

Op zoek naar de optimale omstandigheden

Een kwalitatief onderzoek naar de invloed van de werkomgeving op de bevlogenheid van medisch specialisten



Evelien Sandberg



Thesis Master of Health Business Administration (MHBA-20)

Erasmus Centrum voor Zorgbestuur

Erasmus Universiteit Rotterdam

Thesis begeleider: Dr. Michiel Schoenmaker

Tweede lezer: Dr. Maarten Janssen

Student: Evelien Sandberg

eveliensandberg@gmail.com

Mei 2024

Foto voorpagina: toerskiën in Oostenrijk, 2016, privé foto (de onderzoeker staat zelf op de foto)

Management samenvatting

Nationale cijfers tonen aan dat de zorgsector de meest bevlogen werksector van Nederland is. Bevlogenheid, gekenmerkt door vitaliteit, toewijding en absorptie, heeft een positief effect op zorgmedewerkers; het beschermt tegen uitval en verhoogt de patiënttevredenheid. Recente studies signaleren echter zorgwekkende trends rondom het welzijn van artsen in verschillende fases van hun loopbaan. Een groeiend aantal coassistenten, arts-assistenten en medisch specialisten is ontevreden over hun werk en in het bijzonder de werkomgeving waarin zij werken. Zo geven zij aan ontevreden te zijn over hun werk-privé balans, de hoge werkdruk en administratieve lasten. In verschillende (landelijke) visiedocumenten over de toekomst van de zorg is hier maar beperkt aandacht voor. Echter, zonder bevlogen zorgprofessionals is het zorgsysteem onhoudbaar.

Bovenstaande is de aanleiding geweest voor dit onderzoek, met als hoofdonderzoeksvraag: ‘Hoe kan de werkomgeving de bevlogenheid van medisch specialisten in de verschillende fases van hun loopbaan positief beïnvloeden?’ De term bevlogenheid werd gedefinieerd aan de hand van de zelfdeterminatie theorie en bestaat uit drie aspecten: competentie, autonomie en verbondenheid. De werkomgeving werd gedefinieerd als de fysieke, organisatorische en sociale context. In het eerste deel van het onderzoek is onderzocht welke factoren uit de werkomgeving de bevlogenheid van medisch specialisten positief (energiebronnen) of negatief (stressoren) beïnvloeden om in het tweede deel te bestuderen welke interventies uit de werkomgeving de bevlogenheid kunnen optimaliseren. Specifiek is er aandacht besteed aan de verschillen en overeenkomsten van de verschillende loopbaanfases van medisch specialisten (gedefinieerd aan de hand van vier fases: coassistenten, arts-assistenten, jonge klaren en senior medisch specialisten). Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is kwalitatief onderzoek verricht. Naast het verrichten van een literatuuronderzoek zijn drie focusgroepen georganiseerd met gynaecologen, vond er een onderwijsbijeenkomst plaats met coassistenten (hackathon) en werden 13 experts met verschillende achtergronden geïnterviewd over het onderwerp.

Tijdens de focusgroep bijeenkomsten is gevraagd naar de energiebronnen en stressoren van de deelnemers. Hun antwoorden kwamen overeen met het literatuuronderzoek. Vooral factoren uit de sociale context (zoals samenwerken met collega's of het contact met patiënten) en uit de organisatorische context (zoals werkdruk en inhoud van het werk) speelde een rol terwijl de fysieke omgeving niet werd genoemd door de respondenten. De energiebronnen en stressoren hadden invloed op de drie fundamentele behoeftes van bevlogenheid, waarbij de stressoren specifiek gerelateerd waren aan het aspect van autonomie (zoals een gebrek aan persoonlijke ontwikkeling en hoge werkdruk). Er werden specifieke variaties geobserveerd tussen de verschillende loopbaanfases. Zo gaven de coassistenten en a(n)ios aan veel waarde te hechten aan een prettige werkomgeving met ruimte voor persoonlijke ontwikkeling, terwijl het slechte banenperspectief de jonge klaren bezighield en de senior medisch specialisten voornamelijk gehinderd werden door het gevoel vast te zitten in het systeem. Deze verschillen vereisen een gerichte aanpak maar kunnen ook gezien worden als kansen om het systeem te verbeteren.

De voorgestelde interventies in het tweede deel van het onderzoek richtten zich voornamelijk op individuele en organisatorische aanpassingen. Op individueel niveau lag de focus op het stimuleren van medische specialisten om zich te ontwikkelen tot leiders die niet alleen vakinhoudelijke experts zijn, maar ook actief bijdragen aan het verbeteren van het gezondheidssysteem. Op organisatorisch en nationaal niveau werd voornamelijk aanbevolen om (landelijke) beleidsplannen op te stellen vanuit het perspectief dat zorgmedewerkers de belangrijkste prioriteit zijn voor het zorgsysteem.

Dit onderzoek toont aan dat het bevorderen van bevlogenheid van medisch specialisten in de verschillende fases van hun loopbaan een breed gedragen gevoel van (mede)verantwoordelijkheid voor dit complexe onderwerp vereist. Dit zal vervolgens resulteren in de implementatie van effectieve interventies. Het besef moet groeien dat investeren in zorgprofessionals betekent ook investeren in de kwaliteit van zorg en in de houdbaarheid van het zorgsysteem.

