Mentaal welzijn en burn-out bij arts-specialisten in opleiding: organisatorische interventies om het psychisch welbevinden van jonge artsen te verbeteren

Demuys Jeroen (UAntwerpen) & Dupuis Caroline (UAntwerpen)

Promotor: Prof. Kris Van den Broeck (UAntwerpen)

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.

Abstract

Inleiding

Het mentaal welzijn van arts-specialisten in opleiding (ASO's) staat onder druk door verschillende structurele en organisatorische factoren. In de internationale literatuur worden onder meer hoge werkdruk, lange werkuren en beperkte autonomie beschreven als belangrijke stressoren, terwijl verschillende interventies worden voorgesteld om het welzijn te verbeteren. De toepasbaarheid van deze interventies binnen de Vlaamse – en bij uitbreiding Belgische – opleidingscontext is echter nog onvoldoende onderzocht. Deze studie heeft als doel om, vertrekkend vanuit de internationale literatuur, na te gaan welke interventies door de Vlaamse ASO's zelf als prioritair worden ervaren en in welke mate deze haalbaar zijn binnen de huidige ASO-opleiding.

Methode

We voerden een tweedelig onderzoek uit aan de hand van een online vragenlijst bij ASO's, waarin gepeild werd naar noden en mogelijke interventies ter bevordering van hun mentaal welzijn. De resultaten werden statistisch geanalyseerd. Aansluitend werd een semigestructureerd diepte-interview afgenomen met een opleidingscoördinator om bijkomende inzichten te verkrijgen in de haalbaarheid en implementatie van de voorgestelde interventies. Het interview werd thematisch geanalyseerd.

Resultaten

In totaal namen 28 ASO's deel aan de vragenlijst, waarvan 24 deze volledig invulden. Twee interventies kwamen algemeen duidelijk naar voren als meest prioritair: het voorzien van vaste studietijd of binnen het werkrooster en het registreren en beperken van de werkuren. Het diepte-interview leverde bijkomende inzichten op omtrent de organisatorische en beleidsmatige context. Hierbij werd gewezen op de complexiteit van de ziekenhuisorganisatie, de praktische beperkingen bij implementatie, en de invloed van het complexe regelgevende en financiële kader op de werkdruk en opleidingskwaliteit. Daarnaast werd het belang van een kwaliteitscultuur binnen de opleiding benadrukt.

Discussie

Onze bevindingen bevestigen dat structurele interventies essentieel zijn in het verbeteren van het mentaal welzijn van ASO's. De combinatie van de resultaten uit de verschillende onderzoeksluiken toont aan dat er een spanningsveld is tussen de wenselijkheid en de haalbaarheid van bepaalde interventies. Daarnaast wijzen onze resultaten, in lijn met eerdere Belgische onderzoeken en rapporten, op mogelijke verschillen in perceptie tussen ASO's en opleiders, wat het belang van onderlinge communicatie onderstreept. Gezien de beperkte steekproefgrootte is verder onderzoek met grotere en meer representatieve populaties noodzakelijk om deze bevindingen te bevestigen en te vertalen naar implementeerbare beleidsmaatregelen.

Inhoud

1 Inleiding 6
2 Literatuurstudie 7
2.1 Zoekmethoden 7
2.2 Stressoren bij arts-specialisten in opleiding 8
2.2.1 Werkbelasting en werkorganisatie 8
2.2.2 Opleidingscontext en professionele ontwikkeling 8
2.2.3 Psychosociale en relationele stressoren 8
2.2.4 Werk-privébalans en zelfzorg 9
2.2.5 Culturele normen binnen de geneeskunde 9
2.3 Interventies ter bevordering van het mentaal welzijn 9
2.3.1 Structurele interventies 9
2.3.2 Coaching en mentorschap 10
2.3.3 Mindfulness en meditatie 10
2.3.4 Psycho-educatie en vaardigheidstraining 10
2.3.5 Toegang tot geestelijke gezondheidszorg 10
2.3.6 Andere initiatieven en levensstijlinterventies 10
2.4 Arts-specialisten in opleiding in Vlaanderen en België 11
3 Methode 12
3.1 Onderzoekers 12
3.2 Deelnemers 12
3.3 Vragenlijst 13
3.4 Focusgroepen 13
3.4.1 Recrutering 14
3.4.2 Setting 14
3.4.3 Design en verloop 14
3.4.4 Dataverzameling en data-analyse 15
3.5 Diepte-interview 15
3.5.1 Achtergrond 15
3.6 Ethiek 15
4 Resultaten 16
4.1 Vragenlijst 16
4.1.1 Kenmerken van deelnemers 16

4.1.2 Analyse 17
4.1.3 Bijkomende feedback 19
4.2 Diepte-interview 21
4.2.1 Vaste studietijd op het werk 21
4.2.2 Beperking van de werkuren 21
4.2.3 Beleidsmatige aspecten 23
4.2.4 'Good practices' 23
4.2.5 Aanbevelingen en drempels 24
5 Discussie 25
5.1 Implementatie van interventies binnen de Vlaamse ASO-opleiding 25
5.2 SWOT-analyse 27
5.2.1 Sterktes 27
5.2.2 Zwaktes 27
5.2.3 Opportuniteiten 28
5.2.4 Bedreigingen 28
6 Conclusie 29
7 Bijlagen 30
7.1 Interviewscript 30
7.1.1 Inleidende vragen 30
7.1.2 Het voorzien van vaste momenten van "studietijd" binnen het werkrooster op het ziekenhuis 30
7.1.3 Registratie en concrete beperking van werkuren 30
7.1.4 Afsluitende vragen 30
7.2 Onderzoekslogboek 31
8 Referenties 33

1 Inleiding

Het mentaal welzijn van arts-specialisten in opleiding (ASO's) staat de laatste jaren steeds meer onder druk (1-4) Meerdere internationale studies hebben reeds aangetoond dat ASO's een verhoogd risico lopen op stress, burn-out, angst en depressieve klachten in vergelijking met zowel de algemene bevolking als met afgestudeerde artsen (1, 2, 4). Er wordt geschat dat in Europa meer dan 30% van de ASO's een verhoogd risico loopt op burn-out (1).

De combinatie van een zware werkbelasting, grote verantwoordelijkheden als jonge arts, een veeleisende opleiding en diepgewortelde culturele normen binnen de geneeskunde leidt dikwijls tot psychische overbelasting van ASO's (2, 5, 6). Problemen in het mentaal welzijn hebben niet alleen voor de ASO zelf negatieve gevolgen, maar ook is er een duidelijke impact op patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg (2, 3, 7). Daarom is het essentieel om inzicht te krijgen in de factoren die het welzijn ondermijnen, alsook in mogelijke interventies die hierop kunnen inspelen (2, 7).

Om zo goed mogelijk inzicht te krijgen in deze relevante problematiek, zullen we in deze masterproef een tweeledig onderzoek uitvoeren. Vooreerst nemen we internationale studies onder de loep in een literatuuronderzoek, met als doel een overzicht te ontwikkelen van de belangrijkste stressoren en bewezen interventies met betrekking tot het mentaal welzijn van ASO's. Aansluitend hierop zullen we een eigen onderzoek opzetten om deze internationale bevindingen te toetsen aan de Vlaamse opleidingscontext en op deze manier nieuwe, toepasbare interventies uit te denken die effectief kunnen zijn om het mentaal welzijn van ASO's in Vlaanderen te verbeteren.

2 Literatuurstudie

2.1 Zoekmethoden

Ter voorbereiding op ons eigen onderzoek hebben op 10 mei 2024 we PubMed geraadpleegd, de meest gebruikte zoekrobot van de databank MEDLINE. Met onze zoekstrategie richtten we ons enerzijds op studies die stressoren onderzochten die het mentaal welzijn van ASO's negatief beïnvloeden, met als doel beter te begrijpen welke onderliggende factoren bijdragen aan psychische overbelasting van ASO's en zo een breder kader te schetsen rond de problematiek. Anderzijds zochten we naar studies die interventies evalueerden om het mentaal welzijn van deze doelgroep te verbeteren. Enkele van deze interventies zullen later een rol spelen in ons eigen empirisch onderzoek.
In de internationale literatuur bestaan meerdere synoniemen voor ASO's ('*trainee physician*', '*residency*', ...), alsook voor mentaal welzijn *('mental health'*, *'burnout'*, ...). Daarom ontwikkelden we een brede zoekstrategie, bestaande uit MESH-termen en vrije zoektermen in titel en abstract. Deze zoektermen werden gecombineerd met Booleaanse operatoren (AND/OR) via de geavanceerde zoekfunctie.

((internship and residency[MeSH Terms]) AND (intervention[Title/Abstract])) AND (mental health[Title/Abstract])
→ 60 resultaten, waarvan 3 relevant

((internship and residency[MeSH Terms]) AND (burnout[Title/Abstract])) AND (intervention[Title/Abstract])
→ 101 resultaten, waarvan 30 relevant

((physician[Title/Abstract]) OR (doctor[Title/Abstract])) AND ((mental health[Title/Abstract]) OR (burnout[Title/Abstract])) AND ((strategies[Title/Abstract]) OR (interventions[Title/Abstract]))
→ 413 resultaten, waarvan 17 relevant

Onze exclusiecriteria omvatten studies die geen organisatorische interventies onderzochten, zich hoofdzakelijk richtten op afgestudeerde artsen of studenten geneeskunde, beperkt waren tot één specifieke ziekenhuisspecialisatie, of uitsluitend het fysiek welzijn behandelden. 50 studies werden aanvankelijk weerhouden. Na een grondige selectie op basis van inhoudelijke relevantie hebben we finaal 28 studies in deze literatuurstudie geïncludeerd. Er werd geen tijdscriterium benoemd, al zijn, op één studie na, alle geïncludeerde studies minder dan 10 jaar oud.

De resultaten worden hieronder gestructureerd per thema weergegeven. Eerst worden de belangrijkste stressoren vermeld, die geordend worden van meest naar minst frequent gerapporteerd in de literatuur. Daaropvolgend zullen de interventies thematisch behandeld worden, ook hier gerangschikt op basis van hun frequentie en bewezen effectiviteit in de onderzochte literatuurstudies.

