Masterproef huisartsgeneeskunde

ONDERZOEK NAAR HET WELBEVINDEN VAN DE JONGE VLAAMSE HUISARTS

Huisarts in opleiding: Dr. Carole Bogaerts

Promotor: Prof. Dr. Jan Vandevoorde
Co-promotor: Dhr. Guy Gielis
Informatica: Prof. Dr. Dirk Devroey

Vakgroep Huisartsgeneeskunde
Vrije Universiteit Brussel
2010-2012

VOORWOORD

INHOUDSTAFEL

ABSTRACT…….……4

1. INLEIDING…….……6

1.1 Waarom gekozen voor dit thema?.....6

1.2 Literatuurstudie…….…..…7

1.3 Eigen onderzoek…….....…..21

2. METHODE……23

2.1 Onderzoeksopzet……..23

2.2 Onderzoekspopulatie……24

2.3 Instrument……25

2.4 Analyse……27

3. RESULTATEN……..28

3.1 De respondenten……...…28

3.2 De resultaten van de totale groep (n=186)……...…28

3.3 De resultaten van de huisartsen met kinderen (n=109)……...….35

3.4 Een vergelijking tussen de significante variabelen uit de multivariate analyses van de totale groep huisartsen en de groep huisartsen met kinderen…….……43

3.5 De antwoorden op de open vragen van de totale groep huisartsen…...44

4. DISCUSSIE……...46

4.1 Interpretatie van de gegevens……...46

4.2 Vergelijking tussen het welbevinden van de haio's en de jonge huisartsen in Vlaanderen……...…..50

4.3 Vergelijking met bestaande literatuur……..53

4.4 Adviezen voor de huisartsen……57

4.5 Sterke en zwakke punten van het onderzoek……...……58

4.6 Toekomstig onderzoek…….59

5. BESLUIT…….……..60

6. DANKWOORD…….……61

7. REFERENTIES…….62

8. BIJLAGEN..……..65

Bijlage 1: Het verband tussen algemeen welbevinden en variabelen in de totale groep huisartsen (n=186)…….……..…66

Bijlage 2: Het verband tussen algemeen welbevinden en variabelen in de groep huisartsen met kinderen (n=109)…….……70

Bijlage 3: Vrije opmerkingen van de huisartsen……...…74

Bijlage 4: Vragenlijst……...……78

ABSTRACT

DOEL

Hoe is het welbevinden van *de jonge Vlaamse huisarts*?

Met welke contextuele en individuele factoren hangt dit welbevinden samen?

Deze masterproef huisartsgeneeskunde is een aanvulling op mijn eindwerk tot het behalen van het diploma van arts waarin het welbevinden van *de Vlaamse huisarts-in-opleiding (haio)* werd onderzocht.

Als doel werd dan ook gesteld om de variabelen die in verband stonden met het welbevinden bij de jonge Vlaamse huisarts te vergelijken met deze van de Vlaamse huisarts in opleiding en zo mogelijk adviezen te formuleren voor de jonge huisartsen.

Dit onderzoek is geïnspireerd op een Nederlands onderzoek rond het welbevinden van vrouwelijke haio's die de opleiding tot huisarts combineerden met het moederschap.

METHODE

Een internetenquête onder de Vlaamse huisartsen die afstudeerden als huisarts tussen de academiejaren 2003-2004 tem 2008-2009 betreffende zes categorieën, namelijk: persoonskenmerken, kenmerken uit de thuissituatie, werksituatie, motivatie, copingstrategieën en welbevinden.

RESULTATEN

De resultaten van deze studie zijn gebaseerd op de respons van 186 Vlaamse huisartsen.

De gemiddelde score op het subjectief ervaren welbevinden van deze Vlaamse huisartsen (met en zonder partner/kinderen) was 3.0 op een 4-punts Likertschaal.

In de totale groep huisartsen (n=186) verhoogden de variabelen ‘het hebben van kinderen’ (OR= 2.77, p= 0.004), ‘het gemiddeld percentage huisbezoeken’ (OR= 2.23, p=0.03) en ‘de emotionele steun van de familie’ (OR=2.01, p=0.04) het welbevinden.

Bij de huisartsen met kinderen (n=109) verhoogden de variabelen ‘het gemiddeld aantal patiëntencontacten per week’ (OR= 2.62, p= 0.02) en ‘de samenwerking met de wachtkring’ (OR=4.75, p=0.04) het welbevinden.

BESLUIT

Jonge huisartsen ervaren subjectief een goed algemeen welbevinden.

De gemiddelde scores voor algemeen welbevinden bij de jonge huisartsen in dit onderzoek zijn zeer gelijkaardig als de gemiddelde scores voor algemeen welbevinden in het onderzoek bij de huisartsen-in-opleiding, maar de factoren die hier een invloed op hebben verschillen.

1. INLEIDING

1.1 Waarom gekozen voor dit thema ?

Als bijna afgestudeerde haio stel je je meer en meer vragen over hoe de toekomst als werkende huisarts er zal uitzien. Je hebt in die twee jaar zowel persoonlijk als professioneel een evolutie doorgemaakt en ‘in real time’ de verschillende facetten van het huisartsen beroep leren kennen.

Vragen als ‘wil ik later in een solo-, duo- of groepspraktijk werken ?’, ‘welke investeringen zal ik moeten doen?’, ’welke impact op gezin en eigen levenskwaliteit zal het werken als huisarts hebben ?’ .. komen meer en meer naar voren.

In de media en als huisarts-in-opleiding worden wij regelmatig geconfronteerd met personen die kampen met surmenage, depressie, burn-out,..

In het 7^{e} jaar geneeskunde ging ik in mijn masterthesis na hoe haio’s werk en gezin combineerden. Het logisch vervolg voor het behalen van mijn master na master huisartsgeneeskunde was dan hoe die afgestudeerde haio’s hun weg vonden als huisarts en welke individuele en contextuele factoren van belang waren voor hun welbevinden.

Ik doe heel graag het huisartsenberoep en zou dit het liefst gedurende mijn hele leven lang zo houden.

Ik zou het zeer spijtig vinden om mijn (jonge) beroepsvreugde te verliezen.

Door te ontdekken wat nu juist die belastende en minder aangename aspecten van dit beroep zijn en hoe het komt dat meer en meer jonge huisartsen afhaken hoop ik mij te kunnen wapenen tegen deze gevaren en mijn conclusies te kunnen delen met collega’s.

1.2 Literatuurstudie

Dat levenskwaliteit en welbevinden een belangrijk item zijn staat buiten twijfel.

Er is veel literatuur te vinden rond stress, surmenage, burn-out en coping.

1.2.1 Enkele begrippen op een rijtje

Een beschrijving van de begrippen ‘stress’, ‘coping’, ‘surmenage’ en ‘burn-out’ verscheen onlangs in het tijdschrift Huisarts Nu in een artikel geschreven door R. Rogiers, et al. (1).

- **Stressreacties en stressoren:**

Een stressreactie kan worden gezien als een deels autonoom verlopende aanpassingsreactie van het menselijke systeem op een uitdaging (of het gebrek aan uitdagingen).

Die autonome respons omvat biochemische en fysiologische veranderingen, maar evenzeer cognitieve, emotionele en gedragsmatige reacties.

Stressoren kunnen zowel intern als extern gegenereerd worden.

Stressoren kunnen voortkomen uit somatische stimuli (bv. pijn).

Maar ook psychologische (bv. perfectionisme) en sociale factoren (bv. uitsluiting) kunnen maken dat mensen ‘stress’ ondervinden.

Wellicht zijn er ook stressoren waarvan we ons niet expliciet bewust zijn of die we niet opmerken. Mechanismen als gewenning of onvoldoende aandacht voor de eigen lichaamssignalen kunnen hieraan ten grondslag liggen.

Wat ook belangrijk is en waar we ons misschien minder bewust van zijn is dat wanneer we een situatie als bedreigend ervaren, we ook een inschatting maken van onze mogelijkheden om met die bedreiging om te gaan. Daarin speelt de perceptie van mate van controle en mate van voorspelbaarheid een belangrijke rol.

- **Coping:**

Niet alleen de inschatting van de bedreiging kent een subjectieve component.
De mate van stressreactie wordt ook bepaald door de inschatting van de eigen copingmogelijkheden. Coping wordt hier gedefinieerd als het zich engageren in diverse vaardigheden om de effecten van stressoren te reduceren en deze stressoren zelf zoveel mogelijk uit te sluiten of zich aan te passen. Ziet diegene die de bedreiging ervaart, zichzelf als iemand die in staat is om adequaat op de situatie te reageren of het tegendeel? Of coping adequaat is of niet, wordt bepaald door het effect van de coping op de intensiteit en frequentie van de klacht op korte en lange termijn.
Inadequate coping onderhoudt of versterkt de klacht of het problematisch functioneren.
De mate waarin we onszelf in staat achten een lastige situatie te overwinnen of mee om te gaan speelt dus ook mee in ons ervaren 'stress-gevoel'.
Indien we dus vaak (mogelijk ongegrond) denken dat we iets niet goed zullen kunnen zal dit ons 'stress-systeem' op de proef stellen.

- **Overspanning of surmenage:**

Een acute stressreactie kunnen we omschrijven als een normale, tijdelijke en voorbijgaande reactie op een fysieke, psychische of sociale reële of gepercipieerde bedreiging. Surmenage of overspanning en burn-out treden op wanneer door langdurig inwerken van chronische stress een evenwicht tussen draagkracht en draaglast langdurig en intens is aangetast en de natuurlijke feedbackmechanismen niet meer behoorlijk functioneren. Een toenemende mate van uitputting op diverse niveaus (fysiek en psychisch) springt daarbij het meest in het oog.
In de literatuur is er nogal wat controverse over de term 'overspanning' of 'surmenage'.

In een pragmatische poging om toch wat meer klaarheid te schenken rond de term ‘overspanning’ of ‘surmenage’ kan beroep gedaan worden op een model waarin het verbreken van een evenwicht tussen draagkracht en draaglast, de fameuze balans, alsook het (on)vermogen van de individuele patiënt om daarmee adequaat om te gaan, aan de basis ligt van een fysieke en psychische toestand waar uitputting tot de kernsymptomen behoort.
Dit model focust in de eerste plaats op het individu. De werk- en leefomgeving kunnen zowel bron van draaglast als van adequate ondersteuning (draagkracht) zijn.
Daarnaast uit de stress-stoornis zich via vele stress-gerelateerde klachten zoals nek- en spierpijnen, hoofdpijn, nervositas of gejaagdheid alsook een (al dan niet motorische) onrust tot en met slapeloosheid.
De term ‘uitputting’ is in het kader van overspanning gerelateerd aan werk of arbeid (te veel of te weinig).

- **Burn-out:**

De literatuur biedt iets meer duidelijkheid over burn-out. In de geestelijke gezondheidszorg staat de term ‘burn-out’ voor een eindstadium van uitputting dat arbeid- of werkgerelateerd is en zich op drie verschillende domeinen manifesteert: vermoeidheid/emotionele uitputting, depersonalisatie (cynisme), twijfelen aan eigen kunnen/ verminderde persoonlijke bekwaamheid. Er wordt een tijdslijn van minimum twaalf maanden vooraf bestaande klachten verondersteld.
In de Verenigde Staten werd deze term in de jaren ‘70 geïntroduceerd door Maslach.

1.2.1 Resultaten van het onderzoek naar het welbevinden van *de Vlaamse huisartsen in opleiding*.

In mijn eindwerk tot het behalen van het diploma van arts in 2010 gaven 150 haio's aan hoe hun welbevinden was en welke individuele en contextuele factoren hiermee in relatie stonden (2).

De antwoorden van de totale groep haio's (n=150) en die van een subgroep haio's met partner (n=107) werden apart geanalyseerd en besproken.

1.2.1.1 De resultaten van de totale groep haio's (n=150)

Met een gemiddelde score op totaal welbevinden van 2.9 op een schaal van één tot vier voelden de Vlaamse haio's zich in het algemeen goed.

In een multivariate logistische regressie-analyse werd aangetoond dat het hebben van huishoudelijke hulp (OR: 2.27, p: 0.06), alsook het stellen van grenzen (OR: 3.97, p:0.01) het welbevinden verhoogde.

Het beschikken over huishoudelijke apparaten verminderde het welbevinden (OR: 0.25, p: 0.01), alsook het ervaren van een hoge werkdruk in de opleidingssituatie (OR: 0.20, $p < 0.001$).

Bijna alle haio's waren gemotiveerd. De motivatie om huisarts te worden stond zeer sterk statistisch significant in verband met het welbevinden ($p < 0.001$).

1.2.1.2 De resultaten van de haio's met partner (n=107)

Van de 150 haio's die de enquête rond welbevinden bij haio's volledig invulden hadden op dat moment 107 haio's een partner (71.3%).

De gemiddelde score op totaal welbevinden bij de haio's met partner was gelijk aan de score op totaal welbevinden van de totale groep, namelijk 2.9 op een schaal tot vier.

Het hebben van kinderen (OR= 0.07, p= 0.04) en het ervaren van een hoge werkdruk (OR= 0.12, $p < 0.001$) verminderden het welbevinden.
Het kunnen rekenen op huishoudelijke hulp verhoogde het welbevinden (OR= 2.40, p= 0.09).
Ook in deze groep bleek motivatie zeer sterk significant in verband te staan met de kans op hoog welbevinden ($p < 0.001$).

Geen enkele van de onderzochte copingstijlen (grenzen stellen, hollen en rennen, prioriteiten stellen, troostende gedachten en delegeren) had een invloed op het welbevinden.

1.2.1.3 De resultaten van de haio's met kinderen (n=10)

Vermits slechts tien haio's kinderen hadden werden geen statistische analyses uitgevoerd in deze groep. Acht haio's met kinderen hadden een partner.

1.2.2 Voorafgaand onderzoek naar het welbevinden van artsen

1.2.2.1 Het welbevinden van huisartsen (30-40 jaar) in Vlaanderen

In een beschrijving van praktijksituatie, beroepsactiviteiten, levenskwaliteit, carrièreperspectief en motivatie van jonge huisartsen tussen 30 en 40 jaar werd vastgesteld dat steeds meer jonge huisartsen, zowel mannen als vrouwen, andere keuzes maken dan de voorgaande generaties aangaande de manier waarop ze hun professionele leven met hun privéleven wensen te combineren (3).

