad (p. 1)
4	Gender	Vier vrouwelijke onderzoekers.	Voorblad (p. 1)
5	Training/ ervaring	Deze masterproef gebeurt onder leiding van Prof. dr. Els Clays en co-promotor dr. Janique Lobbestael.	Voorblad (p. 1)
6	Relatie	Onderzoekers zijn peers (mede-HAIO's) van de doelgroep.	Methodologie (p. 12)
7	Kennis deelnemers	Deelnemers ontvingen mondeling en schriftelijk uitleg over het doel van de studie, de onderzoekers en de opzet. Geïnformeerde toestemming werd verkregen vóór deelname.	Bijlage 4
8	Karakteristieken	De onderzoekers zijn zelf HAIO's, wat een insider-perspectief meebrengt.	Voorwoord (p. 2)
II. Studieopzet			
9	Methodologisch kader	Mixed-methods design: kwantitatief luik (vragenlijsten: W-BNS en BAT) gecombineerd met kwalitatief luik (semigestructureerd interviews, thematische analyse volgens Braun & Clarke).	Methodologie (p. 12-14)
10	Selectie deelnemers	Deelnemers voor het interview konden zich aanmelden via de vragenlijsten. Verdere selectie op basis van ABC-score (hoog vs. laag) en spreiding over huisartsenstage 1 en 2.	Methodologie (p. 12-13)
11	Benadering	Vragenlijst: mondeling tijdens lesdagen, via e-mail (ICHO-Actua nieuwsbrief), sociale media en e-mailadressen via wacht- en seminariegroepen. Interviews: via opgegeven e-mailadres en/of gsm-nummer.	Methodologie (p. 12-13)
12	Steekproefomvang	Vragenlijst: 127 HAIO's (volledig ingevuld). Interviews: 16 deelnemers (9 uit huisartsenstage 1, 7 uit huisartsenstage 2; 9 hoge ABC-score, 7 lage ABC-score). Saturatie bereikt na 16 interviews.	Methodologie (p. 12) Resultaten (p. 15)
13	Non-participatie	41 drop-outs geregistreerd bij de vragenlijst; voor de interviews werd dit niet gerapporteerd.	Discussie (p. 48)
14	Setting	Interviews vonden plaats zowel fysiek als online via Microsoft Teams, tussen 12 juli en 30 september 2025.	Methodologie (p. 12)
15	Aanwezigheid	Interviews werden individueel afgenomen door één onderzoeker; geen andere personen aanwezig.	Methodologie (p. 12)
16	Deelnemerskenmerken	Zie Tabel 2 (ID, geslacht, stage, ABC-score).	Resultaten (p. 16)
17	Interviewgids	Een interviewgids met open vragen werd vooraf opgesteld in overleg met promotor en co-promotor, gebaseerd op bestaande literatuur.	Methodologie (p. 13)
18	Herhaalde interviews	Geen herhaalde interviews. Elke deelnemer werd éénmalig geïnterviewd.	N.v.t.
19	Registratie (audio/visueel)	Interviews werden opgenomen (audio) en nadien schriftelijk verwerkt (getranscribeerd via Whisper). Visuele opname wordt niet vermeld.	Methodologie (p. 12 en 14)
20	Veldnotities	Het gebruik van veldnotities tijdens of na de interviews wordt niet beschreven.	N.v.t.
21	Duur	In het informatie- en toestemmingsformulier wordt een maximale duur van 45 minuten vermeld. Exacte gemiddelde duur per interview is niet gerapporteerd.	Bijlage 4
22	Dataverzadiging	Het aantal interviews werd mede bepaald op basis van saturatie: 'het aantal interviews dat nodig is om een	Methodologie (p. 12) Resultaten (p. 15)

		verzadiging te bekomen in het verkrijgen van nieuwe informatie'. Na 16 interviews werd saturatie bereikt.	
23	Transcriptiecontrole	Terugkoppeling van transcripten naar deelnemers is niet gebeurd.	N.v.t.
III. Analyse en rapportering			
24	Aantal codeurs	Vier onderzoekers stelden de codeboom initieel onafhankelijk op. Daarna werd de codeboom geconsolideerd in groep en besproken met de promotoren voor betrouwbaarheid en objectiviteit.	Methodologie (p. 14)
25	Codeboom	De volledige codeboom is opgenomen in bijlage 2 met thema's, subthema's en codes.	Bijlage 2
26	Thema's	Thema's werden afgeleid uit de data via thematische analyse.	Methodologie (p. 14)
27	Software	Transcriptie van de interviews gebeurde via Whisper	Methodologie (p. 14)
28	Member checking	Terugkoppeling van bevindingen naar deelnemers wordt niet beschreven.	N.v.t.
29	Citaten	Elk interviewthema en -subthema wordt geïllustreerd met directe citaten, voorzien van een legende: ID-nummer, geslacht (M/V), opleidingsjaar (HA 1/2) en ABC-score (H/L).	Resultaten (p. 15–43)
30	Consistentie	Bevindingen worden systematisch onderbouwd met citaten uit de interviews én gekoppeld aan kwantitatieve resultaten.	Resultaten (p. 15–43)
31	Presentatie thema's	Drie hoofddomeinen (zelf-determinatiemodel, werkgerelateerd mentaal welzijn, toekomstperspectief) worden gepresenteerd met subthema's, codes, citaten en kwantitatieve data.	Resultaten (p. 15–43)
32	Transparantie	Naast dominante thema's worden ook afwijkende perspectieven beschreven.	Resultaten (p. 15–43)