2.2 Stressoren bij arts-specialisten in opleiding

2.2.1 Werkbelasting en werkorganisatie

Hoge werkbelasting en een inefficiënte organisatie van het werk werden het vaakst gerapporteerd als stressoren. ASO's krijgen dikwijls te maken met een lange werkuren, een hoge tijdsdruk en frequente nacht- en wachtdiensten (1, 3, 8, 9). Rechtstreekse gevolgen hiervan zijn een slaaptekort en onvoldoende hersteltijd (1, 3, 8), die onlosmakelijk verbonden zijn met een verhoogd risico op emotionele uitputting en burn-out (1, 2, 7, 9). Ook de inhoud van het werk wordt dikwijls als spanningsfactor beschouwd: een terugkerend thema hier is de grote administratieve last die op de schouders van ASO's gelegd wordt, vaak ten koste van het directe patiëntencontact (2, 3, 7-9). Er wordt veel tijd gespendeerd aan documentatie in het elektronisch patiëntendossier, e-mails, brieven en overige organisatorische zaken. Hierdoor hebben ASO's steeds minder tijd voor hun patiënten, tenzij ze een deel van de administratieve taken buiten de reguliere uren afhandelen (9).
Deze inefficiënte werkorganisatie draagt bij aan een gevoel van controleverlies en verminderde autonomie, wat het risico op burn-out verder verhoogt (2, 3, 9). In veel ziekenhuizen heerst bovendien ook een personeelstekort, waardoor ASO's vaak bijkomende taken moeten opnemen. Dit verhoogt niet alleen de werkdruk, maar beperkt ook de kwaliteit van de opleiding (2, 3, 9).

2.2.2 Opleidingscontext en professionele ontwikkeling

Na het afstuderen in de basisopleiding geneeskunde en vervolgens het aanvangen van een medische specialisatie, worden startende ASO's geconfronteerd met een plotse toename van verantwoordelijkheid. Ze staat al snel in voor complexe medische beslissingen ondanks de onzekerheid over hun eigen competenties (3, 4, 10). Er heerst dikwijls angst om medische fouten te maken, en bijgevolg vrees voor negatieve evaluaties of tuchtprocedures (2, 4).
Daarnaast ervaren veel ASO's onvoldoende ondersteuning door supervisie (1-3, 10). Onduidelijke of impliciete verwachtingen door de supervisoren worden onder meer aangehaald. Ook feedback door de ziekenhuisopleider, die dikwijls focust op de tekortkomingen van de ASO, kan bijdragen aan gevoelens van onzekerheid en incompetentie (3). Het gebrek aan tijd voor bijscholing of academische opdrachten (masterproef o.a.) binnen de werkuren legt vaak nog een extra belasting op de ASO en versterkt dit probleem bijgevolg verder (2, 3, 10).

2.2.3 Psychosociale en relationele stressoren

Ook relationele factoren spelen een belangrijke rol in het mentaal welzijn van artsen-in-opleiding. Conflicten binnen het team, spanningen met supervisoren en problemen door hiërarchische verhoudingen op de werkvloer worden regelmatig gerapporteerd (2, 3, 6). Pesterijen, intimidatie of discriminatie worden in enkele studies vermeld, maar staan over het algemeen minder op de voorgrond (2, 6, 10). Bovendien is er niet altijd sprake van een veilige leeromgeving, omwille van de sterke competitie tussen collega-ASO's, met als gevolg vergelijkingsdruk en angst om incompetent over te komen (3, 6, 10). ASO's geven ook dikwijls aan dat er weinig openheid is over stress, welzijn en kwetsbaarheid uit vrees voor negatieve beoordelingen (3, 6). Ten slotte maken de lange werkuren, regelmatige verhuis voor de opleiding en een verstoorde werk-privé balans het moeilijk om sociale contacten buiten het werk te onderhouden, wat kan leiden tot gevoelens van eenzaamheid en verminderde sociale steun (4, 10).

2.2.4 Werk-privébalans en zelfzorg

Het gebrek aan aandacht voor de werk-privé balans is een van de sterkste stressoren die door ASO's wordt genoemd (1, 3, 9, 10). Door de lange werkdagen, onregelmatige uren en onvoorspelbaarheid van het werk is er vaak nog weinig tijd over voor ontspanning, sport, hobby's vrienden en familie. Dit ondermijnt de zelfzorg (3, 9). Bovendien geven veel ASO's aan last te hebben van schuldgevoelens wanneer zij vakantie of ziektedagen opnemen, uit loyaliteit tegenover zowel collega's als patiënten. Het gebrek aan een (veilig) kader waarin ASO's grenzen kunnen stellen draagt bovendien bij aan chronische vermoeidheid en het risico op burn-out (3, 9).

2.2.5 Culturele normen binnen de geneeskunde

Tenslotte wordt de heersende cultuur binnen de geneeskunde door ASO's bestempeld als een belangrijke stressor (3, 8, 9). Stress en uitputting bij artsen worden op de werkvloer nog te vaak genormaliseerd, evenals een stigma rond burn-out en mentale kwetsbaarheid (3, 6). Artsen worden geacht sterk, veerkrachtig en altijd beschikbaar te zijn, wat het moeilijk maakt om mentale gezondheid bespreekbaar te maken of psychische hulp te zoeken (3, 4, 6). Bovendien zorgen generatieverschillen dikwijls voor spanningen, waarbij jonge artsen soms als minder weerbaar worden gezien wanneer zij hun grenzen aangeven of meer aandacht vragen voor psychisch welzijn (3).

2.3 Interventies ter bevordering van het mentaal welzijn

2.3.1 Structurele interventies

Interventies op structureel, organisatorisch niveau zijn essentieel om het mentaal welzijn van artsen-in-opleiding op een duurzame manier te verbeteren (8, 11-13). Hierbij is het louter beperken van de werkuren onvoldoende, maar moeten ook de werkbelasting en jobinhoud aangepakt worden (8, 11). Meerdere studies tonen aan dat aanpassingen in het werkrooster, met aandacht voor voldoende rust en hersteltijd, een positief effect hebben op het welzijn en het risico op burn-out doen dalen (8, 12). Ook het voorzien van beschermde, niet-klinische tijd binnen de werkuren, blijkt effectief: tijd die kan gespendeerd worden aan welzijnsactiviteiten (bvb. een afspraak bij een psycholoog of coach), studietijd of een moment om achterstallige administratie of academische opdrachten in te halen (9).

Bijkomend is het ook aangewezen de administratieve lasten bij ASO's te verminderen, alsook de taakverdeling binnen het team te optimaliseren: zo kunnen bepaalde niet-medische taken eventueel overgedragen worden aan ondersteunend personeel (8, 11).

Als laatste is aangetoond dat ook algemene, gestructureerde welzijnsprogramma's in de artsenopleiding, geleid door professionele coaches, hun effect niet missen. Hierbij worden op regelmatige tijdstippen interactieve sessies georganiseerd, waarin aandacht is voor de mentale en fysieke aspecten van welzijn (14-16). Er is echter nood aan "onderhoudende" sessies na het programma om een blijvend positief effect op het welzijn te behouden.

2.3.2 Coaching en mentorschap

Coaching en mentorschap komen in de literatuur naar voren als sterk gewaardeerde interventies door artsen-in-opleiding. Vooral individuele sessies met een opgeleide coach blijken essentieel om de veerkracht te verhogen en beter te leren omgaan met de werkdruk en onzekerheid op de werkvloer (10, 17, 18).
Mentorschapsprogramma's vanuit de opleiding, waarbij vaak een staflid of ASO uit een hoger opleidingsjaar optreedt als begeleider, vergroten dan weer het gevoel van ondersteuning en verbondenheid (13, 19).

2.3.3 Mindfulness en meditatie

Interventies gebaseerd op mindfulness werden reeds uitgebreid onderzocht. Verschillende studies rapporteerden een daling van stress, en in mindere mate van burn-out. Tevens draagt mindfulness bij tot een toename van zelfcompassie en empathie voor anderen (13, 20-23). Echter blijken de positieve resultaten in enkele studies slechts van tijdelijke aard, waarbij na afloop van de interventie het stressniveau en risico op uitputting opnieuw toenemen. Dit benadrukt het belang van opvolging en "onderhoudende" sessies (22, 23). Tijdsgebrek en een beperkte toegankelijkheid vormen twee belangrijke barrières bij mindfulness-interventies, vooral wanneer de sessies niet aangeboden kunnen worden binnen de werkuren, of niet de juiste begeleiding voorzien wordt om de mindfulness-technieken correct aan te leren (24, 25).

2.3.4 Psycho-educatie en vaardigheidstraining

Georganiseerde workshops rond stressmanagement en psycho-educatie zijn onontbeerlijk voor ASO's die hun copingvaardigheden, veerkracht en zelfzorg willen verbeteren (20, 26). Deze workshops blijken effectief in het verminderen van stress en emotionele uitputting. Bovendien wordt in de literatuur benadrukt dat het een vrij goedkope interventie is en het relatief eenvoudig te implementeren is in de artsenopleiding (26).

2.3.5 Toegang tot geestelijke gezondheidszorg

Uit de literatuur blijkt dat slechts een minderheid van de ASO's gebruik maakt van professionele hulp, ondanks de hoge prevalentie van psychische klachten in deze groep (4, 14). Tijdsgebrek, kostprijs, lange wachttijden en het stigma rond mentale problemen vormen een belangrijke barrière in de zoektocht naar hulp. Bovendien is de beschikbaarheid van psychische hulpverlenging buiten de reguliere werkuren dikwijls ver zoek (4). Er is dus nood aan programma's die geestelijke gezondheidszorg actief onder de aandacht brengen, zodat ASO's eenvoudiger hun weg kunnen vinden naar geschikte hulp (14).

2.3.6 Andere initiatieven en levensstijlinterventies

ASO's willen graag inspraak bij het ontwikkelen van interventies (6, 27); in de literatuur vinden we enkele interventies aangehaald door de artsen-in-opleiding zelf, als antwoord op hun behoeften. Zij gaven aan bijkomend nood te hebben aan kleine, haalbare "welzijnsgewoontes" die weinig tijd vergen en eenvoudig kunnen geïntegreerd worden in hun drukke agenda (28). Lichaamsbeweging, gezonde voeding en sociale activiteiten kwamen hierbij het sterkst naar voren. Concrete interventies die hierop kunnen inspelen zijn onder meer dagelijkse *mini-workout* sessies of kooklessen met makkelijke en gezonde recepten (6, 27, 28).

2.4 Arts-specialisten in opleiding in Vlaanderen en België

Het bovenstaande literatuuronderzoek toont aan dat er in verscheidene internationale studies evidentie is voor een verhoogd risico op psychische klachten bij ASO's en de effectiviteit en toepasbaarheid van bepaalde interventies. Vooral de structurele, organisatorische interventies (georganiseerd vanuit het opleidingsinstituut of de werkplek), al dan niet gecombineerd met individuele ondersteuning, lijken veelbelovend.

Echter, in Vlaanderen – en bij uitbreiding in België – is het empirisch onderzoek naar het mentaal welzijn van ASO's op heden erg beperkt. De beschikbare literatuur over burn-out en psychische klachten bij deze doelgroep is voornamelijk afkomstig uit kleine, lokale pilootstudies, vaak in het kader van master- of Ma-na-ma-opleidingen. Hoewel slechts in beperkte mate conclusies kunnen getrokken worden uit deze studies, wijzen ze wel op de relevantie van deze problematiek bij Vlaamse ASO's.