Management summary

National data indicate that the healthcare sector is the most engaged sector in the Netherlands. Work engagement defined by vitality, dedication, and absorption, not only helps protect healthcare workers from dropout but also contributes to higher patient satisfaction. However, recent studies have highlighted concerning trends regarding the well-being of doctors at various stages of their career. An increasing number of interns, residents, and medical specialists are dissatisfied with their work, and particularly their working environment. Common complaints include dissatisfaction with work-life balance, high work pressure, and administrative burdens. In various national documents these topics have received limited attention so far. However, without engaged healthcare professionals, the healthcare system is unsustainable.

The need to address these issues has led to this research, which aims to explore how the work environment affects the work engagement of medical specialists. The main research question was: 'How can the work environment positively affect the work engagement of medical specialists at different stages of their careers?' Work engagement was defined according to the self-determination theory, comprising three key elements: competence, autonomy, and relatedness. The work environment was examined in terms of its physical, organizational, and social contexts.

The study was divided into two parts. The first part of the research examined which factors in the work environment positively (energy sources) or negatively (stressors) affect the engagement of medical specialists, and the second part investigated which interventions in the work environment can optimize engagement. Specific attention was paid to the differences and similarities of the career stages of medical specialists, consisting of four phases: interns, residents, junior doctors, and senior medical specialists.

To answer the research question, qualitative research was conducted. In addition to conducting a literature review, three focus groups were organized with gynecologists, a two-day educational meeting took place with interns (hackathon), and 13 experts were interviewed on the topic.

The energy sources and stressors mentioned during the focus groups aligned with previous literature. Particularly, factors from the social context (e.g., collaboration with colleagues or patient contact) and organizational context (e.g., high administrative burden or work pressure) played a role, while the physical environment of the hospital was not mentioned by the respondents. The energy sources and stressors influenced the three fundamental needs of engagement, with the stressors specifically related to the aspect of autonomy (such as e.g., a lack of personal development and high workload). Specific variations were observed between the different career stages, requiring a targeted approach. For instance, interns and residents greatly valued a pleasant learning and working environment with room for personal development, whereas job prospects concerned early-career doctors and senior medical specialists were primarily hindered by the feeling of being stuck in the system.

The proposed interventions in the second part of the research focused primarily on individual and organizational adjustments. At the individual level, the focus is on encouraging medical specialists to develop into leaders who also actively contribute to improving the healthcare system. At the organizational and national level, it was primarily recommended to create (national) policy plans from the perspective that healthcare workers should be the top priority for the healthcare system.

Overall, this study proposed interventions that encouraged a sense of co-responsibility at all levels of the system. There must be a growing realization that investing in healthcare professionals also means investing in the quality of care and the sustainability of the healthcare system.

Inhoudsopgave

Management samenvatting	2
Management summary	3
Hoofdstuk 1: Inleiding.....	6
1.1 Probleemstelling	6
1.2. Doelstelling	7
1.3. Centrale onderzoeksvraag.....	8
1.4. Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie.....	9
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader	10
2.1. Definitie van kernbegrippen	10
2.1.1. Bevlogenheid	10
2.1.2. De werkomgeving en de factoren van invloed	11
2.1.3. Loopbaanfases	13
2.2. Het verbinden van de drie kernbegrippen	15
2.3. Het conceptueel model.....	17
Hoofdstuk 3: Methodes en verantwoording onderzoekopzet	19
3.1. Onderzoekopzet	19
3.1. Verantwoording conceptueel model en literatuuronderzoek.....	21
3.2. Praktijkonderzoek.....	23
3.2.1. Data verzamelen	23
3.2.2. Data-analyse	26
3.3. Kwaliteit waarborgen	27
Hoofdstuk 4: Resultaten	29
4.1. Resultaten literatuuronderzoek	30
4.2. Resultaten focusgroepen	30
4.2.1. Energiebronnen	31
4.2.2. Stressoren	31
4.2.3. Oplossingen	32
4.3. Resultaten hackathon.....	34
4.3.1. Groep 1: Individuele begeleiding middels coaching	34
4.3.2. Groep 2: Traineeship	35
4.3.3. Groep 3: Work hard, play hard	35
4.3.4. Groep 4: Richtlijn opstellen over het werk als anios	35
4.3.5. Groep 5: de werkdag van 6 uur	36
4.3.6. Groep 6: Traineeship	36
4.4. Resultaten experts.....	37
4.4.1. Algemeen.....	37
4.4.2. Gesignaleerde knelpunten en aangedragen oplossingen.....	39
4.5. Overzicht van de resultaten per deelvraag.....	48
4.5.1. Deelvraag 1	48
4.5.2. Deelvraag 2	49
4.5.3. Deelvraag 3	50
4.5.4. Deelvraag 4	52