(24)

Bijlage 2: Codeboom van de thematische analyse.

Thema	Subthema	Code	
Zelf-determinatiemodel			
	Autonomie	Agendamanagement Handelingsvrijheid	
	Betrokkenheid	Hiërarchie Intercollegiale relaties	
	Competentie	Zelfeffectiviteit Supervisie	
Werkgerelateerd mentaal welzijn			
	Work-life balance	Huidige balans Toekomstige balans	Gezin
	Bespreekbaarheid mentaal welzijn		
	Determinanten burn-out	Persoonlijke factoren	Karakterieel Gezin
		Opleidingsgerelateerde factoren	Verantwoordelijkheid als arts Stageplaats (flexibiliteit, woon-werkafstand) Lessen Masterproef Seminarie
	Protectieve strategieën	Gedragsmatige strategieën	Ventileren Sociaal leven Verlof
		Opleidingsgerelateerde strategieën	Stageplaats ICHO Seminarie/STACO
	Toekomstige opleidingsinterventies		
Toekomstperspectief			
	Toekomst als arts	Positieve vooruitzichten	Financieel Autonomie Patiëntenpopulatie
		Negatieve vooruitzichten	Ontbreken van vangnet Administratie Wachten
		Invloed stageplaats	
		Overwegen te stoppen als arts	
		Motivatie	Motivatie om huisarts te blijven Motivatie om arts te worden Verschil begin opleiding en nu
	Praktijkvorm	Voltijds/deeltijds Solo/ groepspraktijk	
	Intentie om praktijkopleider te worden		

Bijlage 3: Goedkeuring Commissie voor Medische Ethiek.

Afzender: Commissie voor medische ethiek

Prof. dr. Els Clays
Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
Universiteit Gent

Contact Commissie voor medische ethiek	**Telefoon** +32 (0)9 332 33 36	**E-mail** ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager Louise Magherman	**Datum** 05/11/2024	**Pagina** 1/7
Onze referentie: THE-2024-0257	**Belgisch Uniek Nummer** B6702024000459	

Betreft:

Mentaal welzijn en toekomstperspectief bij huisartsen in opleiding in relatie tot het zelf-determinatie model: een mixed-methods analyse.

Mental health and future perspectives of general practitioner trainees in relation to the self-determination theory: a mixed-methods analysis.

Betrokken student(en):

- **Febe Magherman**
- **Louise Magherman**
- **Judith Malego**
- **Eva Kerckhove**

Positief advies conform de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon

Beste collega,

De Commissie voor medische ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (UGent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht.

Dit project valt onder het toepassingsgebied van de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon.

Na raadpleging van de ingediende informatie en documenten met betrekking tot dit dossier, geeft de Commissie voor medische ethiek volgend advies op (05/11/2024)

Positief advies. De CME is van oordeel dat voorgestelde studie wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is.

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof. dr. R. Peleman

SECRETARIS:
Dr. L. Goossens

INGANG 75
ROUTE 7522

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

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie bijlage 2
Aandachtspunten: zie bijlage 3a



Met vriendelijke groeten,
Prof. dr. Renaat Peleman
Voorzitter
Commissie voor medische ethiek U(Z) Gent

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

Bijlage 4: Informatie- en toestemmingsformulier voor de deelnemers – vragenlijst.