Bovendien is er nog maar een beperkte kennis voorhanden over de haalbaarheid, toepasbaarheid en doeltreffendheid van bepaalde interventies binnen de Vlaamse artsenopleiding. Hun effectiviteit mag dan wel bewezen zijn in het buitenland, maar bijkomend onderzoek is vereist, met betrokkenheid van onze eigen ASO's om effectieve en duurzame lokale varianten te ontwikkelen, rekening houdend met de eigenheid van ons opleidingssysteem. Naast ASO spelen ook ziekenhuisopleiders een sleutelrol bij het ontwikkelen van geschikte en vooral haalbare interventies. Hun perspectief en praktijkervaring zijn essentieel bij het implementeren van welzijnsinitiatieven voor ASO's, iets wat in voorgaande Belgische onderzoeken nog niet aan bod kwam. Met ons eigen onderzoek willen we daarom bewust extra aandacht besteden aan de ervaringen en inzichten van ziekenhuisopleiders, om zo tot beter onderbouwde aanbevelingen te komen.

3 Methode

Onze eigen studie bestaat uit een tweedelige onderzoeksopzet. In de eerste fase hebben we via een online vragenlijst gepeild naar de noden, ervaringen en suggesties van ASO's met betrekking tot hun mentaal welzijn. Op deze manier wilden we een beter zicht krijgen op hoe zij hun werkomgeving en opleiding ervaren en welke vormen van ondersteuning zij zelf als zinvol beschouwen. Aansluitend hierop hebben we een tweede, verdiepend onderzoekdeel opgezet, met als doel ook het perspectief van de opleidings- en de ziekenhuisorganisatie mee te nemen. Hiervoor wilden we ziekenhuisopleiders die actief betrokken zijn bij de ASO-opleiding samenbrengen in focusgroepen. Door deze beide invalshoeken te combineren, beoogden we niet alleen de noden van ASO's in kaart te brengen, maar ook beter te begrijpen hoe we mogelijke interventies concreet kunnen vormgeven en implementeren in de Vlaamse artsenopleiding. De methodiek van de beide onderdelen van het onderzoek zal hieronder uitgebreider worden toegelicht.

3.1 Onderzoekers

De primair uitvoerende onderzoekers zijn Jeroen Demuys (JD) & Caroline Dupuis (CD), beide huisarts-in opleiding aan de Universiteit Antwerpen. Tijdens het uitvoeren van het onderzoek werden we begeleid door promotor prof. dr. Kris Van den Broeck (KVDB). Jeroen heeft reeds beperkt ervaring in het uitvoeren van kwalitatief onderzoek en heeft hier in de basisopleiding geneeskunde een keuzemodule over gevolgd. Gedurende de huisartsopleiding hebben we enkele extra opleidingsmomenten in verband met kwalitatief onderzoek gevolgd, georganiseerd vanuit de vakgroep huisartsgeneeskunde aan de UAntwerpen. Onze promotor, prof. Kris Van den Broeck, heeft uitgebreide ervaring met het uitvoeren van kwalitatief onderzoek.

3.2 Deelnemers

De vragenlijst was gericht op alle ASO's verbonden aan een Vlaamse universiteit (UAntwerpen, UGent, KULeuven VUBrussel). We verspreidden de vragenlijst zelf via sociale media en groeperingen van artsen-in-opleiding. Bovendien kregen we ook hulp van VASO (Vlaamse vereniging voor arts-specialisten in opleiding). Zij integreerden onze vragenlijst in hun nieuwsbrieven, die via e-mail werden verzonden naar alle ASO's in Vlaanderen die lid zijn van de vereniging. Als laatste werden, tijdens een vergadering van de onderwijscommissie, ook de ziekenhuisopleiders gestimuleerd om de vragenlijst te delen met de ASO's die zij op dat moment begeleidden.
Voor de focusgroepen richtten we ons op ziekenhuisopleiders verbonden aan de master Specialistische Geneeskunde van de UAntwerpen. Zij werden door ons gecontacteerd via e-mail, met de opleidingscoördinator van de ASO-opleiding als tussenpersoon. Hieraan ging een kort kennismakingsgesprek en een oproep tot deelname aan vooraf, welke plaatsvond tijdens een vergadering van de onderwijscommissie waarbij verscheidene ziekenhuisopleiders aanwezig waren.

3.3 Vragenlijst

Ter verkenning van de relevantie van de in de literatuurstudie geïdentificeerde interventies binnen de Vlaamse opleidingscontext, bevroegen we ASO's met een verkennende online ad hoc-vragenlijst, opgemaakt in Qualtrics. Vooreerst kregen de deelnemers een inlichtingenblad en een link naar het *informed consent* te zien, waarin zij geïnformeerd werden over de doelstellingen en het opzet van het onderzoek. Vervolgens werden enkele persoonlijke gegevens opgevraagd (geslacht, leeftijd, specialisatie, opleidingsjaar en provincie van de opleidingsplaats). Nadien kregen de respondenten een lijst voorgelegd met interventies die effectief bleken in het kader van zelfzorg in de internationale literatuur (cfr. voorafgaande literatuurstudie). Deze dienden ze volgens eigen persoonlijke voorkeur te rangschikken van *meest belangrijk* (bovenaan) naar *minst belangrijk* (onderaan), zonder rekening te houden met andere factoren (organisatorische haalbaarheid o.a.). Tenslotte werd door middel van een leeg tekstvak ruimte gelaten om een motivering voor hun keuze te geven, en eventueel nieuwe suggesties aan te reiken.

De link werd zo veel mogelijk verspreid onder de doelgroep (zoals hierboven reeds beschreven). De vragenlijst kon ingevuld van 1 november 2025 tot 31 maart 2026. Er werd geen financiële/materiële vergoeding voorzien voor respondenten.

De data-analyse werd uitgevoerd met behulp van Jamovi, een grafische interface gebaseerd op R. Voor de visualisatie van de resultaten werd gebruikgemaakt van Microsoft Excel en Word. Voor de analyse van de rangschikking van de interventies werd een scoringssysteem gehanteerd waarbij een score van "1" werd toegekend aan de meest belangrijke interventie, met oplopende scores naarmate een interventie lager werd gerangschikt. Op basis van deze scores werden gemiddelde waarden berekend, die vervolgens werden gebruikt om een algemene rangschikking van de interventies op te stellen. De best scorende interventies zullen nadien verder worden uitgewerkt tijdens het focusgroeponderzoek.

3.4 Focusgroepen

In navolging van de resultaten van de vragenlijst, planden we een kwalitatief luik in de vorm van focusgroepen met ziekenhuisopleiders. We hebben gekozen voor een onderzoeksopzet met een nominale groepstechniek: dit houdt in dat er tijdens het verloop van de focusgroep een systematische aanpak wordt gehanteerd om de deelnemers te stimuleren om concrete oplossingen aan te reiken.
Helaas kon het focusgroeponderzoek niet worden uitgevoerd zoals gepland: ondanks een grondige toelichting en herhaaldelijke uitnodiging werden geen ziekenhuisopleiders bereid gevonden om deel te nemen. We hebben daarom – omwille van de tijd en pragmatische redenen – beslist om een diepte-interview uit te voeren met de (wel bereidwillige) opleidingscoördinator van de Onderwijscommissie Specailistische Geneeskunde UAntwerpen. Desondanks zullen we hieronder de voorziene methodiek inzake de focusgroep toelichten, aangezien deze een goed inzicht biedt in het onderzoeksopzet dat we beoogden en in de denkwijze die aan de basis van onze studie ligt.

3.4.1 Recrutering

Bij het recruteren van deelnemers hebben we gebruik gemaakt van de selectieve methode van *purposeful sampling*. Op die manier trachtten we een gevarieerde focusgroep samen te stellen. We mikten hierbij per focusgroep op 4-5 ziekenhuisopleiders van de UAntwerpen. Wegens beperking van tijd en middelen konden we op voorhand ons onderzoek met de focusgroepen niet uitbreiden naar andere universiteiten. Een *informed consent* werd voorzien voorafgaand aan de focusgroep. Dit diende de deelnemer te handtekenen en ons te bezorgen voor de start van het onderzoek. Deelnemers waren ten alle tijden vrij om hun deelname stop te zetten.

3.4.2 Setting

Het doel was om de focusgroepen te laten plaatsvinden in een rustig, afgesloten lokaal op campus Drie Eiken van de Universiteit Antwerpen te Wilrijk. Tijdens het focusgroep-onderzoek zouden enkel de deelnemers en beide onderzoekers aanwezig zijn. Eén onderzoeker zou de rol van moderator opnemen, terwijl de andere onderzoeker tegelijkertijd zou instaan voor observatie van de groep en het maken van aanvullende notities die als ondersteuning zouden kunnen gebruikt worden tijdens de analyse.

3.4.3 Design en verloop

We hebben gekozen om gebruik te maken van een nominale groepstechniek volgens de methode van Delbecq et al. (29), waarbij er een mooie wisselwerking is tussen individuele brainstorming en gestructureerde groepsdiscussie.

Concreet zouden we tijdens de focusgroepen eerst een korte introductie van het onderwerp geven aan de deelnemers, waarbij we de achtergrond en het doel van het onderzoek toelichten. Nadien staat een beknopte presentatie gepland over de resultaten van de vragenlijst die door de ASO's werd ingevuld. Het is de bedoeling om de ziekenhuisopleiders te laten nadenken over haalbare operationalisaties van de 2-3 interventies die de ASO's als belangrijkste naar voren geschoven hebben in de vragenlijst.

Nadien starten we met een individuele brainstormfase, waarbij we de deelnemers vragen om enkele minuten individueel na te denken over concrete oplossingen om zo'n potentiële interventie mogelijk te maken. De deelnemers kunnen hun ideeën afzonderlijk op *post-its* noteren.

Vervolgens mogen ze beurtelings het woord nemen en een suggestie voorstellen aan de groep. De ronde eindigt wanneer er geen bijkomende ideeën meer worden toegevoegd. In deze ronde wordt nog geen rekening gehouden met de haalbaarheid van aangereikte oplossingen, met als doel zo veel mogelijk verschillende ideeën te verzamelen.

Daarna zullen we alle voorgestelde oplossingen systematisch bespreken in groep. De deelnemers krijgen hierbij de kans om hun suggesties toe te lichten of te verduidelijken. Wij als onderzoekers kunnen hierbij eventueel gerichte vragen stellen om beter te begrijpen waarom deelnemers bepaalde keuzes maken, zonder dat we al ingaan op praktische haalbaarheid van de aangehaalde oplossingen. Deze motivering zullen wij als onderzoekers zelf neerschrijven in onze persoonlijke notities, die we nadien zullen gebruiken als aanvulling in de data-analyse.