Hoofdstuk 5: Conclusie, discussie en aanbevelingen	53
5.1. Conclusie.....	53
5.2. Discussie	55
5.2.1. Reflectie op het onderzoek in een bredere context	55
5.2.2. Reflectie op conceptueel model en evaluatie doelstelling	57
5.2.3. Sterktes en zwaktes	58
5.2.4. Bijdrage aan de wetenschap en aanbevelingen vervolgonderzoek.....	59
5.3. Bijdrage aan de praktijk en aanbevelingen	60
5.3.1. Concrete aanbevelingen voor medisch specialisten (individueel niveau)	60
5.3.2. Concrete aanbevelingen voor bestuurders (organisatorisch niveau)	61
5.3.3. Concrete aanbevelingen voor overkoepelende instanties (nationaal niveau)	62
Hoofdstuk 6: Referenties	65
Bijlagen.....	69
Bijlage 1: Definitieve zoekstrategie voor het literatuuronderzoek	69
Bijlage 2: Overzicht van de deelnemers aan het praktijkonderzoek.....	70
2.1. Overzicht van samenstelling van de focusgroepen	70
2.2. Overzicht van de experts gegroepeerd per stakeholder	70
Bijlage 3: Besproken onderwerpen tijdens semigestructureerd interviews met experts.....	71
Bijlage 4: Samenvatting van geïnccludeerde artikelen in het literatuuronderzoek.....	72
Bijlage 5: Codebomen.....	74
5.1. Codeboom van energiebronnen.....	74
5.2. Codeboom van stressoren	75
5.3. Codeboom van gesignaleerde knelpunten	77
5.4. Code boom van voorgestelde oplossingen.....	78

Hoofdstuk 1: Inleiding

In dit eerste hoofdstuk wordt het onderwerp van de thesis geïntroduceerd. Na het schetsen van de probleemstelling wordt de doelstelling en uiteindelijk de centrale onderzoeksvraag besproken. Tot slot wordt dit hoofdstuk afgerond met de wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie van dit onderwerp.

1.1 Probleemstelling

Geneeskunde studeren is voor veel (jonge) artsen een roeping (Kao et al. 2018). Ook landelijke cijfers, onder 600.000 medewerkers in alle sectoren, tonen aan dat de zorgsector de meest bevlogen werksector van Nederland is (Heezen et al. 2018). Bevlogenheid wordt gedefinieerd als een gevoel van oppperste voldoening, dat gekenmerkt wordt door vitaliteit, toewijding en absorptie¹ (Schaufeli et al. 2004). De literatuur toont aan dat bevlogenheid onder zorgprofessionals beschermt tegen uitval en is geassocieerd met meer patiënttevredenheid en minder fouten (Milliken et al. 2014; Reinertsen et al. 2007).

Ondanks de positieve cijfers over zorgprofessionals zijn er al enkele jaren zorgen over het welzijn van artsen. De cijfers van De Jonge Specialist (DJS), de vereniging die arts-assistenten in Nederland vertegenwoordigt, laten zien dat 24% van de jonge dokters in 2022 burn-outklachten had en dat 44% de werkdruk als 'te hoog' ervoer. Ook overwoog 25% serieus te stoppen met de opleiding (Korsten et al. 2022). Belangrijke redenen hiervoor zijn de hoge werkdruk, de hoge administratieve lasten en het gebrek aan autonomie. Daarnaast lijkt er een trend te ontstaan waarbij de huidige geneeskundestudenten niet meer in het ziekenhuis willen werken vanwege de, naar hun mening, slechte werk-privébalans. Deze tendens in de wensen van jonge artsen wordt in het ziekenhuis al beperkt gevoeld door het niet altijd kunnen invullen van vacatures (Sikkel et al. 2023).

Over het welzijn van de artsen verder in hun carrière is minder literatuur te vinden. In een Nederlands onderzoek uit 2012 bleek dat medisch specialisten minder gelukkig waren dan hun collega huisartsen, alhoewel beide groepen beter scoorden dan geneeskundestudenten (van Dongen et al. 2012). In 2019 werd er een online vragenlijst afgenomen onder medisch specialisten via het vakblad Medisch Contact (van Twillert et al. 2019). Van de 870 respondenten was 14% ooit uitgevallen vanwege een burn-out, wat overeenkomt met het landelijk gemiddelde onder werknemers. Medisch specialisten gaven wel aan dat naar hun gevoel meer collega's kampte met burn-outklachten. De belangrijkste redenen hiervoor waren met name de toenemende administratielasten en de niet-efficiënte regelgeving. Ook speelde voor 34% de arbeidscultuur een rol.

De arbeidscultuur wordt medebepaald door de werkomgeving waarin zorgprofessionals werken. Door thema's zoals hoge werkdruk en emotionele belasting is de werkomgeving van zorgprofessionals intensief (Averens et al. 2022; SER 2020). De werkomgeving van zorgprofessionals ontwikkelt zich voortdurend en systemen worden gecreëerd om de zorg rond patiënten steeds beter te maken. Gezien de vele uitdagingen in de zorg blijkt dit echter niet eenvoudig. Zo speelt de financiële druk met budgettaire beperkingen een prominente rol in de zorgsector, waardoor continu gezocht moet worden naar een evenwicht tussen kostenbeheersing en kwaliteit van zorg. Ook is er een toenemende

¹ Absorptie is gedefinieerd als een psychologische toestand waarbij iemand volledig in zijn of haar werk opgaat.

zorgvraag. Deze komt deels door vergrijzing, maar ook door medische ontwikkelingen waardoor er meer behandelingen tot de beschikking van de patiënt staan. Tot slot heeft de zorgsector te maken met zeer strikte regelgeving om veiligheid en kwaliteit te waarborgen. Dit leidt echter ook tot bureaucratische processen en hoge administratieve lasten, zoals ook werd aangegeven door de medisch specialisten in de vorige alinea.