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: Mentaal welzijn en toekomstperspectief bij huisartsen in opleiding in relatie tot het zelf-determinatie model: een mixed-methods analyse

Beste huisarts in opleiding,

U wordt uitgenodigd om vrijwillig deel te nemen aan een studie omtrent mentaal welzijn en toekomstperspectief bij huisartsen in opleiding. 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. 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 experiment genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

U zal een online uitnodiging ontvangen met de vraag om een vragenlijst in te vullen waarin gepeild zal worden naar uw mentaal welzijn en toekomstperspectief als huisarts in opleiding.
De dienst Volksgezondheid en Eerstelijnszorg voert een onderzoek uit naar het mentaal welzijn en toekomstperspectief bij huisartsen in opleiding in relatie tot het zelf-determinatie model. In de vragenlijst zal systematisch gepeild worden naar deze drie deelaspecten en zullen ook enkele socio-demografische kenmerken bevraagd worden. Indien gewenst, kan u zich engageren tot verdere deelname aan een interview door uw e-mailadres en/of gsm-nummer in te vullen op het einde van de vragenlijst.
Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om een vragenlijst voor ons in te vullen (deze kan u na het ondertekenen van het toestemmingsformulier online invullen). De vragenlijst zal ongeveer 20 minuten van uw tijd in beslag nemen.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

De opdrachtgever van deze studie is Universiteit Gent (ICHO vzw). Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Els Clays en Dr. Janique Lobbestael. Studenten van de opleiding Master of Medicine in de huisartsgeneeskunde zullen deel uitmaken van het onderzoeksteam.

2. TOESTEMMING EN WEIGERING

Deelname aan deze studie is volledig vrijwillig, er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. U kan weigeren om de vragenlijsten in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven.

3. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen medisch of ander voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe inzichten en meer efficiënte methodes binnen de opleiding huisartsgeneeskunde.

4. KOSTEN

Deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

5. VERWERKING VAN PERSOONSGEGEVENS

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de over u verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden. Ook over uw andere rechten (o.a. het recht op beperking van de verwerking van uw (persoons)gegevens, het recht om uw (reeds verzamelde) gegevens te laten wissen in bepaalde omstandigheden, en het recht om een klacht in te dienen) wordt gewaakt.
Voor meer informatie over de rechten die u heeft en hoe u die kan uitoefenen, kan u terecht op de website van de UGent
(https://www.ugent.be/nl/univgent/privacy/privacyverklaring.htm).

Uw deelname aan de studie betekent dat uw gegevens verwerkt worden voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is noodzakelijk voor de vervulling van een taak in het algemeen belang volgens artikel 6, paragraaf 1 (e) en is noodzakelijk met het oog op wetenschappelijk onderzoek volgens artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier door middel van een code). De sleutel tot de codes zal enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekers of de door hem/haar aangestelde vervanger. In deze studie kunnen ook gegevens verzameld worden via vragenlijst aan de deelnemer.
De verzamelde gepseudonimiseerde gegevens kunnen gedeeld worden met andere (toekomstige) onderzoekers. Dit kan leiden tot hergebruik van uw gepseudonimiseerde gegevens voor toekomstige academische onderzoeksprojecten en studies, uitsluitend in het kader van dezelfde of vergelijkbare onderwerpen. Dergelijke nieuwe studie en hergebruik van gegevens dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien u wenst dat uw gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, kan u de DPO hiervoor contacteren (zie contactgegevens onder hoofdstuk 5).
Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd.

Zowel persoonsgegevens als gegevens aangaande uw gezondheid zullen verwerkt en bewaard worden tot minstens 10 jaar na het einde van de studie en uit veiligheidsoverwegingen ten aanzien van de uitgevoerde studie en de (eventuele) opvolging daarvan.

De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Prof. Dr Els Clays (UGent). Zijn/haar onderzoeksteam zal toegang krijgen tot

uw persoonsgegevens. In het kader van de gegevensbescherming zullen de gegevens verwerkt worden door personen behorend tot het onderzoeksteam en aangeduid door en onder de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw gegevens 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.

Om meer inhoudelijke informatie te verkrijgen over de studie en om uw rechten uit te kunnen oefenen, kan u contact opnemen met het studieteam.
De Data Protection Officer kan u desgewenst ook meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

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

6. 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 klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004, de Belgische wet van 7 mei 2017 betreffende klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik en de Belgische Wet van 22 december 2020 betreffende medische hulpmiddelen (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer voor UZ Gent BEL001889 – polisnummer voor UGent BEL000862).

7. CONTACT

Als er een letsel optreedt ten gevolge van de studie, of als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kan u contact opnemen met de onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team:

Verantwoordelijke hoofdonderzoeker:
- Prof. Dr. Els Clays
- Universiteit Gent - Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen: Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
- Adres: Campus UZ-Gent, Ingang 42, 6de verdieping,Corneel Heymanslaan 10 9000 Gent (Belgium)
- Telefoon: 0032 9 332 36 28

Studenten huisartsgeneeskunde die zullen meewerken aan deze studie:
- Febe Magherman (Febe.Magherman@UGent.be)
- Louise Magherman (Louise.Magherman@UGent.be)

- Eva Kerckhove (Eva.Kerckhove@UGent.be)
- Judith Malego (Judith.Malego@UGent.be)

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS (VRAGENLIJST)

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" pagina 1 tot en met 4 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.
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 en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.
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 en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.
Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 10 jaar na het einde van de studie. 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.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt worden voor **huidig** wetenschappelijk onderzoek.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt kunnen worden voor **toekomstig** academisch wetenschappelijk onderzoek in het kader van hetzelfde/een vergelijkbaar onderzoeksdomein. Dergelijke nieuwe studie dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien ik wens dat mijn gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, zal ik de DPO contacteren (zie contactgegevens onder sectie 5).