In een volgende fase laten we de deelnemers hun voorkeur voor bepaalde oplossingen uitspreken via een stemmingsronde. Hierbij stellen ze een top 10 samen en kennen ze een oplopend aantal punten toe aan de volgorde van hun keuzes (1 = meest belangrijke oplossing, 10 = minst belangrijk in top 10). We tellen de stemresultaten op en bekijken ze met het oog op de populaire oplossingen (lage totaalscore), alsook interventies waarover de meningen uiteenlopen (hoge totaalscore). In dat laatste geval zouden we hier verder op ingaan tijdens een groepsdiscussie. Tot slot organiseren we een tweede stemronde, waarin de drie meest geselecteerde oplossingen opnieuw onder de loep genomen worden. In deze afsluitende fase bespreken we expliciet de haalbaarheid en mogelijke implementatie van deze suggesties binnen de opleidings- en ziekenhuiscontext.

3.4.4 Dataverzameling en data-analyse

Voor de dataverzameling baseren we ons op alle verzamelde post-its uit de brainstormfase waarop de deelnemers hun suggesties hebben neergeschreven, aangevuld met onze eigen notities. De toegekende scores uit de stemmingsronde worden ook meegenomen in de analyse. Op basis van deze verschillende componenten maken we een schematische weergave van het verloop van de focusgroepen.

3.5 Diepte-interview

3.5.1 Achtergrond

Omwille van het uitblijven van respons van ziekenhuisopleiders voor deelname aan de geplande focusgroepen, hebben we ervoor gekozen om een alternatief onderzoeksluik op te zetten in de vorm van een diepte-interview. Hiervoor werd een academisch medewerker en opleidingscoördinator binnen de ASO-opleiding door ons gecontacteerd. Vanuit deze functie heeft deze persoon immers ruime ervaring en inzicht in zowel de organisatie van de opleiding als de beleidsvorming errond.

Het doel van het diepte-interview was om bijkomend inzicht te verkrijgen in de praktische toepasbaarheid van de interventies die in de vragenlijst het meest naar voren kwamen. Daarnaast werd nagegaan welke mogelijke knelpunten en valkuilen potentieel een rol spelen bij de implementatie van deze interventies.

Na mondelinge toelichting over de onderzoeksopzet en het ondertekenen van het *informed consent*, werd het interview afgenomen in een rustige omgeving aan de Universiteit Antwerpen. Het interview had een voorziene duur van ongeveer 60 minuten en werd semigestructureerd gevoerd aan de hand van een beknopt script dat we op voorhand opgesteld hadden (bijlage 1). Dit script bevatte enkele richtinggevende vragen, die deels gebaseerd waren op de resultaten van de vragenlijst bij ASO's, maar waarbij er toch voldoende ruimte was voor andere thema's. Het gesprek werd audio-opgenomen en nadien bewaard volgens de geldende richtlijnen, waarbij de opname gedurende 25 jaar wordt bewaard door de promotor van deze studie, prof. Kris Van den Broeck.

3.6 Ethiek

Het onderzoek werd goedgekeurd door het Ethisch Comité UZA/UAntwerpen op 5 mei 2025 (project ID 7498).

4 Resultaten

4.1 Vragenlijst

4.1.1 Kenmerken van deelnemers

In totaal namen 28 ASO's deel aan de bevraging, waarvan 24 respondenten de vragenlijst volledig ingevuld hebben. Ter vergelijking: in 2024 waren in het Vlaams gewest naar schatting zo'n 3448 ASO's aan het werk, in het Brussels Hoofdstedelijk gewest gaat het om 1239 ASO's (30). Met dit onderzoek hebben we dus amper 1% van de beoogde doelgroep kunnen bereiken. Bijgevolg zijn de onderstaande resultaten mogelijk niet zeer robuust voor de visie van ASO's op hun mentaal welzijn en potentiële interventies ter verbetering hiervan.

De verdeling van de deelnemers wordt hieronder weergegeven op basis van verschillende kenmerken: geslacht, leeftijd, universiteit, opleidingsjaar, ziekenhuisspecialisatie en huidige opleidingsregio (Tabel 1-6). De meerderheid van de respondenten was vrouw (n=19), en bevond zich in het tweede (n=7) of derde opleidingsjaar (n=15). De deelnemers waren hoofzakelijk verbonden aan de universiteit Antwerpen (n=23). Wat betreft de ziekenhuisspecialisaties bemerken we een heterogene verdeling tussen de deelnemers, waarbij zowel beschouwende als snijdende disciplines goed vertegenwoordigd zijn. De grootste groep hierbij is afkomstig uit de inwendige geneeskunde, wat vermoedelijk verklaard kan worden doordat het nog een erg brede discipline is met veel ASO's. De keuze voor een subspecialisatie volgt pas in het vierde opleidingsjaar.

Tabel 1: geslacht van deelnemers

Geslacht	Aantal deelnemers
V	19
M	9

Tabel 2: Universiteit van deelnemers

Universiteit	Aantal deelnemers
UGent	3
UAntwerpen	23
VUBrussel	2

Tabel 3: leeftijd van deelnemers

Leeftijd	Aantal deelnemers
24	1
25	5
26	11
27	6
28	3
30	1
31	1

Tabel 4: opleidingsjaar van deelnemers

Opleidingsjaar	Aantal deelnemers
Jaar 1	5
Jaar 2	7
Jaar 3	15
Jaar 4	1

Tabel 5: ziekenhuisspecialisatie van deelnemers

Opleiding	Aantal deelnemers
Gynaecologie en verloskunde	3
Oftalmologie	1
Pathologische anatomie	1
Inwendige geneeskunde	9
Pediatrie	2
Plastische, reconstructieve en esthetische heelkunde	1
Anesthesie-reanimatie	3
Stomatologie en mond-, kaak- en aangezichtschirurgie	1
Psychiatrie, meer bepaald volwassenpsychiatrie	2
Heelkunde	1
Orthopedische geneeskunde	1
Urgentiegeneeskunde	1
Radiologie	1

Tabel 6: huidige opleidingsregio van deelnemers

Provincie	Aantal deelnemers
Antwerpen	20
Oost-Vlaanderen	5
Vlaams-Brabant	1
Brussels hoofdstedelijk gewest	1
Limburg	1

4.1.2 Analyse

Uit de analyse van de vragenlijst blijkt dat twee interventies duidelijk naar voren komen binnen de onderzochte populatie (Tabel 7). In de eerste plaats wordt het voorzien van vaste momenten van studietijd binnen het werkrooster als meest belangrijk beschouwd. Deelnemers geven aan dat beschermde tijd voor studiegerelateerde of wetenschappelijke activiteiten essentieel is om het mentaal welzijn te verbeteren. Opvallend is dat er een grote mate van eensgezindheid over deze interventie is, ongeacht de verschillende kenmerken van de deelnemers. Daarnaast wordt ook het registreren en beperken van werkuren sterk naar voren geschoven. Dit benadrukt nogmaals dat er nood is aan structurele maatregelen om de werkdruk te verminderen en de werk-privébalans te bewaken.

Bij de overige interventies zien we minder eensgezindheid tussen de deelnemers. Deze spreiding in scores wijst erop dat de noden en voorkeuren van de deelnemers op deze vlakken meer uiteenlopend zijn. Bijkomend onderzoek is dus nodig om deze verschillen in visie beter te kunnen begrijpen. Dit zal verder worden besproken bij *‘5. Discussie’*.

Tabel 7: descriptieve statistiek ranking verschillende interventies

	Workshops rond mindfulness	Workshops rond assertiviteit en stressmanagement	Individuele sessies met een getrainde coach/mentor	Begeleide peergroep op regelmatige basis	Registratie en concrete beperking werkuren	Evaluaties d.m.v. een pass/fail systeem	Vaste momenten van vrije tijd/studietijd op het werk	Jaarlijkse gezondheidscheck bij arts en/of psycholoog	Extra legale voordelen	Duidelijke informatie over beschikbare hulpverlening
N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
Missing	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Mean	7.21	6.25	4.54	5.25	3.54	7.33	2.71	7.38	4.79	6.00
95% CI mean lower bound	6.13	5.38	3.35	4.34	2.36	6.17	1.92	6.46	3.75	4.78
95% CI mean upper bound	8.29	7.12	5.73	6.16	4.72	8.49	3.50	8.29	5.83	7.22
Median	8.00	6.00	5.00	5.00	2.50	8.50	2.00	7.50	4.00	6.00
Standard deviation	2.55	2.07	2.81	2.15	2.80	2.75	1.88	2.16	2.47	2.89
Variance	6.52	4.28	7.91	4.63	7.82	7.54	3.52	4.68	6.09	8.35

4.1.3 Bijkomende feedback

Van de 28 deelnemende ASO's maakten er 9 gebruik van de mogelijkheid om bijkomende feedback te geven via het open tekstvak op het einde van de vragenlijst. Hoewel slechts een beperkt aantal deelnemers een motivering of suggestie gaf in het tekstvak, bieden deze opmerkingen wel waardevolle inzichten in de noden en prioriteiten van de ASO's met betrekking tot hun mentaal welzijn.

Wanneer we de feedback analyseren, komen enkele terugkerende thema's naar voren. In de eerste plaats wordt het registreren en beperken van de werkuren zeer frequent aangehaald als een belangrijke prioriteit. Meerdere deelnemers geven aan dat ze de huidige werkdruk als te hoog ervaren, waardoor er weinig tijd overblijft voor ontspanning en recuperatie.

> *"Aantal uren werken beperken en correct bijhouden is het belangrijkste naar mijn mening."*
>
> *"Door zoveel uren te werken, hebben we gewoonweg geen vrije tijd."*
>
> *"Meer vrije tijd geeft meer ruimte voor sport en ontspanning, dit is essentieel om je 'hoofd' leeg te maken waardoor je beter kan reflecteren en je leercurve enkel beter zal worden."*

Daarnaast benadrukken meerdere ASO's het belang van structurele aanpassingen in het werkrooster, waarin vaste studietijd kan ingepland worden voor bijvoorbeeld academische taken of achterstallige administratie. Zulke momenten kunnen bijdragen aan een betere werk-privébalans en zelfs motiverend werken doordat er meer ruimte ontstaat voor professionele ontwikkeling buiten het klinisch werk in het ziekenhuis.