Verschiedende visiedocumenten, zoals Medisch Specialisten 2025 vanuit de Federatie Medisch Specialisten (FMS) (2017) of het Integraal Zorgakkoord (IZA) (2022) zijn de afgelopen jaren uitgebracht met als doel een toekomstbeeld te schetsen over waar de zorgsector heen moet. In het streven naar een steeds optimaler zorgsysteem wordt in deze documenten opvallend weinig aandacht besteed aan de zorgprofessionals zelf. Ook zijn er tot op heden weinig beleidsplannen geschreven of concrete, duurzame initiatieven gelanceerd voor het behoud van zorgprofessionals of het verbeteren van hun welzijn. Door het merkbare personeelstekort in verschillende delen van de zorg groeit echter wel het besef dat zonder zorgprofessionals het zorgsysteem niet houdbaar is (Scheepers et al. 2023).

Vanuit de arbeidspychologie is veel onderzoek verricht naar wat maakt dat werknemers zich bevlogen voelen tijdens hun werk. In 2004, werd het Job Demands-Resources model (JD-R model) gepubliceerd gericht op het analyseren van factoren uit de werkomgeving die van invloed zijn op burn-outklachten en de bevlogenheid van medewerkers in het algemeen (Schauffeli & Bakker 2004). De factoren van invloed worden gedefinieerd als de fysieke, sociale en organisatorische aspecten van het werk. Het model definieert positieve en negatieve werkomgevingsfactoren die het welzijn van medewerkers beïnvloeden (energiebronnen en stressoren). Zo laat het JD-R model zien dat bijvoorbeeld hoge werkdruk (stressor) geassocieerd is met een verhoogd risico op burn-out, terwijl een energiebron zoals bijvoorbeeld ‘voldoende regelruimte’ een positief effect heeft op de bevlogenheid en er ook toe leidt dat een medewerker waarschijnlijk beter om kan gaan met de hoge werkdruk.

Samenvattend zijn er ondanks de hoge mate van bevlogenheid in de zorgsector ook zorgen over het welzijn van artsen in de verschillende fases van hun carrière. Het welzijn van zorgprofessionals is echter van cruciaal belang voor de sector: hoe groter hun bevlogenheid, hoe competent en dus hoe beter zij zullen bijdragen aan de kwaliteit van zorg. Als gevolg van de vele uitdagingen in de zorg, worden de zorgprofessionals beïnvloed door de werkomgeving. Dit is de aanleiding om in deze thesis te onderzoeken hoe de werkomgeving de bevlogenheid van medisch specialisten positief kan beïnvloeden. Hierbij zal ook aandacht besteed worden aan de verschillen en overeenkomsten tussen loopbaanfases, aangezien voor elke fase mogelijk een andere aanpak vereist is. De resultaten geven concrete inzichten en leveren een bijdrage aan het verbeteren van de bevlogenheid van medisch specialisten, en zodoende de algehele kwaliteit van de gezondheidszorg.

1.2. Doelstelling

Zoals vermeld in de introductie zijn er zorgen over het welzijn van artsen maar ondanks de verontrustende statistieken krijgt dit onderwerp relatief weinig aandacht (Scheepers et al. 2023). Als het zorgsysteem echter optimaal wil functioneren en zich wil blijven ontwikkelen, dan zal er ook rekening moeten worden gehouden met het welzijn van zorgmedewerkers. Een structurele optimalisatie van de bevlogenheid van zorgprofessionals zal uiteindelijk leiden tot het verbeteren van het primaire proces van de gezondheidszorg, de patiëntenzorg.

De doelstelling van deze thesis is om de factoren uit de werkomgeving in kaart te brengen die positief

dan wel negatief bijdragen aan de bevlogenheid van medisch specialisten. Vervolgens zal onderzoek gedaan worden naar concrete oplossingen om de bevlogenheid te optimaliseren.

Hoewel de probleemstelling relevant is voor alle zorgmedewerkers, is er in deze thesis gekozen om de focus te richten op medisch specialisten. De overweging om de medisch specialisten als doelgroep te kiezen is enerzijds gemaakt vanwege de praktische haalbaarheid van het onderzoek maar ook vanwege het feit dat specifiek de cijfers van medisch specialisten zoals beschreven in de inleiding aandacht behoeven. Daarnaast door te richten op een groep krijgen de analyses meer diepgang en kunnen de oplossingen gerichter geformuleerd worden. Het onderzoek krijgt een andere dimensie wanneer bijvoorbeeld ook de huisartsen geïnccludeerd zouden worden die in een andere context werken of de verpleging die andere taken en verantwoordelijkheden hebben. Aanvullend, is voor een deel van het praktijkonderzoek besloten om alleen te richten op gynaecologen. Deze keuze zal worden toegelicht in hoofdstuk 3.2.1: data verzameling.