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik stem in om deel te nemen aan deze studie bestaande uit volgende **verplichte aspecten** zoals toegelicht onder hoofdstuk 1 van de informatiebrief:

1) Ik stem ermee in om de vragenlijst in te vullen	
2) Ik stem ermee in dat mijn e-mailadres en gsm-nummer (indien opgegeven) gebruikt wordt om mij te contacteren in het kader van een interview	

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 in het ziekenhuis gedurende minstens 10 jaar, 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: Informatie- en toestemmingsformulier voor de deelnemers – interview.

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: Mentaal welzijn en toekomstperspectief bij huisartsen in opleiding in relatie tot het zelf-determinatie model: een mixed-methods analyse

Beste huisarts in opleiding,

U wordt uitgenodigd om vrijwillig deel te nemen aan een studie omtrent mentaal welzijn en toekomstperspectief bij huisartsen in opleiding. 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. 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 experiment genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

U zal via uw doorgegeven e-mailadres en/of gsm-nummer een uitnodiging ontvangen met de vraag om deel te nemen aan een interview.
De dienst Volksgezondheid en Eerstelijnszorg voert een onderzoek uit naar het mentaal welzijn en toekomstperspectief bij huisartsen in opleiding in relatie tot het zelf-determinatie model.
Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om deel te nemen aan dit interview. Het interview zal maximaal 45 minuten van uw tijd in beslag nemen.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

De opdrachtgever van deze studie is Universiteit Gent (ICHOvzw). Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Els Clays en Dr. Janique Lobbestael. Studenten van de opleiding Master of Medicine in de huisartsgeneeskunde zullen deel uitmaken van het onderzoeksteam.

2. TOESTEMMING EN WEIGERING

Deelname aan deze studie is volledig vrijwillig, er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. U kan weigeren om deel te nemen aan het interview zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven.

3. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen medisch of ander voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe inzichten en meer efficiënte methodes binnen de opleiding huisartsgeneeskunde.

4. KOSTEN

Deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

5. VERWERKING VAN PERSOONSGEGEVENS

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de over u verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden. Ook over uw andere rechten (o.a. het recht op beperking van de verwerking van uw (persoons)gegevens, het recht om uw (reeds verzamelde) gegevens te laten wissen in bepaalde omstandigheden, en het recht om een klacht in te dienen) wordt gewaakt.
Voor meer informatie over de rechten die u heeft en hoe u die kan uitoefenen, kan u terecht op de website van de UGent
(https://www.ugent.be/nl/univgent/privacy/privacyverklaring.htm).

Uw deelname aan de studie betekent dat uw gegevens verwerkt worden voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is noodzakelijk voor de vervulling van een taak in het algemeen belang volgens artikel 6, paragraaf 1 (e) en is noodzakelijk met het oog op wetenschappelijk onderzoek volgens artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier door middel van een code). De sleutel tot de codes zal enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekers of de door hem/haar aangestelde vervanger. In deze studie kunnen ook gegevens verzameld worden via vragenlijst aan de deelnemer.
De verzamelde gepseudonimiseerde gegevens kunnen gedeeld worden met andere (toekomstige) onderzoekers. Dit kan leiden tot hergebruik van uw gepseudonimiseerde gegevens voor toekomstige academische onderzoeksprojecten en studies, uitsluitend in het kader van dezelfde of vergelijkbare onderwerpen. Dergelijke nieuwe studie en hergebruik van gegevens dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien u wenst dat uw gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, kan u de DPO hiervoor contacteren (zie contactgegevens onder hoofdstuk 5).
Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd.

Zowel persoonsgegevens als gegevens aangaande uw gezondheid zullen verwerkt en bewaard worden tot minstens 10 jaar na het einde van de studie en uit veiligheidsoverwegingen ten aanzien van de uitgevoerde studie en de (eventuele) opvolging daarvan.

De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Prof. Dr Els Clays (UGent). Zijn/haar onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens. In het kader van de gegevensbescherming zullen de gegevens verwerkt worden door personen behorend tot het onderzoeksteam en aangeduid door en onder de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw gegevens 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.