Huisartsen gaven hun levenskwaliteit in dit onderzoek een gemiddelde score van 7,6 op 10. De 'tijd voor zichzelf en de persoonlijke interesses' kreeg de laagste score.

Ook bleek dat 17,0% van de huisartsen al één of meerdere keren last had gehad van een burn-out.

1.2.2.2 Jobvoldoening bij gevestigde huisartsen

Omwille van de dreiging van een tekort aan huisartsen werd in een internationaal literatuuronderzoek onderzocht welke factoren voor een instroom in de richting huisartsgeneeskunde zorgden en door welke factoren gevestigde huisartsen professioneel actief bleven (4). De resultaten hiervan verschenen in een artikel in Huisarts Nu.

Uit de geïncludeerde artikels werden 4 groepen factoren geïnventariseerd die een invloed hadden op de jobvoldoening bij de huisartsen:

- de soort relatie tussen arts en patiënt (de completere zorg die je als huisarts kan bieden, in verschillende levensstadia, met betrekking tot familieleden en kennissen),
- de diversiteit in zorgverlening (acute, chronische, preventieve, continue zorg, klinische vaardigheden),
- het autonoom kunnen werken (zowel toename als afname jobvoldoening), en
- het hebben van goede netwerken (zowel persoonlijk als professioneel).

In 2008 werden in het KCE-rapport 'Huisartsgeneeskunde: aantrekkingskracht en beroepstrouw bevorderen' onderzocht waarom jonge huisartsen die een praktijk hadden het beroep verlieten (5).

De moeilijke werkomstandigheden die deze huisartsen ervoeren waren:

- een gebrek aan jobcontrole (d.w.z. beschikbaarheid, eisen van talrijke patiënten, eisen van collega's binnen groepspraktijken),
- stresserende situaties (bv. spoedgevallen),
- een hoge werkbelasting, en
- moeilijke relaties met patiënten en/of met andere huisartsen.

Deze werkomstandigheden interfereerden met hun privéleven en hun professionele ontwikkeling. De geïnterviewde artsen voelden zich uitgeput en hadden geen energie meer voor verdere persoonlijke of professionele activiteiten.

De huisartsen formuleerden concrete suggesties om meer artsen binnen het beroep te houden:

- de promotie van groepspraktijken,
- de organisatie van wachtdiensten,
- financiële ondersteuning van de praktijken,
- continue medische opleidingen en
- een verbeterde huisartsenopleiding.

In het KCE rapport werden volgende beleidsmaatregelen voorgesteld om :

1) de werksituatie te verbeteren:

- werken in teamverband
- administratieve ondersteuning
- goed georganiseerde wachtdiensten
- een beter evenwicht met het privé-leven mogelijk maken door bv. loopbaanonderbreking (waaronder zwangerschapsverlof), deeltijds werken en continue medische vorming
- het imago van het huisartsenberoep verbeteren

2) de financiële omstandigheden te verbeteren:

- impulsen voor werken in groepsverband en vestiging in onderbezette gebieden
- inkomensverschillen tussen specialisten en huisartsen objectiveren en zo nodig verminderen

1.2.2.3 Burn-out bij huisartsen

In oktober 2011 verscheen het rapport van het Federaal Kenniscentrum rond de preventie en aanpak van burn-out bij huisartsen (6).

Er werd geen enkele goede studie teruggevonden over de prevalentie van burn-out bij Belgische artsen. De "Fédération des maisons médicales" schatte in 2005 dat 10% van de huisartsen aan burn-out leden. Dit was geen verrassende vaststelling omdat artsen mogelijkerwijs kwetsbaar zijn voor burn-out. Deze kwetsbaarheid wordt veroorzaakt door de aard zelf van hun werk, door de relatie met de patiënten, waarbij de verwachtingen en de verzoeken toenemen en vaak de medische sfeer overstijgen (sociale, familiale of economische problemen), door hun zeer grote professionele inzet en door de noodzaak om de zorgcontinuïteit te waarborgen aan de bevolking ook al zit de context niet mee. Bovendien zijn huisartsen geneigd hun persoonlijk welzijn, en zelfs hun eigen gezondheid, te verwaarlozen en hun problemen te ontkennen.

Het KCE identificeerde actielijnen voor de zes domeinen van verstoord evenwicht die gepaard gaan met burn-out zoals beschreven door Maslach en Leiterc.

Deze zes domeinen omvatten voor de huisartsgeneeskunde:

de waarden, de verhouding verplichting/bescherming, de ondersteuning,

de controle op de beroepsactiviteiten, de erkenning en de overbelasting.

In België bestaat er vandaag geen enkel specifiek programma voor de globale aanpak van burn-out bij huisartsen, in tegenstelling tot andere landen zoals Canada en Spanje.

De voorgestelde actiepunten zijn gebaseerd op de wetenschappelijke literatuur, interviews met huisartsen die aan burn-out leden of geleden hadden en de bestaande buitenlandse en Belgische ervaringen.

De aanbevelingen werden voorgelegd aan en bijgestuurd door een reflectiegroep van 59 huisartsen en vervolgens gevalideerd door een panel van belanghebbenden (beroepsverenigingen van artsen, universiteiten , enz.) en experten.

1. de waarden:

Waarden die tegenstrijdig kunnen zijn (zoals vertrouwen in collega's, responsabilisering van de patiënten, evaluatie van de praktijk, levenskwaliteit,...) zouden geïdentificeerd moeten worden. Vervolgens zouden deze waardenconflicten openbaar bespreekbaar moeten zijn waardoor sommige actielijnen beter aanvaard zouden kunnen worden.

2. de verhouding verplichting/bescherming:

De professionele verplichtingen en individuele bescherming in evenwicht brengen

o Door een goede zorg voor de gezondheid van de huisartsen te organiseren.

Twee werkwijzen zijn mogelijk waarbij de tweede de voorkeur zou moeten krijgen :

1 - elke huisarts ertoe brengen een eigen huisarts te hebben. Deze referentiearts moet speciaal opgeleid zijn om een collega te kunnen opvolgen en moet bij voorkeur iemand zijn buiten de vriendenkring of de geografische zone waar de huisarts actief is;

2 - een programma uitwerken voor preventie, opsporing en regelmatige check-ups van de gezondheid, volgens het model van de arbeidsgeneeskunde. Deelname aan dit programma zou eventueel verplicht kunnen worden gesteld.

o Door de sociale bescherming van de huisartsen te verbeteren (vooral in het geval van ziekte) en door hun vervanging te vergemakkelijken.

3. de ondersteuning:

Het gebrek aan steun van collega's verhelpen:

o Een overleggroep creëren over steun van collega's. Deze groep zou als taak hebben om middelen te zoeken voor het stimuleren van overleggroepen en voor het versterken van het sociale weefsel tussen collega's.

o De initiatieven van de Belgische overheid betreffende de stimulering van groepspraktijken en netwerken van solopraktijken verder zetten.
Een mechanisme voor conflictmanagement moet worden voorzien om te vermijden dat de groepen zelf een oorzaak van burn-out worden.

4. de controle op beroepsactiviteiten:

De huisarts meer controle laten verwerven over zijn beroepsactiviteit:

o Door huisartsen te ondersteunen bij een goed time-management en prioriteitenbeheer door middel van coaching of opleidingen.

o Door de patiënten te sensibiliseren tot meer realistische verwachtingen, via verschillende communicatiekanalen zoals de media, patiëntenverenigingen en de mutualiteiten, en door het opstellen van een charter tussen patiënt en huisarts en/of een brochure die de werking van de artsenpraktijk voorstelt (solo, monodisciplinair, multidisciplinair).

o Tegelijkertijd moeten de huisartsen leren om 'neen' te zeggen op irrationele eisen van de patiënten en moet de overheid de rol van de huisarts in het gezondheidszorgsysteem verduidelijken.

o Nog meer aandacht schenken aan relationele en communicatieve vaardigheden tijdens de ganse duur van de opleiding geneeskunde is noodzakelijk.

5. de erkenning

Het gebrek aan erkenning van de huisartsgeneeskunde aanpakken:

o Door de inspanningen van de overheid voor het erkennen van de rol van de huisartsgeneeskunde door de patiënten, de beleidsmakers en de andere professionele zorgverleners te blijven voortzetten. Dit moet gebeuren door de waarde van de huisartsgeneeskunde reeds vroeg in de opleiding te benadrukken, door het stimuleren van het uitwisselen van medische gegevens tussen huisartsen en specialisten en door de aantrekkelijkheid van het beroep te verhogen door het diversifiëren van de activiteiten (onderzoek, schoolgeneeskunde, enz.).
o Door de inspanningen van de overheid voor een gepaste vergoeding van de huisartsen verder te zetten; door de vergoeding voor complexe consultaties aan te passen en door de inkomensverliezen door de deelname aan permanente vormingen overdag te beperken.

6. de overbelasting:

Overbelasting vermijden:

o Door concrete maatregelen te ondersteunen om de administratieve last van de huisartsen te verminderen door middel van het organiseren van een secretariaat en door de administratieve taken te vereenvoudigen en te automatiseren;

o Door een ondersteunende strategie uit te werken voor de behandeling van patiënten met complexe problemen en complexe situaties via individuele ondersteuning (bijvoorbeeld door middel van coaching) of het ter beschikking stellen van ondersteunende structuren, en via het voorzien van een gepaste vergoeding.

o Door goed georganiseerde wachtdiensten uit te werken en op te zetten.

o Door de artsen aan te moedigen om al vanaf hun opleiding, technieken voor stressmanagement te gebruiken.

1.2.2.4 Internationale literatuur

Wat betreft de 'work-life balance' waren vrouwelijke artsen in Zwitserland minder carrière gericht en werkten eerder deeltijds of onderbraken zelfs tijdelijk hun werk voor het opvoeden van de kinderen. Vrouwen ervoeren een hogere levenskwaliteit inzake sociale contacten, ontspanning en inkomen (7).

Dat vrouwelijke huisartsen meer tevreden waren over hoe ze werk-gezin combineerden dan mannelijke huisartsen werd teruggevonden in Australisch onderzoek naar jobvoldoening bij huisartsen in Melbourne (8). Hun jobvoldoening vonden ze in de afwisseling, het longitudinaal opvolgen van patiënten, geloof in nuttig werk doen en de intellectuele uitdaging.

In een Zwitserse longitudinale studie omtrent de carrière-wendingen van artsen werd vastgesteld dat in vergelijking met specialisten meer huisartsen getrouwd waren en meer huisartsen kinderen hadden (9). Hun motivatie voor het werk was lager en hun extra-professionele bezorgdheden waren groter. Hun favoriete werkmodel was deeltijds werken.

Huisartsen in Canada gaven aan dat vooral conflict tussen werk en gezin hun stress bezorgde (10).

In een studie in Australië rapporteerden 15% van de ondervraagde huisartsen een laag tot zeer laag welbevinden, 47% een goed welbevinden en 38% een zeer goed tot uitstekend welbevinden (11).

Laag welbevinden stond in verband met alleenstaand zijn, hoog welbevinden in verband met het hebben van een partner en het uitoefenen van geneeskunde als een roeping te beschouwen.

1.3 Eigen onderzoek

Deze masterproef huisartsgeneeskunde rond het welbevinden van de jonge Vlaamse huisarts sluit aan bij voorgaand onderzoek rond het welbevinden van de Vlaamse huisarts in opleiding. Dit alles is geïnspireerd op een Nederlands onderzoek rond het welbevinden van vrouwelijke haio's die de opleiding tot huisarts combineerden met het moederschap (12).
De gebruikte vragenlijst in het Nederlandse onderzoek werd overgenomen uit een eerder verschenen Nederlands proefschrift van Groenendijk Hanne met als titel: "Werken en zorgen: de moeite waard: een onderzoek naar het welbevinden van buitenshuis werkende moeders" (13).
Deze vragenlijst werd niet gevalideerd op de Nederlandse bevolking.

Dezelfde vragenlijst uit het onderzoek naar het welbevinden van de Vlaamse haio's werd gebruikt voor dit onderzoek naar het welbevinden van de Vlaamse huisartsen na aanpassing van enkele vragen betreffende de werksituatie (ipv de opleidingssituatie) en de motivatie om huisarts te blijven (ipv te worden).
Ook werd aan de huisartsen gevraagd wat hen nu precies werkdruk/werkstress bezorgde en wat hen hielp om er mee om te gaan.

De oorspronkelijke vragenlijst uit het Nederlands onderzoek werd dus aangepast aan de Vlaamse situatie van enerzijds de Vlaamse haio's en anderzijds de Vlaamse huisartsen.
De basis van de vragenlijst werd behouden zodat een vergelijking mogelijk zou blijven tussen het welbevinden van de verschillende onderzochte populaties.

Concreet werden volgende **doelstellingen** gesteld:

1. Nagaan hoe het subjectief ervaren *welbevinden* van de jonge Vlaamse huisarts is
    - door zich een beeld te vormen van de leef- en werkomstandigheden van de Vlaamse huisarts
    - door te kijken welke variabelen uit de thuis- en werksituatie statistisch significant in verband staan met welbevinden
    - door de huisartsen twee open vragen te stellen waarin gevraagd werd wat hen werkdruk/werkstress bezorgde en wat hielp om deze te verminderen
    - door de relatie tussen de motivatie om huisarts te blijven en welbevinden te bekijken

2. Een vergelijking maken tussen de variabelen die in verband stonden met het welbevinden bij de Vlaamse huisarts in opleiding en de jonge Vlaamse huisarts.

3. Zo mogelijk adviezen formuleren om het welbevinden van de jonge Vlaamse huisarts te bewaken en de privé-werk balans in evenwicht te houden.

2. METHODE

2.1 Onderzoeksopzet

In april 2011 werd een e-mail verstuurd naar 595 huisartsen in Vlaanderen waarvan het ICHO over de nog geactiveerde e-mail adressen beschikte.

Deze artsen studeerden af als huisarts tussen de academiejaren 2004 en 2009.

Op voorhand was niet bekend hoeveel onder hen nog effectief het huisartsenberoep in Vlaanderen uitoefenden. De antwoorden van de respondenten die niet meer werkzaam waren als huisarts of die werkzaam waren als huisarts in het buitenland werden geschrapt.