1.3. Centrale onderzoeksvraag

De centrale onderzoeksvraag die de doelstelling beoogt te realiseren luidt als volgt: Hoe kan de werkomgeving de bevlogenheid van medisch specialisten in de verschillende fases van hun loopbaan positief beïnvloeden?

Om de centrale onderzoeksvraag te beantwoorden werden deelvragen geformuleerd. Om te onderzoeken hoe de werkomgeving van positieve invloed kan zijn op de bevlogenheid van medisch specialisten is het belangrijk om eerst te onderzoeken welke aspecten van de werkomgeving überhaupt relevant zijn en hoe de loopbaanfases daarin een rol spelen. Dit werd in het eerste deel bestudeerd worden. In het tweede deel werd gekeken naar welke interventies uit de werkomgeving de bevlogenheid kunnen verbeteren.

Deel 1: Energiebronnen en stressoren tijdens de loopbaanfases

- Deelvraag 1: Welke factoren uit de werkomgeving dragen positief (energiebronnen) dan wel negatief (stressoren) bij aan de bevlogenheid van medisch specialisten?
- Deelvraag 2: Hoe variëren de factoren in de werkomgeving gedurende de loopbaanfase?

Deel 2: Voorgestelde interventies

- Deelvraag 3: Welke interventies uit de werkomgeving dragen positief bij aan de bevlogenheid van medisch specialisten?
- Deelvraag 4: Op welk niveau moeten de interventies plaatsvinden? Dit werd onderzocht op drie verschillende niveaus:
 - Op *individueel niveau* werd gekeken naar alle interventies die direct van toepassing zijn op de individuele medisch specialisten (het micro niveau).
 - Op *organisatorisch niveau* werden oplossingen aangedragen voor de ziekenhuizen of de afdelingen (het meso niveau).
 - Op *nationaal niveau* werd gekeken naar de mogelijkheden bij overkoepelende instanties zoals beroepsverenigingen, de FMS of de overheid (macroniveau niveau).

1.4. Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie

De wetenschappelijke relevantie

De wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek is voornamelijk gelegen in de keuze van het onderwerp en de geselecteerde studiestudiepopulatie. In de literatuur wordt steeds meer aandacht besteed aan het welzijn van zorgprofessionals. De nadruk ligt echter voornamelijk op het analyseren van burn-outcijfers. Ondanks het feit dat de burn-outcijfers onder zorgprofessionals in Nederland zorgwekkend hoog zijn (met percentages tot 24% (Korsten et al. 2024)), is de afname van het percentage artsen met een burn-out een onvoldoende eindpunt. Onderzoek naar het behoud van bevoegdheid is van minstens zo groot belang. De beperkte literatuur die er is over de relatie tussen bevoegdheid en de werkomgeving van medisch specialisten richt zich met name op arts in opleiding tot specialisten (aios), terwijl ook de cijfers onder medisch specialisten ook aandacht verdienen.

Door in dit onderzoek specifiek het onderwerp bevoegdheid te bestuderen en als studie populatie te richten op medisch specialisten in de verschillende fasen van hun loopbaan levert deze thesis een wetenschappelijke bijdrage aan de bestaande literatuur. Daarnaast heeft dit onderzoek het JD-R model als basis genomen voor het conceptueel model. Hiermee biedt het onderzoek tevens een empirische bijdrage aan het breed gevalideerde model en vergemakkelijkt het hiermee de vergelijking met uitkomsten uit andere (toekomstige) studies.

De maatschappelijke relevantie

Dit onderzoek draagt op twee manieren bij op maatschappelijk niveau. Allereerst is het personeelstekort momenteel één van de grootste uitdagingen in de zorgsector. Een belangrijke oorzaak van dit tekort is de hoge uitstroom van zorgprofessionals (CBS 2023). Uit studies blijkt dat aspecten van de werkomgeving, zoals hoge werkdruk, administratieve lasten en dienstbelastingen, redenen zijn voor zorgprofessionals om de sector te verlaten. Door oplossingen aan te dragen om de werkomgeving te verbeteren is de hoop dat dit ook invloed heeft op de uitstroom. Hoewel de studie zich beperkt tot medisch specialisten is de verwachting dat ook andere zorgprofessionals in de organisatie positief beïnvloed worden door de interventies. Dit principe wordt ook het ‘ripple effect’ genoemd: (positieve) interventies op een deelgroep hebben ook een impact op de hele groep (Bakker & Demerouti 2009).