Om meer inhoudelijke informatie te verkrijgen over de studie en om uw rechten uit te kunnen oefenen, kan u contact opnemen met het studieteam.
De Data Protection Officer kan u desgewenst ook meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

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

6. 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 klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004, de Belgische wet van 7 mei 2017 betreffende klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik en de Belgische Wet van 22 december 2020 betreffende medische hulpmiddelen (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer voor UZ Gent BEL001889 – polisnummer voor UGent BEL000862).

7. CONTACT

Als er een letsel optreedt ten gevolge van de studie, of als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kan u contact opnemen met de onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team:

Verantwoordelijke hoofdonderzoeker:

- Prof. Dr. Els Clays
- Universiteit Gent - Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen: Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
- Adres: Campus UZ-Gent, Ingang 42, 6de verdieping,Corneel Heymanslaan 10 9000 Gent (Belgium)
- Telefoon: 0032 9 332 36 28

Studenten huisartsgeneeskunde die zullen meewerken aan deze studie:

- Febe Magherman (Febe.Magherman@UGent.be)
- Louise Magherman (Louise.Magherman@UGent.be)
- Eva Kerckhove (Eva.Kerckhove@UGent.be)
- Judith Malego (Judith.Malego@UGent.be)

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS (INTERVIEW)

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" pagina 1 tot en met 4 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.
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 en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.
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 en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.
Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 10 jaar na het einde van de studie. 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.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt worden voor **huidig** wetenschappelijk onderzoek.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt kunnen worden voor **toekomstig** academisch wetenschappelijk onderzoek in het kader van hetzelfde/een vergelijkbaar onderzoeksdomein. Dergelijke nieuwe studie dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien ik wens dat mijn gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, zal ik de DPO contacteren (zie contactgegevens onder sectie 5).

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik stem in om deel te nemen aan deze studie bestaande uit volgende **verplichte aspecten** zoals toegelicht onder hoofdstuk 1 van de informatiebrief:

1) Ik stem ermee in om deel te nemen aan een interview ☐
2) Ik stem ermee in dat het interview opgenomen (audio) zal worden ☐

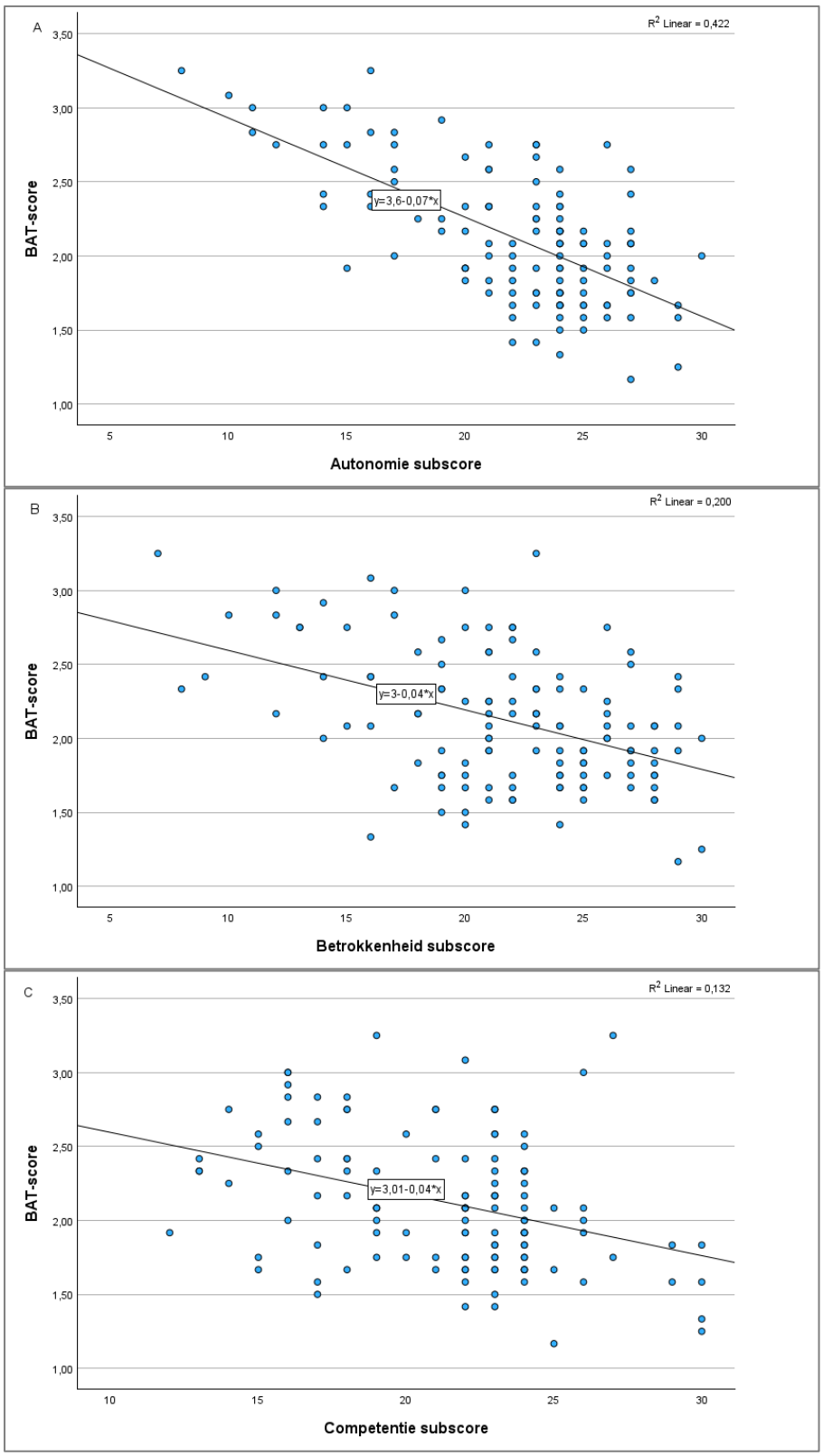
Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de interviewer*	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende minstens 10 jaar, 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 6: Scatterplot met geschatte regressierechte bij enkelvoudige lineaire regressieanalyse tussen ABC-subscores en BAT-score.