Zij werden uitgenodigd tot deelname aan een internetenquête betreffende het welbevinden van de huisartsen in Vlaanderen. (zie bijlage 4)

Elke huisarts kon doorklikken naar de elektronische vragenlijst (http://huis.vub.ac.be/jongeha/) en deze anoniem invullen.

Een herinnering met oproep tot deelname werd in mei 2011 verstuurd.

De online enquête werd afgesloten eind juni 2011.

Dit onderzoek was het vervolg op mijn eindwerk tot het behalen van het diploma van arts waarin het welbevinden van de Vlaamse huisarts in opleiding werd onderzocht (2).

Door de resultaten van beide onderzoeken naast elkaar te leggen kon een vergelijking gemaakt worden tussen de perceptie van het welbevinden van haio's en recent afgestudeerde huisartsen en tussen de factoren die hierbij een rol spelen.

Dit alles is gebaseerd op onderzoek onder leiding van Dr. Y. Winants in Nederland (12).

Dezelfde vragenlijsten werden gebruikt, mits enkele aanpassingen voor de specifieke situatie van de haio's en de jonge huisartsen in Vlaanderen zodat vergelijking mogelijk zou zijn.

De resultaten van de analyses zouden samen met enkele adviezen/tips rond time-management en stress-management aan de deelnemers worden bezorgd.

Deelnemers aan de enquête konden gratis een training rond time- en stress-management volgen, gegeven door de heer Gielis (algemeen directeur ICHO VZW) in aanwezigheid van mezelf. Deze werd voorzien op 7 juni 2012.

2.2 Onderzoekspopulatie

In Nederland werden enkel vrouwelijke haio's met kinderen bevraagd (12).

In het vorige onderzoek rond het welbevinden van de haio's in Vlaanderen werden zowel mannelijke als vrouwelijke haio's, met of zonder partner/kinderen bevraagd (2).

In dit onderzoek naar het welbevinden van de jonge huisarts werden eveneens *alle* huisartsen bevraagd. Via de gegevens van het ICHO werd berekend dat met het aantal huisartsen die gedurende zes jaar afstudeerden ongeveer een gelijk aantal respondenten zou bekomen worden als in de enquête gehouden bij de haio's, namelijk +- 150.

Hierbij werd uitgegaan van een gemiddelde responsratio van 30% zoals bekomen werd bij gelijkaardige enquêtes gehouden bij deze groep huisartsen.

De huisartsen studeerden af tussen de academiejaren 2003-2004 en 2008-2009. Er werd dus bewust gekozen om het welbevinden van de jonge actieve huisartsen te bevragen.

De huisartsen afgestudeerd in 2009-2010 werden niet meer bevraagd vermits zij de enquête reeds invulden in januari 2010 als haio (2).

Huisartsen met partner en/of kinderen moesten meer vragen beantwoorden dan alleenstaande huisartsen en/of huisartsen zonder kinderen.

Het maximum aantal in te vullen vragen bedroeg 105 .

De vragen die niet van toepassing waren voor huisartsen zonder partner en/of kinderen sprongen automatisch voorbij tijdens het invullen van de enquête.

2.3 Instrument

De enquête bestond uit zes luiken, bevraging van :

- enkele persoonlijke gegevens: geslacht, geboortejaar en burgerlijke status
- de gezinssituatie
- de werksituatie
- de combinatie van werk en gezin (copingstijlen of copingstrategieën)
- motivatie
- een bevraging van het welbevinden.

De vragenlijst werd bijgevoegd in bijlage (zie bijlage 4).

De belangrijkste uitkomstvariabele algemeen *welbevinden* werd in kaart gebracht aan de hand van de gemiddelde score op een maximum van 34 items met een 4 punts-Likertschaal.
Hierin werden als subschalen negatieve gevoelens, positieve gevoelens en het ervaren van lichamelijke klachten gebruikt.

De invloed van de aspecten uit de *thuissituatie* werd aan de hand van maximaal 14 items bevraagd.

De aspecten uit de *werksituatie* werden met behulp van maximum 20 items bevraagd.
Ten opzichte van het vorig onderzoek bij haio's werden een aantal extra vragen gesteld die niet relevant waren voor haio's (2).

Zo werd aan de jonge huisartsen gevraagd of ze nog werkten op zaterdagvoormiddag, hoeveel avond bijscholingen per maand ze volgden, hoeveel tijd ze spendeerden aan administratieve taken, hoeveel percent van hun tijd ze werkten als huisarts, het gemiddeld aantal patiëntencontacten per week en het percentage huisbezoeken van die patiëntencontacten.
Er werden twee open vragen toegevoegd waar de huisartsen vrij op konden antwoorden.
Zo werd gevraagd wat hen werkdruk/werkstress bezorgde en wat hielp om deze te verminderen.
Aan de afgestudeerde huisartsen werd niet meer gevraagd wat hun gemiddelde reistijd van woon- naar werkplaats was.

De variabele '*motivatie*' bestond uit het gemiddelde van vier items op een 5-puntenschaal.

De variabele *'copingstijlen'* bestond uit vijf subschalen (prioriteiten stellen, delegeren, hollen en rennen, grenzen stellen en troostende gedachten).
Per subschaal werden de gemiddelde scores berekend met een 4-puntenschaal.

Op het einde van de enquête werd de mogelijkheid gelaten om vrij opmerkingen en suggesties in verband met het onderzoek te uiten.
Deze opmerkingen werden in bijlage toegevoegd (zie bijlage 3).

2.4 Analyse

In dit onderzoek gebeurde enerzijds een beschrijvende analyse van de zes categorieën persoonskenmerken, thuissituatie, motivatie, werksituatie, copingstrategieën en welbevinden van de Vlaamse huisarts (zie bijlage 1 en 2).
Anderzijds werd nagegaan welke factoren uit de bevraagde categorieën persoonskenmerken, thuissituatie, motivatie, werksituatie en copingstrategieën statistisch significant samenhingen met dit welbevinden, aan de hand van een univariate en een multivariate (forward stepwise) logistische regressie-analyse.
Om dit mogelijk te maken werden waar mogelijk de gemiddelde scores op de verschillende categorieën gedichotomiseerd.

De variabelen ‘welbevinden’ en ‘copingstrategieën’ (en hun respectievelijke subschalen) werden in twee groepen verdeeld naargelang de gemiddelde score op de 4-punts-Likertschalen kleiner was dan drie, of groter of gelijk aan drie.

Voor de variabele motivatie werd een 5-punts-Likerschaal gebruikt. Deze werden als volgt gedichotomiseerd: lage motivatie indien de gemiddelde score kleiner of gelijk was aan drie, hoge motivatie bij een gemiddelde score hoger dan drie.

De analyses gebeurden eerst voor de totale groep huisartsen en vervolgens voor de groep huisartsen met kinderen.

3. RESULTATEN

3.1 De respondenten

Van de 595 huisartsen (afgestudeerd tussen 2003-2004 en 2008-2009) waarvan het ICHO nog over een correct e-mailadres beschikte vulden 186 de enquête volledig in (responsratio = 31,3%).

Hieronder volgen eerst de resultaten van de totale groep (n= 186) en vervolgens de resultaten van de subgroep huisartsen met kinderen (n=109).

3.2 De resultaten van de totale groep (n=186)

3.2.1 Beschrijving van de respondenten

Tabel 1 toont de beschrijvende kenmerken van *alle* respondenten.

Om de antwoorden van de jonge Vlaamse huisartsen goed te kunnen interpreteren is het nodig om zich een beeld te kunnen vormen van de leef- en werkomstandigheden van de huisartsen en te weten wie de respondenten zijn (zie ook bijlage 1).

tabel 1: beschrijving van de totale groep respondenten (n=186).

		N	(%)	Gemiddelde (SD ; range)
persoonskenmerken				
geslacht	man	49	26,3	
	vrouw	137	73,7	
leeftijd (j.)				31,2 (3,4 ; 27-52)
burgerlijke status	alleenstaand	24	12,9	
	samenwonend	56	30,1	
	gehuwd	106	57	
ha met kinderen		109	58,6	
aantal kinderen	1	50	45,9	
	2	41	37,5	
	3	13	12	
	4	5	4,6	
jaar van afstuderen	2003-2004	31	16,7	
	2004-2005	31	16,7	
	2005-2006	26	14,0	
	2006-2007	19	10,2	
	2007-2008	28	15,0	
	2008-2009	51	27,4	
soort praktijk	a. platteland/dorp	57	30,6	
	b. semiruraal	58	31,2	
	c .stad	71	38,2	
praktijkvorm	a. solo	15	8,1	
	b. duo	76	40,9	
	c. groep	62	33,3	
	d. wijkgezondheidscentrum	27	14,5	
	e. netwerkpraktijk	6	3,2	
ha werkzaam in praktijk met praktijkassistente	met praktijkassistente	106	57	
	zonder praktijkassistente	80	43	

Meer vrouwelijke huisartsen namen deel aan de enquête dan mannelijke.

Het grootste deel van de huisartsen die deze enquête invulden hadden een partner (87.1%), het merendeel van hen was gehuwd (57%).

Het aantal huisartsen met kinderen bedroeg 109 (= 58,6%).

3.2.2 Het welbevinden van de huisartsen

Tabel 2 toont het gemiddelde welbevinden van de totale onderzoeksgroep.

Om het totale welbevinden in kaart te brengen werd het gemiddelde genomen van de scores op de drie subschalen ‘positieve gevoelens’, ‘negatieve gevoelens’ en ‘lichamelijke klachten’.

tabel 2 : de gemiddelde scores op de subschalen van welbevinden en totaal welbevinden (n=186).

	Gemiddelde	SD	Min	Max
positieve gevoelens *	2,7	0,4	1,7	4,0
negatieve gevoelens **	2,9	0,5	1,4	4,0
lichamelijke klachten **	3,2	0,5	0,8	4,0
totaal welbevinden °	3	0,4	1,6	3,8

* op een schaal van vier (1 bijna nooit; 4 bijna altijd)
** op een schaal van vier (1 bijna altijd; 4 bijna nooit)
° het totaal welbevinden is het gemiddelde van de 3 subschalen positieve gevoelens, negatieve gevoelens en lichamelijke klachten

Op het *totaal welbevinden* werd door de huisartsen een gemiddelde score van 3.0 op een schaal van 1 tot 4 gehaald (SD: 0.4, range: 1.6 - 3.8).

De gemiddelde score op het ervaren van *positieve gevoelens* bedroeg 2.7 op 4 (SD: 0.4, range: 1.7 - 4.0).

De gemiddelde score op het ervaren van *negatieve gevoelens* was 2.9 op 4, waarbij 1 betekende het zeer vaak ervaren van negatieve gevoelens en 4 bijna nooit (SD: 0.5, range: 1.4 - 4.0).

Het ervaren van *lichamelijke klachten* scoorde 3.2 op 4, waarbij 1 betekende dat zeer vaak lichamelijke ongemakken optraden en 4 bijna nooit (SD: 0.5, range: 0.8 – 4.0).

Tabel 3 toont de resultaten van de univariate en multivariate logistische regressie analyses.

tabel 3 : De relatie tussen totaal welbevinden en variabelen berekend met een univariate en multivariate logistische regressie analyse van de totale groep (n=186).

	Univariate analyse (95% CI)			Multivariate analyse (95% CI)		
Variabele	**Odds Ratio**	**95% CI**	***P***	**Odds Ratio**	**95% CI**	***P***
A. De relatie tussen persoonskenmerken en het algemeen welbevinden						
geslacht	1,31	0,68-2,52	ns			
jaar van afstuderen	0,96	0,82-1,12	ns			
B. De relatie tussen variabelen uit de thuissituatie en het algemeen welbevinden						
partner	1,31	0,56-3,10	ns			
kinderen	2,07	1,14-3,75	0,02	2,77	1,38-5,55	0,004
aantal kinderen	1,13	0,86-1,48	ns			
praktische steun van de familie	1,74	0,94-3,24	0,08			
emotionele steun van de familie	1,61	0,87-3,00	ns	2,01	1,04-3,90	0,04
huishoudelijke hulp	0,67	0,36-1,25	ns			
aantal huishoudelijke apparaten	1,05	0,71-1,56	ns			
C. De relatie tussen variabelen uit de werksituatie en het algemeen welbevinden						
% werkzaam als huisarts	0,95	0,64-1,40	ns			
aantal werkuren per week	1,24	0,83-1,86	ns			
aantal patiënten contacten/week	1,51	0,88-2,60	ns			
percentage huisbezoeken	2,03	1,07-3,84	0,03	2,23	1,09-4,55	0,03

aantal uren administratie/week	0,96	0,80-1,45	ns
werken op zaterdag voormiddag	1,00	0,77-1,28	ns
aantal avond-bijscholingen per maand	1,25	0,83-1,89	ns
aantal avond- en nacht- wachten	0,93	0,71-1,21	ns
aantal weekend-wachten	1,13	0,74-1,73	ns
werkdruk	0,45	0,24-0,82	0,01
soort praktijk	1,11	0,78-1,57	ns
praktijkvorm	0,92	0,67-1,25	ns
samenwerking met wachtkring	1,31	0,52-3,31	ns
samenwerking met praktijkassistente	1,22	0,68-2,20	ns
samenwerking met anderen	1,16	0,84-1,60	ns
D. De relatie tussen motivatie om huisarts te blijven en het algemeen welbevinden			
motivatie	0,7	0,33-1,48	ns

De multivariate analyse (forward stepwise logistische regressie-analyse) toont dat het welbevinden verhoogde wanneer de huisartsen kinderen hadden (OR= 2.77, p= 0.004), ze beroep konden doen op emotionele steun van de familie (OR= 2.01, p= 0.04) en wanneer ze van het totaal aantal patiënten contacten minimaal 5% huisbezoeken deden per week (OR= 2.23, p= 0.03).

3.2.3 De relatie tussen coping en welbevinden

Tabel 4 toont de relatie tussen de verschillende copingstijlen en het algemeen welbevinden

Tabel 4 : De relatie tussen copingstijlen en totaal welbevinden in de totale groep huisartsen (n=186).