> *"Vast geplande momenten om werk bij te benen of te kunnen studeren zou de opleiding veel aangenamer maken."*
>
> *"Wanneer er vaste momenten worden ingepland voor vrije tijd/wetenschappelijk werk heb je iets om naar uit te kijken en geeft het een extra motivatie."*

In verband met het registeren en beperken wijzen sommige ASO's ook op belangrijke knelpunten in de huidige werkomgeving. Zo wordt in de opmerkingen aangehaald dat er dat er grote interregionale verschillen zijn en dat er niet altijd transparant wordt omgegaan met de registratie van gewerkte uren. Ook blijkt dat er wel eens impliciete druk wordt uitgeoefend om gepresteerde uren niet volledig te registeren, waardoor er een onderschatting is van het werkelijke aantal arbeidsuren. Daarnaast wordt er dikwijls weinig rekening gehouden met recuperatietijd volgend op een wachtdienst, wat leidt tot een toename van vermoeidheid.

> *"Ook strengere regels en controle rond uren zijn zeker geen overbodige luxe, nu wordt er continu mee gefoefeld"*
>
> *"Afbakening en recup tijd na wacht wel nodig en goed dat deze in voegen is over het algemeen."*

Naast de organisatorische aanpassingen benadrukken enkele ASO's ook het belang van een veilige en ondersteunende werkomgeving. Volgens hen zijn een positieve werksfeer en respectvolle samenwerking met collega's essentieel om het mentaal welzijn te bevorderen. Een ASO geeft zelfs aan dat dit minstens even belangrijk is als structurele aanpassingen in de werkorganisatie.

“Belangrijker nog lijkt mij een gezond werkklimaat. De meeste van deze opties gaan over de ASO die meer handvaten zou moeten ontwikkelen, maar als je werkt op een plek waar je gerespecteerd wordt en veilige autonomie krijgt, dan werkt dat mentaal welzijn sowieso voor een groot stuk in de hand.”

Tot slot wijzen twee ASO’s op de potentiële meerwaarde van individuele sessies met een coach of workshops rond assertiviteit en stressmanagement. Dergelijke initiatieven kunnen ASO’s helpen om beter om te gaan met werkgerelateerde stress en hun eigen grenzen te bewaken.

“Ik denk dat coaching wel kan helpen work life balance te verbeteren en daarmee ook je grenzen leert bepalen.”

“Werken rond eigen stress- en spanningsreductie zou een grote meerwaarde zijn.”

4.2 Diepte-interview

Uit het diepte-interview kwamen verschillende terugkerende thema's naar voren die bijkomende inzichten bieden in het mentaal welzijn van arts-specialisten in opleiding en de implementatie van mogelijke interventies. Deze thema's worden hieronder verder toegelicht.

Gezien het feit dat slechts één interview werd afgenomen, hebben we geen uitgebreide coderingsprocedure toegepast. In plaats daarvan hebben we het interview geanalyseerd aan de hand van het transcript, waar we een thematische samenvatting van gemaakt hebben. Terugkerende ideeën en relevante accenten werden gebundeld in enkele overkoepelende thema's. Deze worden hieronder besproken.

4.2.1 Vaste studietijd op het werk

In verband met vaste studietijd tijdens de werkuren zijn er veranderingen geweest sinds de hervorming van de arbeidsvoorwaarden in het academiejaar 2021-2022. Waar vroeger een vaste halve dag per week als studietijd werd voorzien, is dit nu veranderd naar tien forfaitaire opleidingsdagen per jaar die de ASO zelf vrij kan inplannen. Verder staat in de wetgeving dat de ASO vrijgesteld is van klinisch werk voor het bijwonen van lessen en examens van de Ma-na-Ma-opleiding. In het universitair *charter* komt dit neer op ongeveer twee uur per week.

Het inplannen van de forfaitaire dagen wordt over het algemeen wel gerespecteerd door de ziekenhuisopleiders, in tegenstelling tot de vrijstelling van de klinische activiteiten: vaak worden ASO's onder druk gezet om hun les te laten vallen wanneer het druk is op de ziekenhuisdienst, en wordt het recht op deze "vrije tijd" niet meer ingehaald nadien. Bovendien wordt impliciet verwacht dat ASO's tijdens deze tijd steeds bereikbaar zijn. ASO's voelen weinig ruggensteun om dit te begrenzen. De universiteit benadrukt de wetgeving wel expliciet in haar *charter* dat door de ziekenhuisopleiders mee wordt ondertekend, maar bij overtredingen hiervan kunnen er geen harde sancties opgelegd worden gezien dit *charter* juridisch geen bindend karakter heeft.

4.2.2 Beperking van de werkuren

Een beperking van de werkuren is een belangrijk hulpmiddel in het verbeteren van de arbeidsomstandigheden van de ASO's. Echter is het niet heiligmakend en dient deze interventie toegepast te worden binnen een bredere hervorming van het zorgsysteem. De kern van het probleem is dat ziekenhuizen nog te veel steunen op ASO's om het draaiende te houden buiten de courante werkuren. Een concreet voorbeeld hiervan is dat de wacht officieel pas begint om 20u en duurt tot 8u de volgend dag, waarbij er 12 uur mooi overbrugd wordt. Desondanks is er toch de verwachting dat de ASO vanaf 18u beschikbaar is.

In België is er in principe de mogelijkheid om deeltijds in opleiding te zijn, maar wordt dit vaak geweigerd door stagemeesters omwille van bezorgdheden over het leerproces ("halftijds in opleiding zijn voor chirurgie gaat niet, want dan krijg je de vaardigheden niet in de vingers"). Als ASO's toch deeltijds willen werken, komt dit vaak neer op een contract van 80%. Omgerekend naar een standaardweek bij ASO's van 48 uur (tot 60 uur met *opting out*) komt dit neer op 38-48 uur per week, wat nog steeds meer is dan een gemiddelde werkweek in de niet-geneeskundige sector.

Ook is er sprake van een generatiekloof, waarbij vaak wordt gewezen op het feit dat de arbeidsvoorwaarden vroeger nog een pak zwaarder waren. Echter is dit volgens de coördinator niet helemaal waar: er zijn namelijk enkele grote verschuivingen gebeurd in het werk de laatste jaren. Om te beginnen is er de laatste jaren vaak een tekort aan artsen op bepaalde diensten, waardoor de werkdruk hoger ligt. Verder is er een sterk toegenomen administratieve druk en kruipt er veel meer tijd in het aanvullen van patiëntendossiers en schrijven van brieven. Tot slot zijn de verwachtingen van patiënten geëvolueerd: omdat steeds meer gezinnen zijn waarbij beide partners aan het werk zijn – vroeger bleven vrouwen veel vaker thuis voor het huishouden en de kinderen – is er vaak nog weinig vrije tijd over en verwacht men een snelle 'hier en nu" oplossing voor onder andere medische problemen. Ook dit legt extra druk op artsen.

Bovendien wordt door de coördinator aangehaald dat ASO's niet altijd goed voorbereid zijn op de werkdruk wanneer ze afstuderen van de basisopleiding. Stages en coschappen tonen vaak geen realistisch beeld van wat het werk als ASO echt inhoudt. Dit maakt dat studenten bij het kiezen van een specialisatie niet altijd goed geïnformeerd zijn. Door het grote contrast met de basisopleiding zijn de eerste weken/maanden als ASO vaak bijzonder uitdagend. Veel ASO's vinden op termijn hun weg hierin, maar er is ook een fractie waarbij deze aanpassing niet lukt en een heroriëntatie zich opdringt.

Op dit moment is de rol van de universiteit in het beperken van de arbeidsuren eerder beperkt. De universiteit heeft immers geen juridisch mandaat heeft om de grenzen van haar ASO's proactief te bewaken en – in geval van problemen – veranderingen af te dwingen. De universiteit speelt wel een rol bij bemiddeling in geval van zulke problemen en het trainen van ziekenhuisopleiders omtrent deze *topics*. Ook werd een universitair *charter* opgesteld, dat door alle partijen (ASO, ziekenhuis, universiteit) wordt ondertekend bij aanvang van een stageperiode. Dit *charter* poogt een duidelijk kader te geven voor een kwalitatieve en veilige opleidingsomgeving. Echter is dit juridisch niet bindend en kunnen overtredingen niet met de harde hand aangepakt worden. De universiteit kan er wel op inzetten om meldingskanalen meer onder de aandacht te brengen.

De enige manier waarop wel juridische afdwingbaarheid kan zijn, is wanneer een ASO zelf klacht neerlegt bij de arbeidsinspectie. In het verleden zijn er via deze weg wel sancties opgelegd voor een ziekenhuisdienst. Echter is de drempel om klacht neer te leggen vaak bijzonder hoog: de ziekenhuiswereld is vaak te klein om volledige anonimiteit te kunnen garanderen, ondanks dat de klokkenluiderswet in theorie bescherming zou moeten bieden aan de ASO. De kans op vergeldingsmaatregelen is dus vaak bestaande, zeker in kleinere specialisaties.

In academiejaar 2021-2022 is er, sinds de introductie van de nieuwe arbeidsvoorwaarden, al wel wat vooruitgang geboekt op vlak van het beperken van de werkuren. Vanaf dan zijn de voorwaarden tussen alle ziekenhuizen gelijkgetrokken en werd een werkurenregistratie verplicht. Echter gebeurt deze registratie nog via de eigen systemen van de ziekenhuizen. Het gevolg daarvan is dat met deze registratie dikwijls geknoeid wordt als blijkt dat de ASO meer werkuren heeft gepresteerd dan wettelijk toegelaten is.

Kortom: dat ASO's in de huidige ziekenhuiscontext onder druk staan, is volgens de opleidingscoördinator te wijten aan een gezondheidssysteem dat al langere tijd op zijn limieten botst. Om hieraan te werken is er een doortastende hervorming van het Belgische gezondheidszorg noodzakelijk. In tussentijd kan het concreet beperken van de werkuren al een mooie stap vooruit zijn om het mentaal welzijn van ASO's zo veel mogelijk te beschermen.

4.2.3 Beleidsmatige aspecten

Tijdens het gesprek kwam meermaals naar boven dat, los van bovenstaande interventies, er nood is aan een bredere hervorming van het wetgevend kader van de ASO-opleiding. De opleidingscoördinator voegt toe dat er momenteel nog te veel onduidelijkheid is rond dit kader, ook bij de ziekenhuisopleiders. De regelgeving is verspreid over verschillende wetten en ministeriële besluiten, en de erkenningscriteria verschillen per specialisme. Er is dus veel ruimte voor interpretatie door ziekenhuizen en opleiders, waardoor – vaak niet moedwillig – de grenzen van aanvaarbare arbeidsomstandigheden worden overschreden.

In dit kader wordt het belang van een systematische kwaliteitscultuur naar voren geschoven. Sommige ziekenhuisdiensten hebben reeds grote stappen gezet in de implementatie van kwaliteitssystemen, waarbij afdelingen op regelmatige basis worden geëvalueerd. Deze initiatieven lijken positieve effecten te hebben. Tegelijkertijd geeft de opleidingscoördinator aan dat een bredere uitrol van dergelijke systemen in België waarschijnlijk pas mogelijk is wanneer er een duidelijk wettelijk kader rond wordt ontwikkeld.