De tweede bijdrage aan de maatschappelijke relevantie is, zoals reeds besproken in hoofdstuk 1, gelegen in het feit dat zorgprofessionals verantwoordelijk zijn voor het primaire proces van de gezondheidszorg, namelijk de directe zorg voor de patiënt. Hoe beter zorgprofessionals functioneren, hoe beter de geleverde zorg zal zijn. Met de toenemende druk op de zorg, de vele transformaties die op de nationale agenda staan en de steeds beperktere budgetten, is optimalisatie van het primaire proces van grote meerwaarde. Het doel van het onderzoek is om de bevoegdheid van medisch specialisten te verbeteren, waarmee deze studie ook een bijdrage levert aan het optimaliseren van het primaire proces en dus aan de kwaliteit van zorg.

Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

Om de onderzoeksvraag adequaat te beantwoorden is een theoretische onderbouwing vereist. In dit hoofdstuk zullen de drie kernbegrippen uit de onderzoeksvraag (bevlogenheid, werkomgeving en loopbaanfase) als eerste uitgewerkt worden, waarna in de literatuur gekeken zal worden naar de samenhang tussen de drie kernbegrippen, om vervolgens tot een conceptueel model te komen.

2.1. Definitie van kernbegrippen

2.1.1. Bevlogenheid

Bevlogenheid werd voor het eerst beschreven door William Kahn in 1990 (Kahn et al. 1990). Hij definieerde bevlogenheid als ‘het moment waarop mensen al hun fysieke en mentale capaciteiten, mogelijkheden en talenten benutten om hun werk zo goed mogelijk uit te voeren’.

In 2001 publiceerde Schaufeli zijn eerste onderzoek naar de bevlogenheid van medewerkers in verschillende sectoren (Schaufeli et al. 2001). Hij omschreef bevlogenheid als ‘een positieve, affectief-cognitieve toestand van oprechte voldoening die wordt gekenmerkt door vitaliteit, toewijding en absorptie’. Schaufeli ontwikkelde de Utrechtse Bevlogenheidsschaal (UBES), een gevalideerde vragenlijst die wereldwijd erkend wordt voor het meten van de bevlogenheid van medewerkers (Schaufeli et al. 2002). De UBES omvat de drie dimensies van bevlogenheid (vitaliteit, toewijding en absorptie).

Om de bevlogenheid van medewerkers te begrijpen kan gebruik worden gemaakt van de wereldbekende zelfdeterminatie theorie (ZDT) uit de jaren 80 (Deci & Ryan 1985). Deze theorie tracht te verklaren hoe motivatie kan worden aangewakkerd en ondersteund. Werknemers kunnen intrinsiek (intern) of extrinsiek (extern) gemotiveerd zijn, waarbij de intrinsieke motivatie uiteindelijk wordt geassocieerd met duurzamere inzet van medewerkers. Om een gezonde motivatie te bevorderen, stelt de ZDT dat het van belang is om te voldoen aan drie psychologische basisbehoeften: (1) autonomie; (2) competentie; en (3) verbondenheid (figuur 1).

Een ander model dat op een vergelijkbare manier kijkt naar optimaal functioneren van werknemers is het 'job characteristics model' (Hackman & Oldham 1976). Dit model identificeert vijf aspecten in het werk die een significante bijdrage leveren aan een tevreden werknemer die ook goed presteert. Deze vijf kernaspecten zijn: (1) de mate van gevarieerd werk; (2) de mate van betrokkenheid in het proces; (3) de relevantie van het werk; (4) autonomie; en (5) feedback (waaronder de duidelijkheid van de feedback).

Studies laten zien dat bevlogen medewerkers zich fitter voelen, meer werkplezier hebben en productiever zijn (Schaufeli et al. 2002, Bakker et al. 2008). Specifiek voor de zorg blijkt uit onderzoek dat bevlogen zorgmedewerkers ook beter patiëntencontact hebben en minder fouten maken. Daartegenover staat dat een afname van de arbeidstevredenheid van zorgprofessionals resulteert in meer verzuim, minder tevreden patiënten en een hogere uitstroom (Schaufeli et al. 2002; Schaufeli & Bakker 2004; SER 2020; Visser et al. 2020). Als dit structureel is kan dit leiden uiteindelijk tot burn-out.

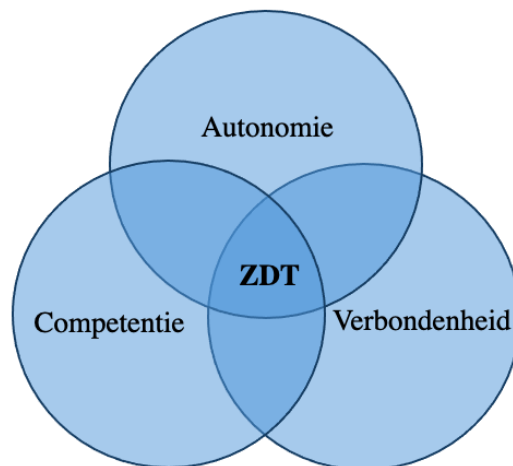
In de literatuur over het onderwerp worden naast bevlogenheid ook termen als werkplezier, welbevinden of welzijn gebruikt. In deze thesis worden deze termen, met hun eigen nuances, allemaal gezien als onderdeel van het bredere begrip bevlogenheid.