	Univariate analyse (95% CI)			Multivariate analyse (95% CI)		
Variabele	**Odds ratio**	**95% CI**	***P***	**Odds ratio**	**95% CI**	***P***
Invloed van copingstijlen op het totaal welbevinden						
grenzen stellen	0,59	0,25-1,39	ns			
hollen en rennen	0,95	0,52-1,74	ns			
prioriteiten stellen	0,76	0,33-1,79	ns			
troostende gedachten	0,63	0,27-1,50	ns			
delegeren	0,82	0,35-1,94	ns			

Geen van deze copingstijlen had een significante invloed op het totale welbevinden.

3.3 De resultaten van de huisartsen met kinderen (n=109)

In deel 3.3 worden de resultaten van de verwerking van de antwoorden van huisartsen met kinderen getoond.

De indeling is verder identiek aan deel 3.2 (totale groep huisartsen):
een beschrijving van de persoonskenmerken van de huisartsen met kinderen, vervolgens de scores op het totale welbevinden en de subschalen ervan, de relatie tussen totaal welbevinden en variabelen berkend met univariate en multivariate analyses.

3.3.1 Beschrijving van de respondenten

In tabel 5 de beschrijvende kenmerken van de huisartsen met kinderen om een beeld te kunnen vormen van de leef-en werkomstandigheden van deze subgroep (zie ook bijlage 2).

tabel 5 : beschrijving van de groep huisartsen met kinderen (n=109).

		N	**(%)**	**Gemiddelde (SD ; range)**
persoonskenmerken				
geslacht	man	27	24,8	
	vrouw	82	75,2	
leeftijd (j.)				31,8 (3,3 ; 28-52)
burgerlijke status	alleenstaand	4	3,7	
	samenwonend	24	22,0	
	gehuwd	81	74,3	
aantal kinderen	1	50	45,9	
	2	41	37,5	
	3	13	12	
	4	5	4,6	
jaar van afstuderen	2003-2004	27	24,8	
	2004-2005	22	20,2	
	2005-2006	15	13,8	
	2006-2007	12	11,0	
	2007-2008	12	11,0	
	2008-2009	21	19,2	
soort praktijk	a. platteland/dorp	30	27,5	
	b. semiruraal	30	27,5	
	c .stad	49	45,0	
praktijkvorm	a. solo	7	6,4	
	b. duo	45	41,3	
	c. groep	37	34	
	d. wijkgezondheidscentrum	17	15,6	
	e. netwerkpraktijk	3	2,8	

ha werkzaam in praktijk met praktijkassistente	met praktijkassistente	40	36,7
	zonder praktijkassistente	69	63,3

Het grootste deel van de huisartsen met kinderen was gehuwd (74.3%) en hadden één of twee kinderen.

Deze huisartsen waren vooral werkzaam in een praktijk gelegen in de stad en onder de vorm van een duopraktijk of groepspraktijk.

3.3.2 Het welbevinden van de huisartsen

Tabel 6 toont de scores van de huisartsen met kinderen op de belangrijkste onderzoeksvariabele ‘algemeen welbevinden’ en de subschalen ervan.

tabel 6 : de gemiddelde scores op de subschalen van welbevinden en totaal welbevinden van de huisartsen met kinderen (n=109).

	Gemiddelde	SD	Min	Max
positieve gevoelens *	2,8	0,4	1,9	3,7
negatieve gevoelens **	3,0	0,5	1,4	4,0
lichamelijke klachten **	3,3	0,5	1,8	4,0
totaal welbevinden °	3,0	0,3	1,8	3,8

* op een schaal van vier (1 bijna nooit; 4 bijna altijd)
** op een schaal van vier (1 bijna altijd; 4 bijna nooit)
° het totaal welbevinden is het gemiddelde van de 3 subschalen positieve gevoelens, negatieve gevoelens en lichamelijke klachten

Op het *totaal welbevinden* werd door de huisartsen met kinderen een gemiddelde score van 3.0 op een schaal van 1 tot 4 gehaald (SD: 0.3, range: 1.8 - 3.8).

De gemiddelde score op het ervaren van *positieve gevoelens* bedroeg 2.8 op 4 (SD: 0.4, range: 1.9 – 3.7).

De gemiddelde score op het ervaren van *negatieve gevoelens* was 3.0 op 4, waarbij 1 betekende het zeer vaak ervaren van negatieve gevoelens en 4 bijna nooit (SD: 0.5, range: 1.4 - 4.0).

Het ervaren van *lichamelijke klachten* scoorde 3.3 op 4, waarbij 1 betekende dat zeer vaak lichamelijke ongemakken optraden en 4 bijna nooit (SD: 0.5, range: 1.8 – 4.0).

Tabel 7 toont de resultaten van de univariate en multivariate logistische regressie-analyse.

tabel 7 : Het verband tussen algemeen welbevinden en variabelen berekend met een univariate en multivariate logistische regressie analyse bij de huisartsen met kinderen (n=109).

	Univariate analyse (95% CI)			Multivariate analyse (95% CI)		
Variabele	**Odds Ratio**	**95% CI**	***P***	**Odds Ratio**	**95% CI**	***P***
A. De relatie tussen persoonskenmerken en het algemeen welbevinden						
geslacht	0,65	0,27-1,57	ns			
jaar van afstuderen	1,10	0,89-1,37	ns			
B. De relatie tussen variabelen uit de thuissituatie en het algemeen welbevinden						
partner	1,76	0,24-13	ns			
aantal kinderen	0,64	0,40-1,03	0,07			
zorg kinderen	1,67	0,59-4,74	ns			
praktische steun van de familie	1,76	0,80-3,88	ns			
emotionele steun van de familie	1,76	0,80-3,86	ns			
begrip sociaal netwerk	2,21	0,74-6,66	ns			
huishoudelijke hulp	0,66	0,19-2,25	ns			
aantal huishoudelijke apparaten	0,5	0,22-1,12	0,09	0,4	0,16-0,98	0,05
C. De relatie tussen variabelen uit de werksituatie en het algemeen welbevinden						
% werkzaam als huisarts	1,49	0,88-2,52	ns			

aantal werkuren per week	1,34	0,79-2,30	ns			
aantal patiënten contacten/week	2,30	1,03-5,08	0,04	2,62	1,15-5,96	0,02
percentage huisbezoeken	2,09	0,92-4,78	0,08			
aantal uren administratie/week	0,94	0,74-1,20	ns			
werken op zaterdag voormiddag	1,12	0,79-1,61	ns			
aantal avond-bijscholingen per maand	1,26	0,71-2,23	ns			
aantal avond- en nacht- wachten	0,89	0,63-1,26	ns			
aantal weekend-wachten	0,98	0,57-1,70	ns			
werkdruk	0,50	0,22-1,13	ns			
soort praktijk	0,75	0,46-1,21	ns			
praktijkvorm	0,86	0,56-1,32	ns			
samenwerking met wachtkring	4,67	1,13-19	0,03	4,75	1,11-20	0,04
samenwerking met praktijkassistente	0,63	0,27-1,44	ns			
samenwerking met anderen	1,03	0,66-1,61	ns			
D. De relatie tussen motivatie om huisarts te blijven en het algemeen welbevinden						
motivatie	0,76	0,28-2,08	ns			

De multivariate analyse (forward stepwise logistische regressie-analyse) toont dat het welbevinden verhoogde wanneer de huisartsen meer patiëntencontacten per week hadden (OR= 2.62, p= 0.02) en een aangename samenwerking hadden met de wachtkring (OR= 4.75, p= 0.04).

Het aantal huishoudelijke apparaten is rand significant. Mogelijks zou het welbevinden negatief beïnvloed kunnen worden door het hebben van meer huishoudelijke apparaten (OR= 0.4, p = 0.05).

3.3.3 De relatie tussen coping en welbevinden

Tabel 8 toont de relatie tussen de verschillende copingstijlen en algemeen welbevinden.

Tabel 8 : De relatie tussen copingstijlen en totaal welbevinden in de groep huisartsen met kinderen (n=109).

	Univariate analyse (95% CI)			Multivariate analyse (95% CI)		
Variabele	**Odds ratio**	**95% CI**	***P***	**Odds ratio**	**95% CI**	***P***
Invloed van copingstijlen op het totaal welbevinden						
grenzen stellen	0,53	0,16-1,76	ns			
hollen en rennen	1,25	0,56-2,79	ns			
prioriteiten stellen	1,09	0,33-3,59	ns			
troostende gedachten	0,53	0,16-1,76	ns			
delegeren	0,59	0,17-1,98	ns			

Geen van deze copingstijlen had een significante invloed op het totale welbevinden van de huisartsen met kinderen.

3.4 De significante variabelen uit de multivariate analyses van de totale groep en de groep huisartsen met kinderen.

Tabel 9 toont de statistisch significante variabelen uit de multivariate analyses van *de totale groep huisartsen* en *de groep huisartsen met kinderen*.

tabel 9: de statistisch significante variabelen voor totaal welbevinden in de totale groep huisartsen (n=186) en de subgroep huisartsen met kinderen(n=109).

totale groep huisartsen				**huisartsen met kinderen**			
Multivariate analyse *				**Multivariate analyse ***			
Variabele	*p*	*OR*	*95% CI*	*Variabele*	*p*	*OR*	*95% CI*
het hebben van kinderen	0,004	2,77	1,38-5,55	# patiëntencontacten/week	0,02	2,62	1,15-5,96
percentage huisbezoeken	0,03	2,23	1,09-4,55	samenwerking met de wachtkring	0,04	4,75	1,11-20,29
emotionele steun familie	0,04	2,01	1,04-3,90				

* forward stepwise logistische regressie analyse

OR= Odds Ratio

95% CI= 95% Confidence Interval

In de totale groep huisartsen was het hebben van kinderen de belangrijkste factor voor hoog welbevinden. Emotionele steun van familie en een minimum van 5% huisbezoeken per week verhoogden ook het welbevinden.

Binnen de groep huisartsen met kinderen verhoogde het welbevinden door een minimum aantal patiëntencontacten per week en een aangename samenwerking met de wachtkring.

3.5 De antwoorden op de open vragen van de totale groep huisartsen

Tabel 10 toont de vrije antwoorden van de jonge Vlaamse huisartsen op de open vraag: "wat geeft u werkdruk/werkstress?".

tabel 10: de antwoorden van de huisartsen op de open vraag:

"wat geeft u werkdruk/werkstress?"

(n = het aantal keer dat deze variabele door een respondent werd vermeld)

antwoorden		*n = aantal keer vermeld door de huisartsen*
1.	veeleisende patiënten	62
2.	veel telefoons tijdens de consultatie	58
3.	een hoge werkdruk	47
4.	de combinatie van werk met zorg voor het gezin	47
5.	onverwachte gebeurtenissen	46
6.	administratie	27
7.	wisselende uurroosters	14
8.	de wachtdienst	11
9.	patiënten met psychosociale problemen	8
10.	de continue beschikbaarheid	6
11.	het grote verantwoordelijkheidsgevoel	6
12.	het persoonlijke tijdsmanagement	6
13.	conflicten binnen de praktijk	4
14.	niets	3
15.	de financiële druk	2
16.	de vrije toegang tot de 2e en 3e lijn	2
17.	de ochtendspits	1

Tabel 11 toont de vrije antwoorden van de jonge Vlaamse huisartsen op de open vraag: “wat helpt u om met werkdruk/werkstress om te gaan?”.

tabel 11: de antwoorden van de huisartsen op de open vraag:

“wat helpt u om met deze werkdruk/werkstress om te gaan?”

(n = het aantal keer dat deze variabele door een respondent werd vermeld).

antwoorden		*n= aantal keer vermeld door de huisartsen*
1.	voldoende vrije tijd	87
2.	structuur en organisatie	52
3.	steun uit de omgeving	44
4.	goed functionerend afsprakensysteem	31
5.	halftijds/deeltijds werken	26
6.	goed contact met collega’s	22
7.	leren mee omgaan	16
8.	grenzen stellen	13
9.	niets	9
10.	geloven in eigen kracht	5
11.	goed georganiseerd wachtsysteem	5
12.	?	5
13.	het uitbesteden van huishoudelijke taken	5
14.	job tevredenheid	5
15.	variatie in de job	2
16.	zelf bijstuderen	1
17.	medicatie	1
18.	rustigere perioden	1

4. DISCUSSIE

4.1 Interpretatie van de gegevens

4.1.1 Hoe is het subjectief ervaren *welbevinden* van de jonge Vlaamse huisartsen ?

- leef en werkomstandigheden

De respondenten van deze enquête waren vooral huisartsen van het vrouwelijke geslacht (n= 137, 73,7%) (zie bijlage 1).

Het grootste deel van de huisartsen was gehuwd (n= 106, 57%) en had kinderen (n= 109, 58,6%).

De huisartsen bleken ongeveer even frequent werkzaam in een dorpspraktijk als in een semirurale of stadspraktijk.

Slechts 8% was werkzaam als solo-arts, 3.2% werkte onder de vorm van een netwerkpraktijk, 14.5% in een wijkgezondheidscentrum.

De meeste huisartsen werkten in een duopraktijk (40.9%) of in een groepspraktijk (33.3%).

- scores op welbevinden en de subschalen ervan

Op een schaal van één tot vier bedroeg de gemiddelde score op totaal welbevinden 3,0.

Deze score toont aan dat de Vlaamse huisartsen over het algemeen een goed algemeen welbevinden hadden.

De maximum score (4 op 4) op totaal welbevinden werd niet gehaald.

De gemiddelde scores op de subschalen van het totaal welbevinden (positieve gevoelens, negatieve gevoelens en lichamelijke klachten) lagen dicht bij elkaar in de buurt.

Op de variabele lichamelijke klachten werd de beste score genoteerd (3.2 op 4), wat betekende dat gemiddeld de huisartsen weinig lichamelijke klachten hadden.

- de variabelen uit thuis- en werksituatie die in verband konden worden gebracht met welbevinden

Indien de huisartsen kinderen hadden verhoogde hun welbevinden.

Dat ook emotionele steun het welbevinden verhoogde staat hiermee mogelijks in verband.

Dit onderstreept het belang van het hebben van goede netwerken.

Door minimaal 5% huisbezoeken af te leggen verhoogde het welbevinden.

De categorieën waarin het percentage huisbezoeken werden onderverdeeld werden aangepast na de eerste analyse. In plaats van de antwoorden in te delen in vier categorieën (0-5%, 5-10%, 10-15% en >15%) werden ze ingedeeld in twee categorieën (< 5% of > 5%). Het aantal huisartsen met hoog welbevinden bleef immers ongeveer gelijk vanaf 5% huisbezoeken.