Bijlage 7: Goedgekeurd protocol.

1. Gegevens onderzoek

1.1 Algemene gegevens

Universiteit: Universiteit Gent
Kadert deze aanvraag in de opleiding MaNaMa Huisarts-in-opleiding: Ja

Nederlandstalige titel van onderzoek:
Mentaal welzijn en toekomstperspectief bij huisartsen in opleiding in relatie tot het zelf-determinatie model: een mixed-methods analyse.
Engelstalige titel van onderzoek:
Mental health and future perspectives of general practitioner trainees in relation to the self-determination theory: a mixed-methods analysis.
Vereenvoudigde titel/acroniem onderzoek:
Mentaal welzijn en toekomstperspectief bij huisartsen in opleiding in relatie tot het zelf-determinatie model: een mixed-methods analyse.

Deze aanvraag handelt over: niet-interventioneel prospectief onderzoek (observationeel).
Wordt dit prospectief observationeel onderzoek uitgevoerd met: vragenlijsten en interviews.
Zal er ook een retrospectieve dataverzameling gebeuren naast de prospectieve studie? Nee.
Specificeer het type onderzoek: Psychologische studie.

1.2. Uitvoering onderzoek

Geplande startdatum onderzoek: 01/11/2024
Geplande einddatum onderzoek: 30/09/2026
Wordt dit onderzoek op meerdere locaties uitgevoerd? Dit onderzoek is: nationaal monocentrisch.
Zal dit onderzoek uitgevoerd worden op één of meerdere UZ diensten? Nee.
Is de onderzoeksvraag verpleegkundig gerelateerd? Nee.

2. Betrokkenen

2.1. Betrokken student(en)

Zijn er meerdere studenten betrokken? Ja.
Hoeveel studenten zijn betrokken? 4.
Naam student: Febe Magherman, Louise Magherman, Judith Malego, Eva Kerckhove
Is dit een student in opleiding voor gezondheidsberoep beschreven volgens KB? Ja.

2.2. Opdrachtgever

Wie is de opdrachtgever voor dit onderzoek? Universiteit Gent.

2.3. Hoofdonderzoeker/promotor

Naam Promotor: Els Clays.
Naam hoofdonderzoeker: Els Clays.
Aanspreektitel hoofdonderzoeker: Prof. dr.
Affiliatie van waaruit de hoofdonderzoeker het onderzoek wil uitvoeren: Universiteit Gent.
Specificeer vakgroep van de hoofdonderzoeker: Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg.
Oefent de hoofdonderzoeker een gezondheidszorgberoep uit? Nee.

2.4 Onderzoeker(s)

Janique Lobbestael: medewerker onderzoek.