Samenvatting

Na het bestuderen van de literatuur is besloten om in deze thesis de definitie vanuit de ZDT (Deci & Ryan 1985) te gebruiken om bevlogenheid te definiëren. Deze theorie is concreet en overzichtelijk, en heeft zich door de jaren heen bewezen als een effectieve en betrouwbare methode voor onderzoek. Bovendien is het ZDT-model niet specifiek bedoeld voor een bepaalde type sector waardoor het ook geschikt is voor dit onderzoek naar bevlogenheid van medisch specialisten.

De basisbehoeftes van medisch specialisten werden in deze thesis gedefinieerd volgens de principes van ZDT:

- Autonomie: Dit houdt in dat medisch specialisten controle en vrijheid hebben bij het maken van beslissingen over patiëntenzorg maar ook regie hebben over hun eigen professionele aanpak.
- Competentie: Dit betekent dat medisch specialisten het gevoel hebben bekwaam en effectief te zijn in hun werk en voldoende uitgedaagd te worden.
- Verbondenheid: Dit heeft betrekking op het opbouwen van goede relaties met collega's en patiënten, waarbij ook het gevoel van waardering een rol speelt.



Figuur 1: Zelfdeterminatie-theoriemodel, aangepast uit Mulder (2018, verkregen van <https://www.toolshero.nl/psychologie/motivatie/zelfdeterminatietheorie-zdt/>)

2.1.2. De werkomgeving en de factoren van invloed

Definitie

De werkomgeving is een breed begrip en alhoewel het regelmatig wordt genoemd in de literatuur, wordt dit niet altijd gedefinieerd. In de theorie van Schaufeli et al. (2001), die keek naar de bevlogenheid van medewerkers, wordt de werkomgeving gedefinieerd als de fysieke, sociale en organisatorische context waarin het werk verricht wordt.

- (1) De fysieke omgeving is de ruimte en het gebouw
- (2) De sociale omgeving omvat de bedrijfscultuur en het leiderschap
- (3) De organisatorische omgeving is de beleidslijn van de organisatie en de werkprocessen

Factoren van invloed

Studies laten zien dat een gezonde en stimulerende werkomgeving direct geassocieerd is met een hoge tevredenheid van werknemers (Bakker et al. 2003). Verschillende factoren beïnvloeden op een positieve (de energiebronnen) dan wel negatieve wijze (de stressoren) deze werkomgeving. In de literatuur zijn diverse studies gedaan naar deze factoren (Bakker et al. 2007; West et al. 2018; Linzer et al. 2015, Scheepers et al. 2015) en in tabel 1 is een samenvatting weergegeven van concrete factoren die relevant zijn voor zorgmedewerkers. Deze tabel is gemaakt door de ‘Zininzorg beweging’, een initiatief in Nederland die zich inzet voor het welzijn van de nieuwe generaties artsen (Lombarts et al. 2019).

In 2020 publiceerde de SER een rapport genaamd ‘zorg voor toekomst’, een analyse over de toekomstbestendigheid van de zorg met ook een hoofdstuk over zorgprofessionals. Hierin kwam naar voren dat voldoende regelruimte voor de zorgprofessional zeer belangrijk is. Regelruimte geeft autonomie, zeggenschap en vertrouwen. De drie punten die in het oog van zorgprofessionals bijdragen aan de regelruimte zijn: (1) tijd voor de patiënten en voor collega’s; (2) het vertrouwen krijgen dat je als professional het goede doet en (3) de mogelijkheid om vrij je werk in te mogen richten (autonomie). Aan de andere kant werden de volgende stressoren beschreven: (1) veel administratieve lasten waar professionals het nut niet van zien, (2) personeelstekorten waardoor rooster problemen en (3) moeite om werk en privé te combineren.

Samenvatting

In deze thesis werd gekeken naar welke factoren uit de werkomgeving positief dan wel negatief van invloed zijn op de bevlogenheid van medisch specialisten. Omdat de werkomgeving een breed begrip is, werd in deze thesis de werkomgeving gedefinieerd als de fysieke, organisatorisch en sociale context waarin medisch specialisten werken.

Negatieve factoren	Positieve factoren
Excessieve werkhoeveelheid	Prettige werksfeer
Lange werkdagen	Erkenning van patiënten
Dienstbelasting	Betekenisvol werk
Administratieve belasting	Voldoende tijd patiëntencontact
Belemmeringen in elektronische patiëntendossiers	Goed lopen zorgverlening
Werk-privé conflicten	Leer- en ontwikkelingsmogelijkheden
Risico tuchtzaken (toenemende juridisering)	Inhoudelijk interessant werk
Emotionele belastende casussen	Constructieve performance feedback
Gevoel van verlies van autonomie en controle over het werk	Gerechtvaardigde beloning/compensatie
Inefficiënte tijdsbesteding door administratieve werkzaamheden (als het doel onduidelijk is)	Autonomie
Ontbreken van (sociale) steun collega’s	Goed communicatie en informatie-uitwisseling
Ontbreken steun van organisatie/ leidinggevende	Mogelijkheid tot flexibel werken
Snelle veranderingen in werkwijze	

Tabel 1: Voorbeelden van factoren uit de werkomgeving die het werkplezier en welzijn doorgaans negatief en positief beïnvloeden, aangepast uit het artikel van Lombarts et al. (2009, p15)