Mogelijks hebben huisartsen die < 5% huisbezoeken doen weinig werk of kampen zij met gezondheidsproblemen waardoor zij minder mobiel zijn.

- de relatie tussen motivatie voor het beroep van huisarts en welbevinden

De motivatie om huisarts te blijven was niet significant voor het welbevinden.

Van de respondenten beschouwde 82.3% zichzelf als gemotiveerd.

Vermoedelijk zijn de niet-gemotiveerde huisartsen reeds uit het beroep gestapt of hebben zij niet deelgenomen aan de enquête.

- het verband tussen verschillende copingstijlen en welbevinden

Geen enkele van de bevraagde copingstijlen (grenzen stellen, hollen en rennen, prioriteiten stellen, troostende gedachten, delegeren) speelde een significante rol op het welbevinden.

Het zou kunnen dat deze bevinding aantoont dat huisartsen momenteel onvoldoende op de hoogte zijn van technieken voor time- en stressmanagement en prioriteitenbeheer.

4.1.2 Hoe is het subjectief ervaren welbevinden van de Vlaamse huisartsen met kinderen?

- leef en werkomstandigheden

Van de respondenten met kinderen was het merendeel ook van het vrouwelijke geslacht (n= 82, 75.2%) (zie bijlage 2).

Bijna alle huisartsen met kinderen hadden een partner (n= 105, 96.3%).

De invloed van het aantal kinderen was net niet significant in de univariate analyse (p= 0.07) en niet meer significant in de multivariate analyse.

De huisartsen hadden meestal één kind (n= 50 of 45.9%) of twee kinderen (n= 41 of 37.6%).

Het grootste deel van de huisartsen met kinderen was tussen 51% en 99% werkzaam als huisarts (n= 52 of 47.7%).

In de totale groep was dit percentage van deeltijds werkende huisartsen idem.

Ook verschilden de percentages huisartsen werkzaam op zaterdag, het aantal bijscholingen per maand, het aantal wachten.. vrijwel niet tov de totale groep huisartsen.

Bij de huisartsen met kinderen was 45,0% werkzaam in een stadspraktijk tov 38.2% in de totale groep. Ook de verdeling over de verschillende praktijkvormen was gelijkaardig.

- scores op welbevinden en de subschalen ervan

De gemiddelde score op totaal welbevinden was 3.0 op een schaal van 1 tot 4 en dus exact dezelfde score als in de totale groep huisartsen.

Ook de behaalde minimum en maximum scores verschilden nauwelijks.

Wat betreft de subschalen (positieve gevoelens, negatieve gevoelens en lichamelijke klachten) behaalden de huisartsen met kinderen gelijkaardige resultaten als de totale groep huisartsen.

- de variabelen uit thuis- en werksituatie die in verband konden worden gebracht met welbevinden

Naarmate de huisartsen met kinderen meer patiëntencontacten per week hadden en ze een aangename samenwerking met de wachtkring hadden verhoogde hun welbevinden.

Dat een aangename samenwerking met de wachtkring het welbevinden verhoogde bij de huisartsen met kinderen klinkt zeer plausibel. Vermoedelijk is dit van belang voor het onderling wisselen van wachten volgens de agenda van de kinderen of ivm onverwachte gebeurtenissen. Onvoorziene omstandigheden werd immers 46 keer spontaan vernoemd door de huisartsen als iets wat hen werkdruk of werkstress gaf en stond daarmee op de vijfde plaats in de ranking.

Een goed contact met collega's werd daarentegen 22 keer spontaan vermeld als een factor die de werkdruk verminderde (zesde plaats).

Een goed georganiseerd wachtsysteem werd 5 keer spontaan vermeld als iets wat de werkdruk verlaagde (11^{e} plaats).

- de relatie tussen motivatie voor het beroep van huisarts en welbevinden

De motivatie om huisarts te blijven was niet significant voor het welbevinden.

Van de respondenten beschouwden 82.6% zichzelf als gemotiveerd.

Vermoedelijk zijn ook de niet-gemotiveerde huisartsen met kinderen reeds uit het beroep gestapt of namen zij niet deel aan de enquête.

- het verband tussen verschillende copingstijlen en welbevinden

Geen enkele van de bevraagde copingstijlen (grenzen stellen, hollen en rennen, prioriteiten stellen, troostende gedachten, delegeren) speelde een significante rol op het welbevinden.

4.2 Vergelijking tussen het welbevinden van de haio's en de jonge huisartsen in Vlaanderen

In mijn eindwerk tot het behalen van het diploma van arts in 2010 gaven 150 haio's aan hoe hun welbevinden was (2).
De antwoorden van de totale groep haio's (n=150) en die van een subgroep haio's met partner (n=107) werden apart geanalyseerd en besproken.

Dezelfde aangepaste vragenlijsten werden voor dit onderzoek naar het welbevinden van de jong huisarts door 186 Vlaamse huisartsen volledig ingevuld in 2011.
Deze huisartsen studeerden af tussen de academiejaren 2003-2004 en 2008-2009.
De antwoorden van de totale groep huisartsen (n=186) en die van een subgroep huisartsen met kinderen (n=109) werden eveneens apart geanalyseerd en besproken.

4.2.1 de scores op welbevinden

Op het totale welbevinden scoorden *de haio's* gemiddeld 2,9 op een schaal van 1 tot 4.
De jonge huisartsen scoorden op het totale welbevinden gemiddeld 3,0 op een schaal van 1 tot 4. Deze scores waren identiek in de subgroepen van zowel de haio's met of zonder partner als van de huisartsen met of zonder kinderen.

Huisartsen en haio's ervaren dus quasi hetzelfde algemene welbevinden.

Ook op de subschalen waaruit het totale welbevinden was opgebouwd behaalden de haio's en de huisartsen ongeveer dezelfde scores.

4.2.2 de statistisch significante variabelen voor het totale welbevinden

Tabel 12 toont de significante variabelen voor het welbevinden tussen de haio's en de huisartsen.

Tabel 12: een vergelijking tussen de haio's en de huisartsen wat betreft de statistisch significant variabelen voor welbevinden.

totale groep haio's (n=150)				**haio's met partner (n=107)**			
Multivariate analyse				**Multivariate analyse**			
Variabele	*p*	*OR*	*95% CI*	*Variabele*	*p*	*OR*	*95% CI*
				het hebben van kinderen	0,04	0,07	0,01-0,85
huishoudelijke apparatuur	0,01	0,25	0,09-0,68				
werkdruk	<0,001	0,20	0,09-0,46	werkdruk	<0,001	0,12	0,04-0,34
motivatie	Δ	Δ		motivatie	Δ	Δ	

Δ voor 'motivatie' kon in de multivariate logistische regressie-analyse geen OR berekend worden vermits alle niet-gemotiveerde HAIO's een laag welbevinden hadden .
In de univariate analyse was 'motivatie' zeer sterk statistisch significant bij alle haio's ($p < 0,001$).

totale groep huisartsen (n=186)				**huisartsen met kinderen (n=109)**			
Multivariate analyse				**Multivariate analyse**			
Variabele	*p*	*OR*	*95% CI*	*Variabele*	*p*	*OR*	*95% CI*
het hebben van kinderen	0,004	2,77	1,38-5,55	# patiëntencontacten/week	0,02	2,62	1,15-5,96
percentage huisbezoeken	0,03	2,23	1,09-4,55	samenwerking met de wachtkring	0,04	4,75	1,11-20,29
emotionele steun familie	0,04	2,01	1,04-3,90				

Het hebben van kinderen verminderde het welbevinden van de haio's met partner, terwijl het hebben van kinderen het welbevinden van de jonge huisartsen juist verhoogde.

Het ervaren van een hoge werkdruk verminderde bij de haio's het welbevinden.
'Werkdruk' als variabele was niet statistisch significant bij de huisartsen.
De variabelen 'percentage huisbezoeken' en 'aantal patiëntencontacten per week' kunnen beschouwd worden als een onderdeel van de subjectief ervaren werkdruk.
Bij de huisartsen verhoogde het welbevinden juist wanneer er een minimum aantal huisbezoeken en patiëntencontacten per week waren.

Motivatie was een zeer sterk significante variabele bij de haio's die het welbevinden verhoogde, terwijl deze variabele niet meer significant was bij de huisartsen.

De emotionele steun van de familie en de samenwerking met de wachtkring waren factoren die bij de huisartsen het welbevinden verhoogden, terwijl ze niet significant waren voor het welbevinden van de haio's.

Het hebben van huishoudelijke apparaten verminderde het welbevinden van de haio's. Bij de huisartsen met kinderen was 'het aantal huishoudelijke apparaten' rand significant ($p= 0.05$) en zou het ook mogelijks het welbevinden verminderen.
Waarom het aantal huishoudelijke apparaten mogelijks een invloed zou hebben op het welbevinden van de huisartsen is moeilijk te verklaren.

4.3 Vergelijking met de bestaande literatuur

Huisartsen en haio's zouden gemiddeld subjectief ongeveer hetzelfde welbevinden ervaren volgens deze uitgevoerde onderzoeken.

De haio's hadden een gemiddelde score van 2,9 op een schaal van één tot vier op algemeen welbevinden (zowel de huisartsen met als zonder partner).

De huisartsen hadden een gemiddelde score van 3,0 op een schaal van één tot vier op algemeen welbevinden (zowel de huisartsen met als zonder kinderen).

Huisartsen tussen de 30 en 40 jaar gaven hun levenskwaliteit in vorig onderzoek een gemiddelde score van 7,6 op 10 (3).

In twee verschillende onafhankelijke onderzoeken worden dus gelijkaardige scores gehaald voor het algemene welbevinden.

De statistisch significante variabelen die het welbevinden bij de huisartsen verhoogden in dit onderzoek waren: het hebben van kinderen, een minimum percentage huisbezoeken en patiëntencontacten per week, emotionele steun van de familie en een aangename samenwerking met de wachtkring.

In onderzoek naar de jobvoldoening bij huisartsen verhoogde het hebben van goede netwerken (zowel persoonlijk als professioneel) de jobvoldoening (4).

Dit vinden we terug bij de huisartsen waar een goede samenwerking met de wachtkring en emotionele steun van de familie het welbevinden verhoogde.

In het KCE rapport rond het bevorderen van de beroepstrouw werden volgende moeilijke werkomstandigheden aangehaald door de huisartsen (5):

gebrek aan jobcontrole, stresserende situaties, hoge werkbelasting, moeilijke relaties met patiënten of andere huisartsen.

Geen enkele van deze factoren was significant voor het welbevinden in dit onderzoek.

In dit onderzoek verhoogde het welbevinden van de huisartsen zelfs vanaf een minimum aantal huisbezoeken en aantal patiëntencontacten per week.

Wel stonden al deze factoren in de top 5 van factoren die door de huisartsen spontaan werden vermeld op de vraag wat hen werkdruk bezorgde.

In het KCE rapport formuleerden de huisartsen concrete suggesties om meer artsen binnen het beroep te houden: de promotie van groepspraktijken, de organisatie van wachtdiensten, financiële ondersteuning van de praktijken en continue medische opleidingen tijdens de werkuren ipv ‘s avonds.

In dit onderzoek was een goede samenwerking met de wachtkring ook een statistisch significante factor voor een goed welbevinden bij de huisartsen met kinderen.

In dit onderzoek gaven huisartsen spontaan aan dat ‘structuur en organisatie’ (52 keer vernoemd), ‘halftijds/deeltijds werken’ (26 keer vernoemd), ‘een goed georganiseerd wachtsysteem’ (5 keer vernoemd) hielpen om de werkdruk te verminderen.

In het KCE rapport ter preventie van burn-out bij de huisarts werden volgende factoren geformuleerd die van belang zijn voor het vermijden van een burn-out (6):
een goede levenskwaliteit, een goede (gezondheids-)zorg voor de huisarts zelf, de sociale bescherming van de huisartsen, steun van collega's, ondersteuning van de huisarts bij time-management en prioriteiten beheer, patiënten sensibilisering voor realistische verwachtingen, het belang van 'neen' te kunnen zeggen als huisarts, de erkenning van de huisarts, de administratie verminderen, een goede organisatie van de wachtdienst, ondersteuning van de huisarts voor complexe situaties en artsen aanmoedigen om technieken voor stress management te gebruiken.
In dit onderzoek was 'een goede samenwerking met de wachtkring' een statistisch significante variabele bij de huisartsen met kinderen die overeenkomt met de factoren die het KCE rapport vermeldt.
Op de vraag wat de huisartsen hielp om met werkdruk om te gaan vernoemden de huisartsen spontaan volgende factoren die overeenkomen met de factoren uit het KCE rapport:
voldoende vrije tijd werd het meest vernoemd (87 keer), structuur en organisatie op de tweede plaats (52 keer), steun uit de omgeving op de derde plaats (44 keer), een goed contact met de collega's op de zesde plaats (22 keer), er leren mee omgaan (16 keer), grenzen stellen op de achtste plaats (13 keer) en ook een goed georganiseerd wachtsysteem op de 11^{e} plaats (5 keer).

In de internationale literatuur werd teruggevonden dat vooral vrouwen eerder deeltijds werken of hun carrière tijdelijk onderbreken voor de zorg voor de kinderen (7).

Het deeltijds werken wordt in verschillende studies naar voor geschoven als het favoriete werkmodel (9) (10).

Ook in dit onderzoek werd door de huisartsen spontaan vernoemd dat ‘een hoge werkdruk’ (op de derde plaats, 47 keer vernoemd) en ‘de combinatie van werk met zorg’ voor het gezin (gedeelde derde plaats, 47 keer vernoemd) factoren waren die de werkdruk verhoogden.

‘Voldoende vrije tijd’ (op de eerste plaats, 87 keer vernoemd) en ‘halftijds/deeltijds werken’ (op de zesde plaats, 26 keer vernoemd) zijn overeenkomstige factoren met de internationale literatuur die ook in dit onderzoek door de huisartsen spontaan werden vermeld als factoren die de werkdruk/werkstress verminderden.