Momenteel gebeurt het toezicht voornamelijk reactief en niet proactief. Wanneer een ASO klacht indient bij de hogere raad, kan een ad hoc inspectiecomité worden samengesteld om de betrokken dienst te visiteren. Op basis hiervan kunnen, indien nodig, sancties worden opgelegd of kan de erkenning als opleidingsplaats worden ingetrokken. Volgens de opleidingscoördinator schiet deze aanpak tekort, omdat ze pas in werking treedt nadat problemen zich reeds hebben voorgedaan.

Bovendien speelt de financiering van de ASO-opleiding een grote rol in de huidige problematiek. Het loon van een ASO wordt namelijk betaald door het ziekenhuis waar de ASO werkt. Veel ziekenhuizen hebben hier echter een verdienmodel van gemaakt: de ASO moet zichzelf opbrengen doordat er meer consultaties of operaties kunnen plaatsvinden, wat nefast is voor de werkdruk en de opleidingsomgeving. Ook is het budget dat ziekenhuisopleiders krijgen (ongeveer €860 per maand per ASO) ontoereikend om een kwalitatieve opleiding te kunnen organiseren.

4.2.4 ‘Good practices’

De opleidingscoördinator haalt gedurende het gesprek enkele concrete voorbeelden aan hoe verbeteringen in de ASO-opleiding zouden kunnen doorgevoerd worden. Om te beginnen werd er meermaals gespiegeld met het Nederlandse opleidingssysteem en de bijhorende financiering. In Nederland krijgt een ziekenopleider jaarlijks €90 000 tot €120 000 per ASO die hij of zij opleidt. Van dit budget gaat ongeveer €60 000 naar loonkosten, de rest van dit bedrag dient gespendeerd te worden aan de opleiding en omkadering (infrastructuur) van de ASO.

Ook is er in Nederland al langere tijd een verplichte 48-urenweek voor ASO’s. Op heden wordt zelfs overwogen deze limiet nog verder te verlagen, en wordt gepleit om een week van 38 uur als een voltijdse werkweek te beschouwen, net zoals in de niet-medische sectoren.

Tot slot haalt de coördinator aan dat in Vlaanderen reeds meerdere ziekenhuisdiensten uit eigen initiatief zijn begonnen met interventies om het psychisch welzijn van hun ASO’s te waarborgen en een kwaliteitscultuur te installeren. Deze evolutie is echter nog niet algemeen aanvaard in Vlaanderen, maar dit wordt vanuit de universiteiten wel sterk aangemoedigd.

4.2.5 Aanbevelingen en drempels

Algemeen komen we tot de conclusie dat de rol van de overheid tot op heden eerder reactief was (ingrijpen wanneer er problemen zijn) en dat er niet proactief wordt opgetreden om grensoverschrijdende arbeidstoestanden op ziekenhuisdiensten te vermijden. Al zou het volgens de opleidingscoördinator effectiever zijn om systematisch diensten te bezoeken alvorens een erkenning uit te reiken. Op heden wordt de kwaliteit van een opleidingsplaats op universitair niveau geëvalueerd door middel van een ABC-bevragingen bij ASO's, maar kan een universiteit ook geen harde sancties opleggen bij tekortkomingen op bepaalde diensten.

De oprichting van een interuniversitair, onafhankelijk bestuursorgaan (vergelijkbaar met het ICHO in de huisartsenopleiding) zou een grote meerwaarde kunnen betekenen in het waarborgen van de kwaliteit van de ASO-opleiding. Ook zou zulke instantie beter en consequenter kunnen optreden wanneer grenzen worden overschreden. Echter is er vanuit de overheid momenteel nog veel weerstand voor zulke hervormingen, voornamelijk omwille van het financiële plaatje.

In afwachting van nieuwe maatregelen op dit hogere niveau, benadrukt de coördinator dat de interventies die uit de vragenlijst naar voren kwamen wel *'quick wins'* kunnen zijn om het mentaal welzijn van ASO's al wat te verbeteren.

5 Discussie

5.1 Implementatie van interventies binnen de Vlaamse ASO-opleiding

In de resultaten van deze studie zien we een mooie samenhang tussen de bevindingen uit het literatuuronderzoek, de vragenlijst en het diepte-interview, waarbij ze elkaar versterken en aanvullen. In alle onderzoeksluiken zien we dat structurele factoren, zoals werkdruk, arbeidsuren en de organisatie van de opleiding, een centrale rol spelen in het mentaal welzijn van ASO's.

Het literatuuronderzoek toonde het belang aan van structurele en organisatorische interventies, eerder dan enkel individuele strategieën. Deze bevindingen werden bevestigd in de vragenlijst bij de ASO's, waarin twee interventies duidelijk naar voren kwamen: het voorzien van vaste studietijd binnen het werkrooster en het beperken van de werkuren. Vooral rond het voorzien van studietijd bestond er een sterke consensus onder de ASO's, wat het belang van deze interventie nogmaals onderstreept.

Tegelijk is het opmerkelijk dat deze twee interventies in de internationale literatuur niet expliciet als "hoogst geprioritiseerd" naar voren komen, hoewel ze erg frequent vermeld worden als potentieel effectieve interventies. Dit kan er mogelijks op wijzen dat deze vorm van werkdruk in andere landen als een minder nijpend probleem wordt ervaren. In dat opzicht bieden onze resultaten dus een waardevolle aanvulling op de bestaande literatuur, door de nadruk te leggen op de noden van de ASO's binnen de Vlaamse opleidingscontext.

Een relevante zijsprong hierbij is dat registratie en beperking van werkuren sinds academiejaar 2024–2025 verplicht is geworden in de Vlaamse ASO-opleiding, waarbij een maximum van 48 werkuren per week geldt (met mogelijkheid tot uitbreiding tot 60 uur met *opting out*) (31). Dit beleid vormt al een erg belangrijke stap richting structurele verbetering van de ASO-opleiding, maar het blijft onduidelijk of deze regelgeving reeds voldoende invloed heeft op de werkdrukervaring van ASO's, zoals blijkt uit de blijvende bezorgdheden uit de vragenlijst en het diepte-interview.

Onze bevindingen rond de implementatie van vaste studietijd worden bovendien verder ondersteund door het focusgroeponderzoek uit de doctoraatsthesis van dr. Marieke Robbrecht. (32). In dit onderzoek gaven ASO's eveneens aan dat er onvoldoende tijd wordt vrijgemaakt voor studietijd tijdens de werkuren, wat leidt tot een spanningsveld tussen het klinisch werk en academische vorming. Daarnaast benadrukt de studie van dr. Robbrecht het belang van een "twee-richtingsfeedback" tussen ASO en opleider, wat essentieel is om problemen tijdig te detecteren en de kwaliteit van de opleiding te verbeteren.

Het diepte-interview heeft ons bijkomende inzichten gegeven, met name op het vlak van de haalbaarheid van onze twee belangrijkste interventies. Waar beide interventies als relevant worden erkend, blijkt het beperken van werkuren in de praktijk vaak moeilijk te realiseren door organisatorische en structurele beperkingen, vaak door de ziekenhuiscontext. Het voorzien van studietijd lijkt daarentegen als meer haalbaar en toepasbaar beschouwd te worden.

Bijkomend is het belangrijk om op te merken dat er verschillen zijn in perceptie tussen ASO's en opleiders, zoals beschreven in het recente overheidsrapport *'Kwaliteit van de stages van artsen-specialisten in opleiding in België'* (31). In dit rapport erkennen zowel ASO's als stagemeesters het belang van vaste studietijd en beperking en registratie van de werkuren, maar ervaren en percipiëren deze beide groepen het vaak verschillend. Zo geven de meeste ASO's aan dat de studietijd tijdens de werkuren onvoldoende structureel verankerd is op de opleidingsplaats, terwijl veel ziekenhuisopleiders ervaren dat hierover flexibiliteit is en deze vaste studietijd meestal wel beschikbaar is. Een gelijkaardige discrepantie wordt gezien in de perceptie van de werkuren, waarbij een groot deel van de ASO's aangeeft regelmatig meer arbeidsuren te werken dan wettelijk toegelaten, hoewel de meerderheid van de opleiders aangeeft dat zijn of haar ASO binnen de wettelijke limieten blijft. Het is echter belangrijk om te benadrukken dat deze verschillen niet noodzakelijk wijzen op tegenstrijdige intenties van ASO's en opleiders, maar dat er een verschil is in perceptie en ervaringen binnen het opleidingssysteem. Dit benadrukt het belang van dialoog tussen de ASO en stagemeester, waarbij een open feedbackcultuur — zoals ook aangehaald door dr. Robbrecht — een cruciale rol kan spelen. In dit opzicht is het spijtig dat er weinig animo was voor het focusgroeponderzoek; dit had de dialoog tussen ASO's en opleiders over hun percepties kunnen initiëren.

Terzijde (buiten de scope van dit onderzoek) is het ook leuk om op te merken dat in de analyse van de vragenlijst een verschil in "prioritisering" werd vastgesteld met betrekking tot het invoeren van een *pass/fail*-systeem, waarbij vrouwelijke deelnemers deze interventie significant hoger rangschikten dan mannelijke deelnemers. Gezien de beperkte en ongelijk verdeelde steekproef interpreteren we deze bevinding met de nodige voorzichtigheid en hebben we besloten deze niet bij *4. Resultaten* te vermelden. Toch opent dit perspectieven voor verder onderzoek. In de bestaande literatuur rond studenten geneeskunde – er werden geen studies gevonden met specifiek betrekking tot ASO's – werd aangetoond dat een *pass/fail*-systeem geassocieerd is met minder stress, angst en een lager risico op burn-out, evenals met een meer ondersteunende en minder competitieve leeromgeving (33-35). Hoewel deze resultaten niet rechtstreeks kunnen worden teruggekoppeld op ASO's, suggereren ze wel dat ook deze piste verder kan onderzocht worden bij ASO's in de toekomst.

Samengevat tonen onze resultaten uit alle onderzoeksluiken dus aan dat het verbeteren van het mentaal welzijn van ASO's een structurele aanpak vereist. Naast het identificeren van prioritaire interventies, is het essentieel om rekening te houden met de ziekenhuis- en opleidingscontext, perceptieverschillen tussen ASO's en stagemeesters en grotere, beleidsmatige factoren. Enkel met een geïntegreerde aanpak, waarbij rekening gehouden wordt met de hele context, kunnen we duurzame verbeteringen binnen de artsenopleiding realiseren.