3. Inhoud onderzoek

3.1. Studie en interventies

Korte samenvatting onderzoek (Nederlands):

Het is bekend dat huisartsen in opleiding (HAIO's) een hoog risico lopen op mentale problemen zoals overspanning, burn-out en depressie. Onderzoek toont aan dat er verschillende factoren zijn die hieraan kunnen bijdragen. Een mogelijke verklaring waarom dit risico op mentale problemen zo hoog is bij deze doelgroep wordt gegeven vanuit het zelf-determinatie model. Dit model vertrekt vanuit 3 basisbehoeften (autonomie, betrokkenheid en competentie) die, indien vervuld, zorgen voor optimale intrinsieke motivatie om de opleiding tot huisarts te vervolledigen. Door het grote tekort aan huisartsen in Vlaanderen zullen er in de komende jaren meer en meer studenten geneeskunde mogen afstuderen om de opleiding tot huisarts te starten. Het is dan ook belangrijk dat huisartsen niet reeds tijdens de opleiding gedemotiveerd geraken om het beroep gedurende lange tijd uit te oefenen. Deze masterproef zal onderzoek doen naar het mentaal welzijn en toekomstperspectief bij huisartsen in opleiding in relatie tot het zelf-determinatie model. Hiervoor zal een mixed-methods model gehanteerd worden waarbij eerst een vragenlijst (kwantitatief) rondgestuurd zal worden naar zowel eerste-, tweede- als derdejaars huisartsen in opleiding werkzaam in een huisartsenpraktijk. Vervolgens zal aan de deelnemers van de vragenlijst gevraagd worden om ook deel te nemen aan een verdiepend interview met open vragen (kwalitatief). Het aantal interviews zal bepaald worden op basis van de responsgraad en op basis van het aantal interviews dat nodig is om een verzadiging te bekomen in het verkrijgen van nieuwe informatie.

Er wordt getracht om deelnemers te interviewen verspreid over de opleidingsjaren en over de verschillende universiteiten, om het risico op bias te minimaliseren. Het doel van de observationele studie is om inzicht te krijgen in het verband tussen enerzijds de intrinsieke motivatie bij huisartsen in opleiding volgens het zelf-determinatie model en anderzijds het mentaal welzijn en het toekomstperspectief bij deze jonge artsen. Het kwalitatief luik heeft als doel om meningen en ervaringen verder uit te diepen en een beter inzicht te verkrijgen in hun perspectieven.

Primaire doelstellingen en eindpunten onderzoek: Hoe scoren de huisartsen in opleiding op het zelf-determinatie model tijdens hun huidige opleiding in de huisartsenpraktijk?

Secundaire doelstellingen en eindpunten onderzoek:
Is er een verband tussen de score op het zelf-determinatie model en het mentaal welzijn bij huisartsen in opleiding werkzaam in een huisartsenpraktijk?
Is er een verband tussen de score op het zelf-determinatie model en het toekomstperspectief bij huisartsen in opleiding werkzaam in een huisartsenpraktijk?

3.2. Vragenlijst en interviews

Welke gevalideerde vragenlijsten/interview guides zullen er gebruikt worden: Work-Related Basic Need Satisfaction Scale (W-BNS) en Burnout assessment tool (BAT) (verkorte versie)
Welke niet gevalideerde vragenlijsten/interview guides zullen er gebruikt worden:
Vragenlijst: zelf opgestelde vragen omtrent sociodemografie, work-life balance en toekomstbeeld.
Interviewguide: zelf opgestelde vragen.

Al deze vragen werden opgesteld in overleg met de promotor en copromotor, gebaseerd op de reeds beschikbare literatuur.

In welke talen worden deze afgenomen? Nederlands.
Zullen de interviews opgenomen worden? Ja.
Waar zullen de opnames bewaard worden? Op de server van UGent.
Zullen de opnames verwijderd worden aan het einde van de studie? Nee.
Indien nee: waarom niet? Opnames zijn eigendom van UGent voor een welbepaalde duur (minstens 10 jaar na einde van de studie).

4. Deelnemers, rekrutering en informed consent

4.1. Deelnemers

Totaal aantal deelnemers in België voor het volledige project: 500.
De deelnemers zijn: gezonde personen.
Aantal gezonde deelnemers in België: 500 (zelfde aantal als hierboven).
Geslacht van de deelnemers: mannelijke + vrouwelijk + andere.
Inschatting aantal deelnemers 12-18 jaar in België: 0.
Inschatting aantal deelnemers 18-65 jaar in België: 500 (zelfde aantal als hierboven).
Inschatting aantal deelnemers 65+ jaar in België: 0.
Zijn de deelnemers eigen studenten, eigen personeel en/of gevangenen? Ja.

4.2. Rekrutering, informatie en toestemming

Inclusiecriteria:
HAIO's (huisartsen in opleiding) ingeschreven aan het interuniversitair samenwerkingsverband huisartsenopleiding (ICHO) op het moment dat de vragenlijst wordt ingevuld
HAIO's die op het moment dat de vragenlijst wordt ingevuld werkzaam zijn in een huisartsenpraktijk
Worden de belangrijkste inclusiecriteria opgelijst in het ICF? Ja.

Exclusiecriteria:
HAIO's die op het moment dat de vragenlijst wordt ingevuld werkzaam zijn in het ziekenhuis
Worden de belangrijkste exclusiecriteria opgelijst in het ICF? Ja.
Worden alle in- en exclusiecriteria duidelijk opgelijst in het protocol? Ja.