4.4 Adviezen voor de huisartsen

Adviezen naar de huisartsen toe om hun welbevinden te verbeteren kunnen zijn dat ze zich niet moeten laten afschrikken voor het hebben van kinderen.
In dit onderzoek verhoogde het hebben van kinderen immers het welbevinden.
Bij het hebben van een gezin is het wel van belang een goede samenwerking te hebben met de wachtkring en te kunnen rekenen op emotionele steun van de familie.

Als huisarts is het toch wel van belang om naast de zorg voor het gezin voldoende werkzaam te zijn omdat huisartsen die weinig patiëntencontacten hebben of < 5% huisbezoeken hebben een lagere score op welbevinden hebben.
Mogelijk is dit van belang voor het zelfvertrouwen en geloof in eigen kunnen.

Uit de spontane opmerkingen van de huisartsen en de literatuur komt duidelijk naar voren dat het belangrijk is voor de verhouding werk-privé en het welbevinden om:
voldoende vrije tijd te nemen,
een goede structuur en organisatie van werk en privé te bekomen,
te kunnen rekenen op steun van de omgeving en collega's en
om samen te werken.

4.5 Sterke en zwakke kanten van het onderzoek

Dit onderzoek bevestigt de recent gepubliceerde adviezen in de KCE rapporten rond het verbeteren van de beroepstrouw van de huisartsen (5) en de preventie van burn-out (6).
Deze adviezen kunnen dus zeker gecommuniceerd worden aan de huisartsen.
Belangrijk is dat de adviezen ook toegepast zullen worden.
In de vrije opmerkingen vermelden huisartsen dat ze dit relevant en interessant onderzoek vinden. De combinatie werk en gezin blijkt in de praktijk soms zwaar en ze vinden het goed dat er over nagedacht wordt.

Een mogelijke bias is dat het net de meest gemotiveerde huisartsen zijn die deelnamen aan de enquête en dat degenen die een laag welbevinden hebben niet deelnamen.
Dit onderzoek is slechts een (beperkte) steekproef van de totale populatie. Het zijn echter wel de antwoorden van artsen die effectief het huisartsenberoep uitoefenen in Vlaanderen.

Zowel in de totale groep huisartsen als in de groep huisartsen met kinderen werd geen statistisch significant verband gevonden tussen de verschillende bevraagde copingstijlen (prioriteiten stellen, delegeren, hollen en rennen, grenzen stellen en troostende gedachten) en welbevinden.
Mogelijks is dit te wijten aan de gebruikte methodiek; namelijk het dichotomiseren van de antwoorden (het wel of niet hanteren van een bepaalde copingstijl). Terwijl de huisartsen zichzelf een score tussenin van één tot vier konden toekennen (bijna nooit, soms, vaak, bijna altijd).
Nochtans stond de copingstijl ‘grenzen stellen’ in het onderzoek bij de haio’s wel statistisch significant in verband met het welbevinden in de totale groep haio’s.

4.6 Toekomstig onderzoek

Het zou interessant zijn om aan dit kwantitatief onderzoek kwalitatief onderzoek te koppelen.

Nu de adviezen van de KCE rapporten gekend zijn zou het nuttig zijn om binnen een aantal jaar een gelijkaardig onderzoek zoals dit te plannen.

Zo zou kunnen nagegaan worden of de adviezen van het KCE geïmplementeerd werden en of het welbevinden van de huisartsen erdoor verbeterde.

5. BESLUIT

Jonge huisartsen ervaren subjectief een goed algemeen welbevinden.

De gemiddelde scores voor algemeen welbevinden bij de jonge huisartsen in dit onderzoek vertonen zeer gelijkaardige resultaten als het onderzoek bij haio's, maar de factoren die hier een invloed op hebben verschillen.

In de totale groep huisartsen verhoogde het welbevinden immers door het hebben van kinderen en emotionele steun van de familie. De huisartsen die minimum 5% huisbezoeken deden per week hadden ook een hoger welbevinden.

In de groep huisartsen met kinderen verhoogde het welbevinden door een aangename samenwerking met de wachtkring en een minimum aantal patiëntencontacten per week.

Bij de haio's verminderde een hoge werkdruk het welbevinden,

terwijl de motivatie het welbevinden verhoogde.

Bij de haio's met kinderen verlaagde het hebben van kinderen het welbevinden,

maar slechts tien haio's uit dat onderzoek hadden op dat moment reeds kinderen.

De 9^{e} jaars haio's van de respondenten uit het onderzoek naar het welbevinden van de haio's waren wel nog werkzaam onder het oude zelfstandige statuut.

Sinds juli 2009 zijn haio's immers werkzaam onder het nieuwe 'sui generis statuut' waarin haio's meer sociale rechten genieten (14).

De factoren die door de huisartsen spontaan vernoemd werden als factoren die de werkdruk verhoogden of verlaagden komen overeen met eerdere vaststellingen in voorgaand onderzoek.

Uit de spontane opmerkingen van de huisartsen en de literatuur komt duidelijk naar voren dat het belangrijk is voor de verhouding werk-privé en het welbevinden om:

voldoende vrije tijd te nemen, een goede structuur en organisatie van werk en privé te bekomen, te kunnen rekenen op steun van de omgeving en collega's en

om samen te werken.

6. DANKWOORD

Ik wens alle mensen te bedanken die rechtstreeks en onrechtstreeks hebben meegewerkt aan dit onderzoek.

In het bijzonder mijn promotor: Prof. Dr. Jan Vandevoorde en

mijn co-promotor: Dhr. Guy Gielis.

Ook mijn dank aan Prof. Dr. Dirk Devroey die de website voor de online enquête ontwierp en Prof. Dr. Ronald Buyl die de statistiek nakeek.

Voorts dank ik ook Mevr. An Stockmans, zij verzorgde de communicatie tussen mezelf en de huisartsen.

Tot slot wens ik de huisartsen te bedanken die de tijd namen om deze enquête in te vullen.

7. REFERENTIES

1. Rogiers R, Declercq T, Anthierens S, Daeseleire T, Boydens E, Pauwels L. Help, ik zit erdoor! Over stress, surmenage en burn-out – deel 1. Huisarts Nu 2012;41(2):62-6.

2. Bogaerts C, Vandevoorde J, Van den Block L, Devroey D. Onderzoek naar het welbevinden van de Vlaamse huisarts in opleiding. 2010. Masterthesis, Faculteit Geneeskunde en Farmacie, Vrije Universiteit Brussel

3. Ryssaert L. Beschrijving van praktijksituatie, beroepsactiviteiten, levenskwaliteit, carrièreperspectief en motivatie van jonge huisartsen in Nederlandstalig België. 2009

4. Wouters S, Vandenbergh I, Bogaerts H, Bastiaens H, Peremans L. Motivatie van studenten en jobvoldoening bij gevestigde huisartsen. Een literatuuronderzoek. Huisarts Nu 2011; 40:446-9

5. Lorent V, Geerts C, D'Hoore W, et al. Huisartsgeneekunde: aantrekkingskracht en beroepstrouw bevorderen. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), 2008. KCE Reports 90A (D/2008/10.273/63), beschikbaar op http://kce.fgov.be/nl/publication/report/huisartsgeneeskunde-aantrekkingskracht-en-beroepstrouw-bevorderen, laatst geraadpleegd op 01/04/2012.

6. Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, Roland M, De Schampheleire J, De Troyer M, Kacenelenbogen N, Offermans AM, Pierart J, Kohn L. Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2011. KCE Reports 165A. (D/2011/10.273/53), beschikbaar op https://kce.fgov.be/nl/publication/report/burnout-bij-huisartsen-preventie-en-aanpak, laatst geraadpleegd op 01/04/2012.

7. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Bauer G, Häemmig O, Knecht M, Klaghofer R. The impact of gender and parenthood on physicians' careers--professional and personal situation seven years after graduation. BMC Health Serv Res. 2010 Feb 18;10:40.

8. Walker KA, Pirotta M. What keeps Melbourne GPs satisfied in their jobs? Aust Fam Physician. 2007 Oct;36(10):877-80.

9. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Klaghofer R. The new generation of family physicians--career motivation, life goals and work-life balance. Swiss Med Wkly. 2008 May 31;138(21-22):305-12.

10. Lovell BL, Lee RT, Frank E. May I long experience the joy of healing: professional and personal wellbeing among physicians from a Canadian province. BMC Fam Pract. 2009 Feb 24;10:18.

11. Schattner P. Stress in general practice. How can GPs cope? Aust Fam Physician. 1998 Nov;27(11):993-8.

12. Nilwik A, Winants Y, Moaznnni P, Twellaar M. Lusten en lasten van het combineren van beroeps- en zorgarbeid bij vrouwelijke huisartsen in opleiding. Huisarts en Wetenschap 2003; 46(6): 303-7.

13. Groenendijk H. Werken en zorgen: de moeite waard: een onderzoek naar het welbevinden van buitenshuis werkende moeders. Utrecht: Jan Van Arkel; 1998.

14. Gielis G. Frequently Asked Questions i.v.m. het sui generis statuut. [Online]. 2009 Jul 17 [cited 2010 Apr 24]; Available from: URL:http://www.icho.be/portfolio/faq/%7B37821290-5AA0-4BC3-B37F-E0A543818982%7D_FAQsui.doc, laatst geraadpleegd op 10/06/2010.

8. Bijlagen

Bijlage 1: Het verband tussen algemeen welbevinden en variabelen in de totale groep huisartsen (n=186):

		algemeen welbevinden				
				laag welbevinden	hoog welbevinden	
		N	**(%)**	**(%)**	**(%)**	***P***
persoonskenmerken						
geslacht	man	49	26,3	49,0	51,0	ns
	vrouw	137	73,7	42,3	57,7	
jaar afstuderen	2003-2004	31	16,7	58,1	41,9	ns
	2004-2005	31	16,7	35,5	64,5	
	2005-2006	26	14,0	38,5	61,5	
	2006-2007	19	10,2	57,9	42,1	
	2007-2008	28	15,0	32,1	67,9	
	2008-2009	51	27,4	45,1	54,9	

		algemeen welbevinden				
				laag welbevinden	hoog welbevinden	
		N	**(%)**	**(%)**	**(%)**	***P***
thuissituatie						
partner	geen partner	24	12,9	50,0	50,0	ns
	wel partner	162	87,1	43,2	56,8	
kinderen	geen kinderen	77	41,4	54,6	45,4	0,02
	wel kinderen	109	58,6	36,7	63,3	
aantal kinderen	1	50	45,9	30	70	ns
	2	41	37,5	36,6	63,4	
	3	13	12	53,9	46,1	
	4	5	4,6	60	40	
praktische steun van de familie *	nee	75	46,3	50,7	49,3	0,08
	ja	87	53,7	37,1	62,9	
emotionele steun van de familie *	nee	70	43,2	50	50	ns
	ja	92	56,8	38,3	61,7	
huishoudelijke hulp	geen huishoudelijke hulp	59	31,7	45,8	54,2	ns
	wel huishoudelijke hulp	127	68,3	43,3	56,7	
huishoudelijke apparatuur	niet in het bezit	3	1,6	66,7	33,3	ns
	wel in het bezit	183	98,4	43,7	56,3	

aantal huishoudelijke apparaten	0	3	1,6	66,7	33,3	ns
	1	18	9,7	38,9	61,1	
	2	52	28,0	38,5	61,1	
	3	113	60,7	46,9	53,1	

* n = 162

				algemeen welbevinden		*P*
				laag welbevinden	**hoog welbevinden**	
		N	**(%)**	**(%)**	**(%)**	
werksituatie						
% tijd werkzaam als huisarts	100%	78	41,9	46,2	53,8	ns
	99-51%	89	47,8	39,3	60,7	
	50%	13	7,0	69,2	30,8	
	49-1%	6	3,3	33,3	66,7	
	0%	0	0,0	0,0	0,0	
aantal werkuren per week	<40	60	32,3	41,7	58,3	ns
	40-50	86	46,2	40,7	59,3	
	>50	40	21,5	55,0	45,0	
aantal patiëntencontacten per week	<50	21	11,4	47,6	52,4	ns
	50-100	129	69,3	47,3	52,7	
	>100	36	19,3	30,6	69,4	
% huisbezoeken	< 5%	55	29,6	56,4	43,6	0,03
	> 5%	131	70,4	38,9	61,1	
aantal uren per week administratie	1	10	5,4	40,0	60,0	ns
	2	30	16,1	33,3	66,7	
	3	33	17,7	45,5	54,5	
	4	35	18,8	40,0	60,0	
	5	31	16,7	38,7	61,3	
	>5	47	25,3	57,4	42,6	
werken op zaterdag voormiddag	1 (niet)	125	67,2	46,4	53,6	ns
	2 (wekelijks)	6	3,2	33,3	66,7	
	3 (om de 2 weken)	32	17,2	34,4	65,6	
	4 (alleen na afspraak)	23	12,4	47,8	52,2	
	wel	61	32,8	39,3	60,7	
	niet	125	67,2	46,4	53,6	

gemiddeld # avonden per maand bijscholingen	0	5	2,7	60,0	40,0	ns
	1	92	49,4	48,9	51,1	
	2	69	37,1	37,7	62,3	
	> 2	20	10,8	40,0	60,0	
aantal avond-en nachtdiensten (per 12u) per jaar	0-10	43	23,1	34,9	65,1	ns
	10--20	68	36,6	52,9	47,1	
	20--30	30	16,1	43,3	56,7	
	>30	45	24,2	40,0	60,0	
aantal weekendwachten (per 24 uur) per jaar	0-5	60	32,3	41,7	58,3	ns
	5--10	94	50,5	51,1	48,9	
	>10	32	17,2	28,1	71,9	
werkdruk	rustig	74	39,8	27,0	73,0	0,01
	druk	112	60,2	55,4	44,6	
soort praktijk	a. platteland/dorp	57	30,6	38,6	61,4	ns
	b. semiruraal	58	31,2	51,7	48,3	
	c. stad	71	38,2	42,3	57,7	
praktijkvorm	a. solo	15	8,1	53,3	46,7	ns
	b. duo	76	40,9	40,8	59,2	
	c. groep	62	33,3	45,2	54,8	
	d. wijkgezondheidscentrum	27	14,5	48,1	51,9	
	e. netwerkpraktijk	6	3,2	33,3	66,7	
samenwerking met de wachtkring	niet prettig	20	10,8	50,0	50,0	ns
	wel prettig	166	89,2	43,4	56,6	
samenwerking met de prakijkassistente *	niet prettig	3	97,2	100,0	0,0	ns
	wel prettig	103	2,8	43,7	56,3	
	er is geen	80	43,0	42,5	57,5	
samenwerking met andere personen √	niet prettig	11	8,3	63,6	36,4	ns
	wel prettig	122	91,7	41,8	58,2	
	er zijn geen anderen	53	39,8	45,3	54,7	