5.2 SWOT-analyse

5.2.1 Sterktes

Een belangrijke sterkte van onze studie is de combinatie van meerdere onderzoeksluiken. Door zowel een literatuurstudie als een eigen empirisch onderzoek, waaronder een bevraging en een interview, uit te voeren, konden we het onderwerp vanuit andere invalshoeken bestuderen. In de literatuurstudie brachten we algemeen gekende stressoren en potentieel effectieve interventies in kaart, wat ons toeliet om een breed beeld te schetsen van factoren die het mentaal welzijn van ASO's beïnvloeden. Dit vormde een waardevolle basis voor de verdere uitwerking van ons eigen onderzoek.

Daarnaast hebben we in ons empirisch luik niet enkel gepeild naar noden en ervaringen van ASO's via een vragenlijst, maar ook geprobeerd om het perspectief van de opleidingsstructuur zelf mee te nemen door een diepte-interview met een opleidingscoördinator. Hoewel dit tweede onderzoeksluik uiteindelijk beperkter bleef dan initieel gepland – uiteraard hadden we gehoopt op meer enthousiasme – leverde het diepte-interview toch aanvullende inzichten op, met name rond de haalbaarheid en implementatie van interventies binnen de Vlaamse ziekenhuis- en opleidingscontext.

Een bijkomende sterkte is dat onze studie zich expliciet richt op interventies en niet enkel op het identificeren van factoren die het psychisch welzijn ondermijnen. Hiermee proberen we actief bij te dragen aan mogelijke oplossingen die het mentaal welzijn van ASO's kunnen verbeteren.

5.2.2 Zwaktes

Onze studie kent echter ook enkele belangrijke beperkingen. In de eerste plaats is de steekproefgrootte van de vragenlijst erg beperkt. Slechts 28 ASO's namen deel, waarvan slechts 24 de vragenlijst volledig invulden. Dit vertegenwoordigt slechts een klein deel van de totale populatie ASO's, waardoor de resultaten voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden.

Daarnaast zijn er mogelijke selectie-effecten. Het is mogelijk dat ASO's met een grotere betrokkenheid rond mentaal welzijn of met sterkere ervaringen (positief of negatief) meer geneigd waren om deel te nemen, wat de steekproef minder representatief zou kunnen maken.

Een andere belangrijke beperking is het uitblijven van de geplande focusgroepen met de ziekenhuisopleiders. Ondanks herhaalde pogingen om deelnemers te rekruteren, was er quasi geen respons om dit deel van het onderzoek te kunnen realiseren. Ook het tijdsgebrek dat we ervaarden door heel wat onverwachte vertragingen (onder andere met de goedkeuring door het ethisch comité) speelde hierin vermoedelijk een grote rol (Bijlage 2). Hierdoor konden we het perspectief van opleiders minder breed exploreren dan oorspronkelijk beoogd.

Als alternatief werd een diepte-interview afgenomen met één opleidingscoördinator. Hoewel dit waardevolle inzichten opleverde, blijft dit kwalitatieve luik beperkt in omvang en laat het geen brede representatie toe van verschillende opleidingscontexten.

5.2.3 Opportuniteiten

Onze studie biedt enkele aanknopingspunten die gebruikt kunnen worden voor verdere ontwikkeling van welzijnsinitiatieven in de ASO-opleiding. Ook kunnen onze bevindingen dienen als een basis voor grotere, meer representatieve studies om potentiële interventies verder te onderzoeken. Daarnaast zien we zeker extra potentieel in het verder uitwerken en testen van concrete interventies, zoals het voorzien van vaste studietijd en het beperken van werkuren, bijvoorbeeld in pilootprojecten opgezet door universiteiten. Maar ook de andere interventies die uit de literatuurstudie naar voren kwamen, kunnen inspirerend zijn, ondanks het feit dat ASO's ze op dit moment minder waardevol achten.

Ook de betrekking van verschillende "sleutelpersonen", waaronder ziekenhuisopleiders, ziekenhuismanagement en academische medewerkers die mee het beleid van de ASO-opleiding uittekenen, vormt een belangrijke kans. Onze studie toont aan dat de implementatie van interventies enkel kan werken bij een sterke organisatorische en beleidsmatige aanpak.

Onze onderzoeksopzet kon een begin zijn van uitwisseling tussen opleiders, ASO's en de universiteit over het welzijn van ASO's; dat dit nu niet gelukt is, hoeft niet te betekenen dat onze bevindingen daar niet op een later moment van dienst kunnen zijn.

5.2.4 Bedreigingen

Tegelijkertijd zijn er verschillende factoren die de implementatie van dergelijke interventies kunnen bemoeilijken. De ziekenhuiscontext wordt gekenmerkt door een hoge werkdruk, personeelstekorten en een complexe organisatie van gezondheidszorg, waardoor het invoeren van structurele veranderingen, zoals beperking van de werkuren, uitdagend wordt.

Daarnaast spelen ook de "culturele normen" binnen de geneeskunde een rol. De nog bestaande verwachtingen rond inzet, beschikbaarheid en werkethiek binnen de medische opleiding kunnen leiden tot weerstand tegenover veranderingen die gericht zijn op het verbeteren van het mentaal welzijn.

Ten slotte vormen ook het bredere beleids- en financieringskader een mogelijke belemmering. Zoals ook naar voren kwam in het diepte-interview, kan de huidige organisatie en financiering van de ASO-opleiding een invloed hebben op werkdruk en opleidingskwaliteit, en daarmee indirect op het mentaal welzijn van ASO's. Zonder structurele aanpassingen op dit niveau zal de impact van individuele interventies vermoedelijk in zekere mate beperkt blijven.

6 Conclusie

Uit onze studie kunnen we concluderen dat het mentaal welzijn van arts-specialisten in opleiding onder druk staat. Dit komt voornamelijk door structurele factoren, zoals een hoge werkdruk en lange werkuren, waardoor er vaak nog weinig tijd over is voor ontspanning.

Binnen onze studie kwam naar voren dat het voorzien van vaste studietijd en het beperken van werkuren als meest relevante interventies worden beschouwd door de ASO's. Tegelijk merkten we op dat de haalbaarheid en toepasbaarheid van dergelijke maatregelen sterk afhankelijk zijn van de ziekenhuiscontext en het bestaande beleidskader rond de ASO-opleiding dat er momenteel in België is. Dit laatste benadrukt dat duurzame verbeteringen van het mentaal welzijn van ASO's enkel mogelijk zijn door een geïntegreerde aanpak, waarbij zowel structurele aanpassingen als veranderingen in de ziekenhuis- en opleidingscultuur noodzakelijk zijn.

Gezien de beperkte steekproefgrootte in dit onderzoek, moeten we de bevindingen uit onze masterproef echter voorzichtig interpreteren. Verder onderzoek met grotere onderzoekspopulaties van ASO's en ziekenhuisopleiders is dus noodzakelijk om deze resultaten te bevestigen en verder te onderbouwen. Deze aanvullende studies zijn essentieel om het thema rond mentaal welzijn bij ASO's nog sterker op de agenda te plaatsen en bij te kunnen dragen aan concrete veranderingen binnen de opleiding.

7 Bijlagen

7.1 Interviewscript

Eerst en vooral starten we met een beknopte samenvatting van de resultaten uit de vragenlijst van de ASO's.

7.1.1 Inleidende vragen

- Wat wilt U ons zeker meegeven in kader van psychisch welzijn bij ASO's?
- Hoe ervaart U het mentaal welzijn van ASO's?
- Zijn er situaties die U bijblijven?
- Is dit veranderd doorheen de jaren?

7.1.2 Het voorzien van vaste momenten van "studietijd" binnen het werkrooster op het ziekenhuis

- Wordt er op heden iets gedaan om vaste "studietijd" binnen het werkrooster in het ziekenhuis te implementeren?
- Indien ja, wat wordt gedaan? Indien nee, waarom niet?

- Hoe zou deze interventie in de praktijk kunnen gebracht worden?
  - *Wat zou de rol van de universiteit hierin kunnen zijn?*
  - *Wat zou de rol van het/de ziekenhuis(opleiders) hierin kunnen zijn?*

- Wat is volgens U de meerwaarde van deze interventie?
- Welke drempels/valkuilen ziet U?
- Wat is er nodig om deze interventie in de praktijk om te zetten?

7.1.3 Registratie en concrete beperking van werkuren

- Wordt er op heden iets ondernomen rond het beperken van de werkuren?
- Indien ja, wat? Indien nee, waarom niet?

- Hoe zou deze interventie in de praktijk kunnen gebracht worden?
  - *Wat zou de rol van de universiteit hierin kunnen zijn?*
  - *Wat zou de rol van het/de ziekenhuis(opleiders) hierin kunnen zijn?*

- Wat is volgens U de meerwaarde van deze interventie?
- Welke drempels/valkuilen ziet U?
- Wat is er nodig om deze interventie in de praktijk om te zetten?

7.1.4 Afsluitende vragen

- Zijn er volgens U nog andere manieren om het mentaal welzijn van ASO's te verbeteren?
- Wat ziet U als rol van de opleider?
- En van de organisatie?
- Wat maakt volgens U het grootste verschil?
- Als U één prioriteit zou mogen kiezen om morgen te verbeteren, wat zou dat zijn?
- Is er nog iets dat U wil toevoegen dat we niet hebben besproken?

7.2 Onderzoekslogboek

11-2023	Verkennen onderwerpen database DATA
30-11-2023	Eerste contact promotor
19-12-2023	Afspraak promotor, bespreking verder uitwerking onderzoeksvraag - Uitwisselen contactgegevens Wemeds-onderzoekers
26-01-2024	Mail contact Dr. Anke Boone i.v.m. Wemeds-studie
07-02-2024	Videocall Dr. Anke Boone
13-02-2024	Mail contact HAIO's WeMeds studie
26-03-2024	Videocall HAIO's Wemeds
08-04-2024	Ontvangst voorlopige versie HAIO's Wemeds
30-04-2024	2e contact promotor (bespreking plan van aanpak & literatuurstudie)
04-05-2024	Ontvangst definitieve versie studie HAIO's Wemeds
10-05-2024	Uitvoeren literatuurstudie, verkennend
14-05-2024	Indienen voorlopige versie jaar 1
05-2024 → 11-2024	Doorwerken literatuurstudie + onderzoeksprotocol, voorbereiden nodig documenten EC
02-09-2025	Aanmaak dossier op website EC
08-10-2025	Dossier EC gedeeld met promotor
13-11-2024	Digitaal overleg promotor ter voorbereiding aanvraag EC
19-11-2024	Goedkeuring promotor indienen EC
05-12-2024	Overleg promotor + Indienen dossier EC
10-12-2024	Dossier EC gedeeld met ICHO
23-12-2024	Ontvangen feedback EC
12-2024 → 02-2025	Herwerken onderzoeksprotocol n.a.v. Feedback EC
10-02-2025	Overleg promotor i.v.m. feedback EC
18-02-2025	Aanmaak nieuw dossier op website EC
21-02-2025	Indienen Dossier EC 2e poging
10-03-2025	Ontvangen feedback EC 2e poging
26-03-2025	Aanmaken vragenlijst Qualtrics
31-03-2025	Indienen Dossier EC 3e poging
31-03-2025	Foutmelding, werd niet opgemerkt door onderzoekers
30-04-2024	Indienen Dossier EC 4e poging
05-05-2025	Ontvangen goedkeuring
06-05-2025	Overleg promotor i.v.m. verdere planning onderzoek + superviseren Qualtrics-vragenlijst.
14-05-2025	Indienen voortgangsverslag jaar 2
19-05-2025	Ontvangen feedback promotor op voortgangsverslag jaar 2
19-05-2025 → 15-10-2025	Herwerken onderzoeksprotocol n.a.v. feedback promotor Wijzigingen doorvoeren aan interviewgids
15-10-2025	Indienen amendement EC
17-10-2025	Ontvangen goedkeuring amendement EC
07-11-2025	Openen Qualtrics-vragenlijst
16-12-2025	Digitaal contact promotor i.v.m. voortgang vooronderzoek + feedback i.v.m. voorbereiding focusgroep