Beschrijf hier hoe de deelnemers worden gerekruteerd/gecontacteerd:
Advertentie via maandelijkse mail ICHO Actua, wachtkringen, seminariegroepen en lesdagen ICHO.
Wordt er rekruteringsmateriaal gebruikt zoals flyers, poster…? Ja.

4.3. Rekruteringsmateriaal

Worden er flyers gebruikt? Nee.
Worden er reminders gebruikt? Ja.
Worden er e-mails gebruikt? Ja.
Worden er advertenties gebruikt? Ja.
Worden er posters gebruikt? Ja.
Worden er andere rekruteringsmaterialen gebruikt? Nee

In welke talen worden deze rekruteringsmaterialen aangeboden? Nederlands.
Bijzonderheden: geen.

4.4. Hoogdringendheid

Zijn er deelnemers van wie de toestemming niet kan worden verkregen wegens hoogdringendheid? Nee.

5. Extra gegevens

5.1. Data management

Welke identificerende gegevens verzameld worden:
Geslacht, jobpositie en werkplek, niet-specifieke leeftijd (bijvoorbeeld categorie 30-40 jaar), e-mailadres (vrijwillig op te geven indien we de deelnemer mogen contacteren voor een interview te plannen), gsm-nummer (vrijwillig op te geven indien we de deelnemer mogen contacteren voor een interview te plannen).

Type database: SPSS, Microsoft Excel, MAXQDA.

Gegevens anoniem of gepseudonimiseerd opgeslagen in de database: gepseudonimiseerd.
Wie is verantwoordelijk voor pseudonimiseren? Hoofdonderzoeker: Els Clays.
Wie heeft toegang tot de code? Hoofdonderzoeker: Els Clays.

Zal de deelnemer zelf 1 of meerdere vragenlijsten invullen tijdens het onderzoek? Nee.

Hoe zullen de vragenlijsten aan de deelnemers worden aangeboden? Via een publieke link/QR code die voor iedereen toegankelijk is.

Beschrijf hoe de procedure voor het aanbieden van de vragenlijst zal verlopen:
Er wordt getracht zoveel mogelijk HAIO's te bereiken en te informeren over het doel van de studie. Hiervoor zal er een poster gemaakt worden waarin kort het doel van de studie wordt geschetst. Op de poster zal een QR-code/link staan waarmee de vragenlijst online kan worden ingevuld. Op het einde van de vragenlijst zal gevraagd worden of de deelnemer mag gecontacteerd worden voor een interview (van ongeveer 45 minuten, op locatie of online). Wanneer de deelnemer op deze vraag "Ja" heeft geantwoord, zal gevraagd worden om een persoonlijk e-mailadres en/of gsm-nummer achter te laten.
Er wordt getracht deze poster bij zoveel mogelijk HAIO's rond te sturen door middel van reclame in de maandelijkse ICHO Actua-mail, via de seminariegroepen, via sociale media (facebook bericht op onze profielen en in groepen met afgestudeerde artsen), via mond-aan-mond reclame via de lesdagen.

Zal de database gedeeld worden? Ja.
Met wie wordt de dataset gedeeld: Els Clays, Janique Lobbestael, Febe Magherman, Louise Magherman, Judith Malego, Eva Kerckhove.

Kan de verzamelde data in de toekomst hergebruikt worden voor een ander onderzoek? Ja.
Wordt dit duidelijk vermeld in de ICF? Ja.

5.2. Verzekering

Is er voor het onderzoek in België een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, de Belgische wet van 7 mei 2017 of de Belgische wet van 22 december 2020? Ja.
Door welke verzekeringspolis is dit onderzoek verzekerd? UGent.

7.5 Financiën en budget

Financieel of materieel gesteund? Nee.
Wat is de geschatte kostprijs van dit onderzoek? < 20.000 euro.

7.6 Statistiek

Statistical analysis plan aanwezig? Nee.

Op welke basis werd beoordeeld dat dit aantal deelnemers voldoende is om de doelstellingen van de studie te bereiken?
Er zal getracht worden om iedereen uit de doelgroep (in totaal gaat dit over ongeveer 875 huisartsen in opleiding die op het moment van het invullen van de vragenlijst aan het werk zijn in een huisartsenpraktijk (cijfers bekomen uit navraag aan ICHO vzw)) te bereiken om de vragenlijst in te vullen. Voor de interviews zal gewerkt worden met vrijwillige deelname bij de deelnemers van de vragenlijsten. Er zullen interviews afgenomen worden tot saturatie van informatie bereikt is.

Is het aantal deelnemers het resultaat van een formele steekproefberekening? Nee.