* (n = 106)
√ (n =133)

		algemeen welbevinden				
		N	**(%)**	**laag welbevinden (%)**	**hoog welbevinden (%)**	***P***
motivatie						
	niet gemotiveerd	33	17,0	51,5	48,5	ns
	wel gemotiveerd	153	82,3	42,5	57,5	

		algemeen welbevinden				
		N	**(%)**	**laag welbevinden (%)**	**hoog welbevinden (%)**	***P***
copingstijlen						
grenzen stellen						
	wel	27	14,5	33,3	66,7	ns
	niet	159	85,5	45,9	54,1	
hollen en rennen						
	wel	67	36,0	43,3	56,7	ns
	niet	119	64,0	44,5	55,5	
prioriteiten stellen						
	wel	26	14,0	38,5	61,5	ns
	niet	160	86,0	45,0	55,0	
troostende gedachten						
	wel	26	14,0	34,6	65,4	ns
	niet	160	86,0	45,6	54,4	
delegeren						
	wel	25	13,4	40,0	60,0	ns
	niet	161	86,6	44,7	55,3	

Bijlage 2: Het verband tussen algemeen welbevinden en variabelen in de groep huisartsen met kinderen (n=109):

				algemeen welbevinden		
				laag welbevinden	hoog welbevinden	
		N	**(%)**	**(%)**	**(%)**	***P***
persoonskenmerken						
geslacht	man	27	24,8	44,4	55,6	ns
	vrouw	82	75,2	34,1	65,9	
jaar afstuderen	2003-2004	27	24,8	40,7	75,2	ns
	2004-2005	22	20,2	36,4	79,8	
	2005-2006	15	13,8	40,0	86,2	
	2006-2007	12	11,0	50,0	89,0	
	2007-2008	12	11,0	25,0	89,0	
	2008-2009	21	19,2	28,6	80,8	

				algemeen welbevinden		
				laag welbevinden	hoog welbevinden	
		N	**(%)**	**(%)**	**(%)**	***P***
thuissituatie						
partner	geen partner	4	3,7	50,0	50,0	ns
	wel partner	105	96,3	36,2	63,8	
aantal kinderen	1	50	45,9	30,0	70,0	0,07
	2	41	37,6	36,6	63,4	
	3	13	11,9	53,8	46,2	
	4	5	4,6	60,0	40,0	
extra aandacht/zorg voor de kinderen	niet	17	15,6	47,1	52,9	ns
	wel	92	84,4	34,8	65,2	
praktische steun van de familie	nee	45	41,3	44,4	55,6	ns
	ja	64	58,7	31,2	68,8	
emotionele steun van de familie	nee	53	48,6	43,4	56,6	ns
	ja	56	51,4	30,4	69,6	
begrip sociale netwerk	nee	15	13,8	53,3	46,7	ns
	ja	94	86,2	34	66	
huishoudelijke hulp	geen huishoudelijke hulp	14	12,8	28,6	71,4	ns
	wel huishoudelijke hulp	95	87,2	37,9	62,1	

huishoudelijke apparatuur	niet in het bezit	0	0,0	0,0	0,0	0,09
	wel in het bezit	109	100,0	36,7	63,3	
aantal huishoudelijke apparaten	1	5	4,6	20,0	80,0	0,09
	2	25	22,9	24,0	76,0	
	3	79	72,5	41,8	58,2	

				algemeen welbevinden		
				laag welbevinden	**hoog welbevinden**	
		N	**(%)**	**(%)**	**(%)**	***P***
werksituatie						
% tijd werkzaam als huisarts	100%	43	39,4	27,9	72,1	ns
	99-51%	52	47,7	42,3	57,7	
	50%	11	10,1	36,4	63,6	
	49-1%	3	2,8	66,7	33,3	
aantal werkuren per week	<40	41	37,6	41,5	58,5	ns
	40-50	46	42,2	37,0	63,0	
	>50	22	20,2	27,3	72,7	
aantal patiëntencontacten per week	<50	12	11,0	50,0	50,0	0,04
	50-100	78	71,6	39,7	60,3	
	>100	19	17,4	15,8	84,2	
% huisbezoeken	< 5%	35	32,1	48,6	51,4	0,08
	>5%	74	67,9	31,1	68,9	
aantal uren per week administratie	1	9	8,3	55,6	44,4	ns
	2	20	18,3	30,0	70,0	
	3	18	16,5	16,7	83,3	
	4	21	19,3	38,1	61,9	
	5	19	17,4	52,6	47,4	
	>5	22	20,2	36,4	63,6	
werken op zaterdag voormiddag	1 (niet)	75	68,8	40,0	60,0	ns
	2 (wekelijks)	3	2,8	0,0	100,0	
	3 (om de 2 weken)	18	16,5	27,8	72,2	
	4 (alleen na afspraak)	13	11,9	38,5	61,5	
	wel	34	31,2	29,4	70,6	
	niet	75	68,8	40,0	60,0	

gemiddeld # avonden per maand	0	2	1,8	100,0	0,0	ns
bijscholingen	1	62	56,9	37,1	62,9	
	2	34	31,2	32,4	67,6	
	> 2	11	10,1	36,4	63,6	
aantal avond-en nachtdiensten (per 12u) per jaar	0-10	24	22,0	37,5	62,5	ns
	10--20	38	34,9	31,6	68,4	
	20--30	15	13,8	33,3	66,7	
	>30	32	29,4	43,8	56,2	
aantal weekendwachten (per 24 uur) per jaar	0-5	37	33,9	32,4	67,6	ns
	5--10	52	47,7	42,3	57,7	
	>10	20	18,3	30,0	70,0	
werkdruk	rustig	44	40,4	27,3	72,7	ns
	druk	65	59,6	43,1	56,9	
soort praktijk	a. platteland/dorp	30	27,5	23,3	76,7	ns
	b. semiruraal	30	27,5	46,7	53,3	
	c. stad	49	45,0	38,8	61,2	
praktijkvorm	a. solo	7	6,4	42,9	57,1	ns
	b. duo	45	41,3	28,9	71,1	
	c. groep	37	33,9	43,2	56,8	
	d. wijkgezondheidscentrum	17	15,6	41,2	58,8	
	e. netwerkpraktijk	3	2,8	33,3	66,7	
samenwerking met de wachtkring	niet prettig	10	9,2	70,0	30,0	0,03
	wel prettig	99	90,8	33,3	66,7	
samenwerking met de prakijkassistente	niet	40	36,7	30,0	70,0	ns
	wel	69	63,3	40,6	59,4	
samenwerking met andere personen	niet prettig	5	4,6	60,0	40,0	ns
	wel prettig	76	69,7	35,5	64,5	
	er zijn geen anderen	28	25,7	35,7	64,3	

				algemeen welbevinden		
		N	**(%)**	**laag welbevinden (%)**	**hoog welbevinden (%)**	***P***
motivatie						
	niet gemotiveerd	19	17,4	42,1	57,9	ns
	wel gemotiveerd	90	82,6	38,8	61,2	

		algemeen welbevinden				
				laag welbevinden	hoog welbevinden	
		N	**(%)**	**(%)**	**(%)**	***P***
copingstijlen						
grenzen stellen						
	wel	16	14,7	25,0	75,0	ns
	niet	93	85,3	38,7	61,3	
hollen en rennen						
	wel	40	36,7	40,0	60,0	ns
	niet	69	63,3	34,8	65,2	
prioriteiten stellen						
	wel	13	11,9	38,5	61,5	ns
	niet	96	88,1	36,5	63,5	
troostende gedachten						
	wel	16	14,7	25,0	75,0	ns
	niet	93	85,3	38,7	61,3	
delegeren						
	wel	15	13,8	26,7	73,3	ns
	niet	94	86,2	38,3	61,7	

Bijlage 3: Vrije Opmerkingen van de huisartsen:

“ De bevraging lijkt uit te gaan van een huisarts met een partner buiten de zorgsector > in mijn geval van twee "oudere nieuwe" huisartsen zijn de antwoorden niet altijd evident.”

“Vrij veel vragen, vermoeiend na een lange werkdag, maar zeer interessant en ik ben benieuwd naar de resultaten.”

“Belangrijk onderzoek! Zeker nu er zoveel vrouwen als huisarts werken en de combinatie met gezin niet altijd gemakkelijk te realiseren is als er geen familie/vrienden dicht in de buurt zijn die voor plotse opvang van de kinderen kunnen zorgen bij bv een dringende oproep in de namiddag.”

“Interessant onderzoek: als huisarts voelt je je patiënt bij deze vragen! Heel graag de resultaten van deze enquête, alsook eventuele oplossingen voor de combinatie huisarts-ouderschap!”

“Zeer interessant thema, benieuwd naar de resultaten! veel succes!”

“Deze reflectie maakt me nog eens duidelijk...dat in de weken dat we met 2 werken in onze duopraktijk, mijn welbevinden erg goed is. Maar in de weken waarin ik er alleen voor sta (> 150 pt/w) ...komt het welbevinden ook op 50% te staan! Dit zou ik niet lang volhouden...dan zou ik na 2 maanden in burn-out gaan, denk ik ! Ik kijk uit naar de resultaten van uw onderzoek!”

“Zeer relevant en interessant onderwerp!”

“Het is een leuke en veelzijdige job. Het is echter ook een veeleisende job. Je moet als gezin sterk in je schoenen staan, maar met de juiste partner lukt het zeker. Mijn echtgenoot werkt halftijds om voor de kinderen te zorgen en het huishouden te doen. Naar de kinderen toe voel ik mij vaak schuldig omdat ik er niet vaak ben. Ik probeer er wel altijd een leuke tijd van te maken als ik er ben. Kwaliteit versus kwantiteit.”

“Mooi initiatief!”

“Vragen in welke provincie de huisartsen werken zou interessant zijn.”

“Interessant. Juist een onderwerp dat me op dit moment heel sterk bezig houdt. Ik ben benieuwd wat de resultaten en/of conclusies zullen zijn.”

“Zwangerschap maakt het nu allemaal ietsje moeilijker te combineren. Lichamelijke klachten zijn ook deels hierin te kaderen.”

“Moest ik op voorhand geweten hebben wat ik nu weet zou ik er nooit meer aan beginnen..”

“Benieuwd naar jouw resultaten, succes!”

“Het zou tof zijn mocht het beroep van huisarts in België een beetje meer gewaardeerd worden... Na een ervaring in Nederland stel ik vast dat het daar praktisch en financieel gezien gemakkelijker is om de job uit te oefenen. Als je in België minder werkt of in WGC centrum werkt valt het financieel toch soms tegen. De kloof tussen specialist en huisarts is veel te groot in dit land. Als ik zie dat men in
België zelfs de Dag van de Huisarts vergeet, vind ik dat wel jammer...

We hebben zo'n mooie veelzijdige job maar jonge mama's hebben het vaak moeilijk om een goed evenwicht te vinden tussen het voltijds mama en voltijds huisarts zijn.”

“Goede vragenlijst! ik wil zeker feedback!”

“Ik denk dat het veel zou opbrengen moest je als jonge arts kunnen gaan werken in een praktijk met meerdere artsen, praktijkassistente en eventueel een verpleegkundige, georganiseerd door de overheid waarbij je jezelf zeer efficiënt kunt bezighouden met de echte geneeskunde.”

“Zeer hulpvaardig onderzoek. Ik ben voorstander van wijkgezondheidscentra en het werken volgens een vast loon en vaste uren, best tijdens de dag (zoals in Nederland).”

“ Goed onderzoek! Het werk van een huisarts is denk ik wel minder goed in beeld, voor mij heb je als huisarts volgende taken waar je tijd voor nodig hebt: - patiënten zien - bijstuderen, lezen, opzoekingswerk en bijscholingen doen - boekhouding, je boekhouder zien en andere administratie voor je beroep in orde brengen - wachtdiensten - administratie voor patiënten in orde brengen - praktijkorganisatie: voorraden aanvullen e.d. - overleg en samenwerking op de praktijk.”

“Ik ben heel tevreden met mijn beroep - ik werk heel hard - zie mijn dochter weinig - ik heb daar geen problemen mee en zij ook niet - ik ben gelukkig met mijn situatie.”

“Ik heb momenteel geen huishoudhulp. Ben er wel naar op zoek. Doch momenteel geen tijd... (overdag als de kantoren open zijn).”

“Ik vind de vraag "Hoeveel procent van uw tijd werkt u als huisarts?" niet duidelijk. Bedoelt u hiermee "van alle tijd, vrije tijd inclusief?" of "van de tijd die je gaat werken" of van "een 38u week?"

“De vraag naar hoeveel percent van mijn tijd ik aan mijn beroep besteed is onduidelijk: percent van alle uren van de week, percent van de tijd dat ik wakker ben, van de tijd dat ik werk, van de tijd dat ik buitenshuis ben, ...?”

“Uren werken in de praktijk per week: moeilijk om een gemiddelde te geven. Ik schat dat het gemiddelde rond de 50u zit, maar dit varieert enorm. Ik werk ook nog 20% voor unief, wat maakt dat ik daar vaak in het weekend mee bezig ben.”

“Goed dat erover nagedacht wordt! Het is een mooi beroep en ik doe het met heel veel voldoening maar het probleem is dat een dag ook maar 24 uur heeft. Ik zou het fijn vinden om meer huishoudelijk werk te kunnen doen want dat geeft ook voldoening. Je kan niet alles uitbesteden want dan wordt je een vreemde in je huis. We proberen onze kinderen ipv kwantiteit vooral kwaliteit mee te geven!”

“Dit laatste jaar was de combinatie zwanger - bouw - werk en kind - bouw - werk en erna verhuis wel lastig en zou op een betere manier gekund hebben.”