04-01-2026	Ontvangen feedback promotor
25-01-2026	Mail aanvraag feedback promotor n.a.v. herwerken literatuurstudie
06-02-2026	Mail kennismaking voorzitter onderwijscommissie
11-02-2026	Digitaal overleg promotor
17-02-2026	Ontvangen feedback promotor na gesprek
27-02-2026	Voorstelling onderzoek op onderwijscommissie
27-02-2026	Mail planning focusgroepen naar voorzitter onderwijscommissie
18-03-2026	Ontvangen antwoord mail planning focusgroepen
18-03-2026	Mail nieuwe voorstellen planning focusgroepen + delen enquête
19-03-2026	Ontvangstbevestiging bovenstaande
27-03-2026	Mail naar promotor i.v.m. gebrek aan respons op focusgroep aanvraag & vragenlijst
02-04-2026	Afsluiten Qualtrics-vragenlijst
03-04-2026	Telefonisch contact promotor i.v.m. bovenstaande ➔ Besluit tot uitvoeren diepte-interview bij voorzitter onderwijscommissie
03-04-2026	Mail voorzitter onderwijscommissie voorstel tot diepte-interview
03-04-2026	Ontvangen antwoord i.v.m. bovenstaande
02-04-2026 → 04-04-2026	Analyse resultaten Qualtrics-vragenlijst
15-04-2026	Diepte-interview opleidingscoördinator
16-04-2026 → 18-04-2026	Analyse diepte-interview → controle door promotor
19-04-2026 → 23-04-2026	Schrijven discussie en conclusie → controle door promotor
24-04-2026	Schrijven abstract
25-04-2026	Aanpassingen lay-out + finetuning
25-04-2025	Indienen masterproef

8 Referenties

1. 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.

2. Sibeoni J, Bellon-Champel L, Mousty A, Manolios E, Verneuil L, Revah-Levy A. Physicians' Perspectives About Burnout: a Systematic Review and Metasynthesis. J Gen Intern Med. 2019;34(8):1578-90.

3. Ironside K, Becker D, Chen I, Daniyan A, Kian A, Saheba N, et al. Resident and Faculty Perspectives on Prevention of Resident Burnout: A Focus Group Study. Perm J. 2019;23.

4. Nobleza D, Hagenbaugh J, Blue S, Skahan S, Diemer G. Resident Mental Health Care: a Timely and Necessary Resource. Acad Psychiatry. 2021;45(3):366-70.

5. Pereira-Lima K, Loureiro SR. Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents. Psychol Health Med. 2015;20(3):353-62.

6. Mari S, Meyen R, Kim B. Resident-led organizational initiatives to reduce burnout and improve wellness. BMC Med Educ. 2019;19(1):437.

7. Teoh K, Singh J, Medisauskaite A, Hassard J. Doctors' perceived working conditions, psychological health and patient care: a meta-analysis of longitudinal studies. Occup Environ Med. 2023;80(2):61-9.

8. Winkel AF, Feldman N. Work Hour Limits Versus Wellness Interventions in Reducing Resident Burnout. J Grad Med Educ. 2017;9(5):664-5.

9. Stevens K, Davey C, Lassig AA. Association of Weekly Protected Nonclinical Time With Resident Physician Burnout and Well-being. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2020;146(2):168-75.

10. Wu A, Parris RS, Scarella TM, Tibbles CD, Torous J, Hill KP. What gets resident physicians stressed and how would they prefer to be supported? A best-worst scaling study. Postgrad Med J. 2022;98(1166):930-5.

11. DeChant PF, Acs A, Rhee KB, Boulanger TS, Snowdon JL, Tutty MA, et al. Effect of Organization-Directed Workplace Interventions on Physician Burnout: A Systematic Review. Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes. 2019;3(4):384-408.

12. Busireddy KR, Miller JA, Ellison K, Ren V, Qayyum R, Panda M. Efficacy of Interventions to Reduce Resident Physician Burnout: A Systematic Review. J Grad Med Educ. 2017;9(3):294-301.

13. Eskander J, Rajaguru PP, Greenberg PB. Evaluating Wellness Interventions for Resident Physicians: A Systematic Review. J Grad Med Educ. 2021;13(1):58-69.

14. Sofka S, Lerfald N, Reece J, Davisson L, Howsare J, Thompson J. Universal Well-Being Assessment Associated With Increased Resident Utilization of Mental Health Resources and Decrease in Professionalism Breaches. J Grad Med Educ. 2021;13(1):83-8.

15. Riall TS, Teiman J, Chang M, Cole D, Leighn T, McClafferty H, et al. Maintaining the Fire but Avoiding Burnout: Implementation and Evaluation of a Resident Well-Being Program. J Am Coll Surg. 2018;226(4):369-79.

16. Aggarwal R, Deutsch JK, Medina J, Kothari N. Resident Wellness: An Intervention to Decrease Burnout and Increase Resiliency and Happiness. MedEdPORTAL. 2017;13:10651.

17. Boet S, Etherington C, Dion PM, Desjardins C, Kaur M, Ly V, et al. Impact of coaching on physician wellness: A systematic review. PLoS One. 2023;18(2):e0281406.

18. Solms L, van Vianen A, Koen J, Theeboom T, de Pagter APJ, De Hoog M, et al. Turning the tide: a quasi-experimental study on a coaching intervention to reduce burn-out symptoms and foster personal resources among medical residents and specialists in the Netherlands. BMJ Open. 2021;11(1):e041708.

19. Fischer J, Alpert A, Rao P. Promoting Intern Resilience: Individual Chief Wellness Check-ins. MedEdPORTAL. 2019;15:10848.

20. Regehr C, Glancy D, Pitts A, LeBlanc VR. Interventions to reduce the consequences of stress in physicians: a review and meta-analysis. J Nerv Ment Dis. 2014;202(5):353-9.

21. Verweij H, van Ravesteijn H, van Hooff MLM, Lagro-Janssen ALM, Speckens AEM. Mindfulness-Based Stress Reduction for Residents: A Randomized Controlled Trial. J Gen Intern Med. 2018;33(4):429-36.

22. Szuster RR, Onoye JM, Eckert MD, Kurahara DK, Ikeda RK, Matsu CR. Presence, resilience, and compassion training in clinical education (PRACTICE): Evaluation of a mindfulness-based intervention for residents. Int J Psychiatry Med. 2020;55(2):131-41.

23. Speckens A, Verweij H, van Ravesteijn H, Lagro-Janssen T. [Mindfulness for medical, surgical and psychiatric residents]. Tijdschr Psychiatr. 2019;61(3):188-93.

24. Taylor M, Hageman JR, Brown M. A Mindfulness Intervention for Residents: Relevance for Pediatricians. Pediatr Ann. 2016;45(10):e373-e6.

25. Bommarito S, Hughes M. Intern Mental Health Interventions. Curr Psychiatry Rep. 2019;21(7):55.

26. McCue JD, Sachs CL. A stress management workshop improves residents' coping skills. Arch Intern Med. 1991;151(11):2273-7.

27. Garcia DI, Pannuccio A, Gallegos J, Mullner D, Cameron J, Mukherjee R, et al. Resident-Driven Wellness Initiatives Improve Resident Wellness and Perception of Work Environment. J Surg Res. 2021;258:8-16.

28. Johnson WR, Davidson M, Nagler A, Terhune KP. Take 10: A Resident Well-Being Initiative and Burnout Mitigation Strategy. J Surg Educ. 2022;79(2):322-9.

29. Delbecq A, Ven A, Gustafson D. Group Techniques for Program Planning: A Guide to Nominal Group and Delphi Processes. Glenview, Illinois: Scott Forman and Co. 1986.

30. Timothée Mahieu JP, Jana Camerlinckx, Virginie Verdin, Zohra Chbaral, Patricia Ghilbert, Olivier Van Weyenbergh,, Antoine Lecat PJ, Laeticia Gérard. JAARSTATISTIEKEN MET BETREKKING TOT DE BEOEFENAARS VAN GEZONDHEIDSZORGBEROEPEN IN BELGIË. In: Volksgezondheid FO, editor. https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/statan_2024_nl.pdf: Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen; 2024. p. 183.

31. Annick Poncé AS, Joëlle Pieters, Isabelle Tack, Coline Deghorain, Carole Leminse, Joëlle Pieters, Isabelle Tack, Hanne Van Herp. Kwaliteit van de stages van artsen-specialisten in opleiding in België. In: Volksgezondheid FO, editor. https://www.health.belgium.be/nl/professionals/gezondheidsprofessionals/menselijke-gezondheid/gezondheidszorgberoepen/toegang-tot-gezondheidszorgberoepen/artstandarts/opleiding-tot-arts-specialist: Federale Overheidsdienst Volksgezondheid; 2024. p. 242.

32. Robbrecht M, Van Winckel M, Norga K, Embo M. Exploring residents and supervisors' workplace learning needs during postgraduate medical education. International journal of medical education. 2023;14:65.

33. Reed DA, Shanafelt TD, Satele DW, Power DV, Eacker A, Harper W, et al. Relationship of pass/fail grading and curriculum structure with well-being among preclinical medical students: a multi-institutional study. Acad Med. 2011;86(11):1367-73.

34. Spring L, Robillard D, Gehlbach L, Simas TA. Impact of pass/fail grading on medical students' well-being and academic outcomes. Med Educ. 2011;45(9):867-77.

35. Rohe DE, Barrier PA, Clark MM, Cook DA, Vickers KS, Decker PA. The benefits of pass-fail grading on stress, mood, and group cohesion in medical students. Mayo Clin Proc. 2006;81(11):1443-8.