Bijlage 4: vragenlijst

	PERSOONSKENMERKEN						
1.	Geslacht	man	vrouw				
		□	□				
2.	Geboortejaar	….					
3.	Wat is uw burgerlijke staat?	gehuwd	samenwonend	alleenstaand			
		□	□	□			
	KENMERKEN VAN DE THUISSITUATIE						
	De kinderen (indien u geen kinderen heeft, ga naar vraag 11)						
7.	Hoeveel kinderen heeft u momenteel?	… kind(eren)					
8.	Wat is de leeftijd van uw kinderen?	1e kind	….. jaar				
		2e kind	….. jaar				
		3e kind	….. jaar				
		4e kind	….. jaar				
		5e kind	….. jaar				
	Alle kinderen vragen aandacht. Sommigen hebben extra aandacht nodig bijvoorbeeld in verband met gezondheidsproblemen, problemen op school en dergelijke						
9.	In hoeverre vragen uw kinderen extra aandacht/zorg?	heel vaak	vaak	soms	niet		
		□	□	□	□		
10.	Van welke vorm van kinderopvang maakt u gebruik en hoeveel uur per week?	10a.	10b.	10c.	10d.		

		kinderdagverblijf	buitensch oolse opvang	betaalde oppas	onbetaa lde oppas		
		…. uur	…. uur	…. uur	…. uur		
	De partner (indien u geen partner heeft,ga naar vraag 15)						
11.	Hoeveel uur per week werkt uw partner gemiddeld ?	<20	20-40	>40			
		□	□	□			
11a.	Werkt uw partner bij u in de praktijk?	ja	nee				
		□	□				
12.	In welke mate neemt uw partner wat betreft het huishoudelijk werk bepaalde taken voor zijn rekening?	heel vaak	vaak	soms	niet		
		□	□	□	□		
13.	In welke mate voelt u zich door uw partner (in emotionele zin) gesteund?	heel vaak	vaak	soms	niet		
		□	□	□	□		
14.	(Indien u geen kinderen heeft,ga naar vraag 15) In welke mate neemt uw partner bepaalde taken met betrekking tot de kinderen voor zijn/haar rekening?	heel vaak	vaak	soms	niet		
		□	□	□	□		
.	*De familie/ vrienden*						
15.	In welke mate wordt u in **praktische** zin door familieleden, vrienden of kennissen in het combineren van werk en gezin gesteund?	heel vaak	vaak	soms	niet		
		□	□	□	□		

16.	In welke mate wordt u in **emotionele** zin door familieleden, vrienden of kennissen in het combineren van werk en gezin gesteund?	heel vaak	vaak	soms	niet		
		□	□	□	□		
17.	*(Indien u geen kinderen heeft, ga naar vraag 18)*In welke mate heeft u de indruk dat uw sociale netwerk (bv. familie) uw combineren van werk en zorg voor de kinderen goedkeurt?	heel vaak	vaak	soms	niet		
		□	□	□	□		
	De huishouding						
18.	Hoeveel uur per week heeft u huishoudelijke hulp? (indien uw oppas huishoudelijke werkzaamheden verricht, gelieve deze tijdsinvestering te schatten)	0 uur	1 tot 4 uur	5 tot 8 uur	> 8 uur		
		□	□	□	□		
19.	19a.Heeft u een wasmachine?	ja	nee				
		□	□				
	19b. Heeft u een afwasmachine?	ja	nee				
		□	□				
	19c.Heeft u een droogkast?	ja	nee				
		□	□				
	WERKSITUATIE						
20.	In welk academiejaar bent u afgestudeerd als huisarts?						
		2003-2004	□				
		2004-2005	□				
		2005-2006	□				
		2006-2007	□				
		2007-2008	□				
		2008-2009	□				

20a.	hoeveel % van uw tijd werkt u als huisarts?	100%	99-51%	50%	49-1%	0%	
		□	□	□	□	□	
21.	Hoeveel uur per week werkt u gemiddeld (exclusief wachtdiensten)?	<40	40-50	>50			
		□	□	□			
21a.	Hoeveel patiënten contacten per week heeft u gemiddeld ?	< 50 □	50-75 □	75-100 □	>100 □	100-150 □	>150 □
21b.	Welk percentage van deze patiënten contacten zijn huisbezoeken?	… %					
21c.	Hoeveel uren per week spendeert u gemiddeld aan administratieve taken?	… uur					
21d.	Werkt u op zaterdag voormiddag (exclusief de wachten)?	niet	wekelijks	om de 2 weken	enkel op afspraak		
		□	□	□	□		
21e.	Hoeveel avonden per maand gemiddeld woont u bijscholingen bij?	…					
22.	Hoeveel avond- en nachtdiensten (per 12u) doet u per jaar?	…					
23.	Hoeveel weekendwachten (per 24u) doet u per jaar?	…					
25.	Hoe groot ervaart u de werkdruk in uw praktijk?	heel druk	druk	niet druk/ niet rustig	rustig	heel rustig	
		□	□	□	□	□	
	2 open vragen						
25a.	Wat geeft u werkdruk/stress?	…					
25b.	Wat helpt u om met deze werkdruk/stress om te gaan?	…					
26.	In wat voor soort praktijk bent u werkzaam?	a. plattelands-/dorpspraktijk	□				

		b. semiruraal	□				
		c. stadspraktijk	□				
27.	In welke praktijkvorm bent u werkzaam?	a. solopraktijk	□				
		b. duopraktijk	□				
		c. groepspraktijk	□				
		d. wijkgezondheidscentrum	□				
		e. netwerk-praktijk	□				
28.	Ervaart u uw samenwerking met de leden van de wachtkring als prettig?	ja	nee				
		□	□				
29.	Ervaart u uw samenwerking met de praktijkassistente of het secretariaat (indien aanwezig) als prettig?	ja	nee	er is geen			
		□	□	□			
30.	Ervaart u uw samenwerking met andere relevante personen in de praktijk (bv. de partner van een collega) als prettig?	ja	nee	er zijn geen andere			
		□	□	□			
	Indien u geen kinderen heeft, ga naar vraag 34						
32.	Heeft uw collega begrip voor uw situatie als moeder/vader-huisarts?	ja	nee	geen collega			
		□	□	□			
33.	Keurt uw collega uw combinatie van werk en zorg voor de kinderen goed?	ja	nee	geen collega			
		□	□	□			
	AANPAK VAN DE COMBINATIE WERKEN EN ZORGEN						

	Hieronder vindt u een lijst met allerlei manieren waarop iemand met drukke situaties kan omgaan.						
	Wilt u aangeven wat u in de bedoelde situaties bijna altijd, vaak, soms of bijna nooit doet of denkt?						
		bijna nooit	soms	vaak	bijna altijd		
34a.	Als ik nog een hele lijst van dingen moet doen, bekijk ik eerst wat de hoogste prioriteit heeft. De rest schuif ik voorlopig op de lange baan.	□	□	□	□		
34b.	In drukke tijden sta ik eerder op en ga ik later naar bed om alles voor elkaar te krijgen.	□	□	□	□		
34c.	In drukke tijden is er elke dag wel een periode dat ik me even ontspan.	□	□	□	□		
34d.	In drukke tijden denk ik: het kan alleen nog maar rustiger worden.	□	□	□	□		
34e.	Als er op mijn werk teveel op me af komt, doe ik daar eerst de echt belangrijke taken	□	□	□	□		
35a.	In drukke tijden probeer ik zoveel mogelijk taken met elkaar te combineren.	□	□	□	□		
35b.	Als ik nog een hele lijst van dingen moet doen, doe ik eerst een paar kleine of eenvoudige klusjes.	□	□	□	□		
35c.	In drukke tijden leef ik me minstens één keer per week even helemaal ergens in uit.	□	□	□	□		
35d.	In drukke tijden denk ik: is alles waarover ik me druk maak wel zo vreselijk belangrijk?	□	□	□	□		

35e.	Als het huishoudelijk werk me teveel wordt, ga ik eerst na wat ik kan uitbesteden	□	□	□	□		
36a.	Als er op mijn werk teveel op me af komt, doe ik alles een beetje minder nauwkeurig.	□	□	□	□		
36b.	In drukke tijden probeer ik alles wat efficiënter en sneller te doen.	□	□	□	□		
36c.	Als er op mijn werk teveel op me af komt, zoek ik een collega die wat taken van me over kan nemen.	□	□	□	□		
36d.	Als er op mijn werk extra activiteiten van me gevraagd worden, overleg ik eerst met mijn collega of ik tijdelijk wat achterwege kan laten.	□	□	□	□		
36e.	Als het huishoudelijk werk me teveel wordt, laat ik bepaalde huishoudelijke taken tijdelijk achterwege.	□	□	□	□		
	Indien u geen kinderen heeft, ga naar vraag 39a						
37a.	Als er ten behoeve van de kinderen extra tijd van me gevraagd wordt, ga ik eerst na of het belangrijk is voor de kinderen.	□	□	□	□		
37b.	In drukke tijden denk ik: het combineren van werk en zorg is wel zwaar, maar daar staat tegenover dat kinderen je leven verrijken.	□	□	□	□		
37c.	Als er met betrekking tot de kinderen extra tijd van me gevraagd wordt, dan doe ik dat gewoon.	□	□	□	□		

37d.	In drukke tijden denk ik: het is maar tijdelijk. Als de kinderen groter zijn, wordt alles makkelijker.	□	□	□	□		
38a.	In drukke tijden denk ik: als het me echt niet meer lukt om werk en zorg te combineren, kan ik altijd nog stoppen met werken	□	□	□	□		
38b.	In drukke tijden denk ik: het combineren van werk en zorg is altijd beter dan fulltime huisvrouw/man te zijn	□	□	□	□		
	Indien u geen partner heeft, ga naar vraag 40						
39a.	Als het huishoudelijk werk me teveel wordt, dan vraag ik mijn partner om bepaalde taken van me over te nemen.	□	□	□	□		
39b.	Als er met betrekking tot de kinderen extra tijd van me gevraagd wordt, overleg ik eerst met mijn partner wie van ons tweeën het gaat doen.	□	□	□	□		
	MOTIVATIE						
40a.	Ik zet alles op alles om huisarts te blijven.	volledig eens	□				
		gedeeltelijk eens	□				
		neutraal	□				
		deels oneens	□				
		volledig oneens	□				
40b.	Als ik mijn loopbaanwensen niet zou kunnen realiseren zou ik dat vreselijk vinden	volledig eens	□				
		gedeeltelijk eens	□				
		neutraal	□				
		deels oneens	□				
		volledig oneens	□				

40c.	Ik zie mijn toekomst in het huisartsen beroep vol vertrouwen tegemoet.	volledig eens	□				
		gedeeltelijk eens	□				
		neutraal	□				
		deels oneens	□				
		volledig oneens	□				
40d.	De kans dat ik mijn loopbaanwensen kan realiseren, acht ik groot.	volledig eens	□				
		gedeeltelijk eens	□				
		neutraal	□				
		deels oneens	□				
		volledig oneens	□				
	WELBEVINDEN						
	Geef van hieronder staande gevoelens aan of u daar bijna altijd, vaak, soms of bijna nooit last van heeft?						
		bijna nooit	soms	vaak	bijna altijd		
41a.	Een opgejaagd gevoel.	□	□	□	□		
41b.	Het gevoel dat je op je werk tekort schiet.	□	□	□	□		
41c.	Het gevoel dat je zo moe bent	□	□	□	□		
41d.	Het gevoel dat je wel dagen zou kunnen slapen.	□	□	□	□		
42a.	Het gevoel dat er nog zoveel moet gedaan worden en dat het nooit klaar raakt.	□	□	□	□		
42b.	Het gevoel dat je overal alleen voor staat.	□	□	□	□		
42c.	Het gevoel dat je het allemaal maar nèt volhoudt.	□	□	□	□		
42d.	Een gevoel van voldoening.	□	□	□	□		
43a.	Het gevoel heel veelzijdig te	□	□	□	□		

	zijn.						
43b.	Het gevoel dat de zorgtaken thuis het werk op een prettige manier relativeren.	□	□	□	□		
43c.	het gevoel dat het werk de zorgtaken thuis op een prettige manier relativeert						
43d.	Een gevoel van zelfstandigheid.	□	□	□	□		
43e.	Een rijk gevoel.	□	□	□	□		
	Indien u geen kinderen heeft, ga naar vraag 45a						
44a.	Het gevoel dat je tegenover je kind/kinderen te kort schiet.	□	□	□	□		
44b.	Het gevoel dat je aan je kinderen een geëmancipeerd voorbeeld geeft.	□	□	□	□		
44c.	Het gevoel juist door de wisseling van werk en ouderschap een goede ouder te zijn.	□	□	□	□		
44d.	Het gevoel dat je persoonlijke kwaliteiten juist door de combinatie van werk en zorg goed tot hun recht komen.	□	□	□	□		
	Indien u geen partner heeft, ga naar vraag 46a						
45a.	Het gevoel dat je tegenover je man/partner tekort schiet.	□	□	□	□		
45b.	Het gevoel gelijkwaardig te zijn aan je partner/man.	□	□	□	□		

	Tenslotte wil ik vragen aan te kruisen of u bijna altijd, vaak, soms of bijna nooit last heeft van de volgende klachten:						
		bijna nooit	soms	vaak	bijna altijd	niet van toepassing	
46a.	Snel geïrriteerd zijn	□	□	□	□	□	
46b.	Hoofdpijn	□	□	□	□	□	
46c.	Slecht slapen	□	□	□	□	□	
46d.	Buikpijn	□	□	□	□	□	
47a.	Pijn in schouder(s) of nek	□	□	□	□	□	
47b.	Minder of meer eten/snoepen dan u gewend bent.	□	□	□	□	□	
47c.	Misselijkheid	□	□	□	□	□	
47d.	Rugpijn	□	□	□	□	□	
48a.	Maagpijn	□	□	□	□	□	
48b.	Meer alcohol drinken dan u gewend bent	□	□	□	□	□	
48c.	Somberheid	□	□	□	□	□	
48d.	Er tegenop zien om de dag te beginnen	□	□	□	□	□	
49a.	Piekeren	□	□	□	□	□	
49b.	Meer roken dan u gewend bent	□	□	□	□	□	
49c.	Duizeligheid	□	□	□	□	□	
49d.	Vergeetachtigheid	□	□	□	□	□	
50.	u hebt alle vragen beantwoord. Noteer hier uw opmerkingen	..					