2.1.3. Loopbaanfases

Er is beperkte literatuur beschikbaar over de verschillende fases van de loopbaan van medisch specialisten en hun behoeften om werkplezier te behouden. Een literatuuronderzoek uitgevoerd door Nivel wijst uit dat artsen in verschillende fases van hun carrière verschillende behoeftes hebben (Lugtenberg et al. 2005). In tabel 2 worden deze bevindingen samengevat, waarbij te zien is dat jonge artsen met name behoefte hebben aan flexibiliteit terwijl de senioren juist graag willen focussen en hun deskundigheid willen inzetten. Het rapport van Nivel sluit af met een oproep tot verder onderzoek naar de relatie tussen de verschillende levensfasen van artsen en hun behoeften.

Loopbaanfase	Behoeftes van artsen
Arts in opleidingsfase	Wens tot flexibilisering van tijd (jong gezin)
Beginfase werkzame arts	Uitdagingen in verdieping van eigen specialisme + flexibilisering van tijd voor combineren werk privé
Arts in de midden fase	Behoeftes aan verbreding in het takenpakket (niet medisch inhoudelijke taken zoals management)
Arts in latere fase	Eigen deskundigheid inzetten of behoefte om te focussen (minder verschillende taken of minder werken)

Tabel 2.: Samenvatting van mate van flexibiliteit gedurende loopbaanfases van artsen zoals beschreven in Lugtenberg et al. (2005).

In 2022 is in Nederland het eerste loopbaanrapport van medisch specialisten gepubliceerd met bijna 11.000 respondenten. Een onderdeel van dit rapport behandelde het werkplezier en de carrière tevredenheid van medisch specialisten, waarbij verschillen werden waargenomen in de verschillende carrièrefasen. Zo zijn aios het minst tevreden met de werk-privébalans (36% (zeer) ontevreden), in vergelijking met 21% bij startende medisch specialisten, 24% bij medisch specialisten in het midden van hun carrière en 17% bij specialisten aan het einde van hun carrière. Daarnaast zou 90% van de aios en 73% van de medisch specialisten idealiter minder willen werken.

De vraag is in hoeverre de verschillen tussen loopbaanfases zoals hierboven beschreven ook beïnvloed worden door de specifieke kenmerken van de generatie die deze fase doorloopt. Het thema van generatieverschillen heeft de afgelopen jaren steeds meer aandacht gekregen (Gijtenbeek et al. 2023). Ook al worden gemeenschappelijke eigenschappen beschreven per generatie, bestaan er niettemin aanzienlijke verschillen binnen de generaties zelf, waardoor niet alles kan worden toegeschreven aan generatiekenmerken (Campbell et al. 2017). Gezien de kanttekeningen die worden gemaakt over de uiteenlopende verschillen binnen een generatie en de beperkte beschikbare literatuur over het onderwerp, is besloten om in deze thesis niet te richten op generaties.

Samenvatting

Voor deze thesis is besloten om de loopbaan op te delen in vier delen: (1) geneeskundestudenten; (2) arts-assistenten (aios en anios, ook wel a(n)ios); (3) de jonge klaren (medisch specialisten tot vijf jaar na het afronden van de opleiding); en (4) de senior medisch specialisten. Hiermee wordt beoogd om specifiek naar de verschillende fases te kijken dan bij eerdere studies die voornamelijk de verschillen tussen aios versus medisch specialisten bestudeerde. Om de context van het onderzoek helder te

maken wordt in het onderstaande kader een overzicht weergegeven van de verschillende functies die onderzocht zullen worden, met een gemiddelde leeftijd per functie vermeld.

Kader: Uitleg over de verschillende functies die in deze thesis worden onderzocht

Coassistenten (22-27 jaar): Coassistenten zijn geneeskundestudenten die in hun laatste twee jaar van hun studie alleen nog maar stages lopen op de verschillende afdelingen.

Arts-niet in opleiding tot specialist (anios) (25-32 jaar): Anios zijn basisartsen die meestal net hun geneeskunde studie hebben afgerond en die een paar jaar klinische werkzaamheden verrichten om ervaring op te doen. In tegenstelling tot de aios (zie hieronder) wordt de anios betaald door het ziekenhuis of door de maatschap zelf. Zij zijn aangenomen om bij te dragen aan de productie van het ziekenhuis. Hierdoor doen zij meestal de minder leuke taken in het ziekenhuis en wordt er niet gekeken naar hun leerdoelen. Het is een ondankbare baan waarbij vaak wordt gezegd: 'iedereen heeft dit ooit gedaan'. Voor sommige anios is het een kans om zich te bewijzen in de kliniek en om hopelijk aangenomen te worden voor een vervolgopleiding. Voor anios die uiteindelijk huisarts willen worden, is dit een periode om extra ervaring op te doen.

Arts in opleiding tot specialist (aios) (30-38 jaar): Aios zijn de artsen die aangenomen zijn voor de vervolgopleiding tot medisch specialist. Dit is een opleiding van 5 of 6 jaar afhankelijk van het specialisme en deze wordt betaald door de overheid. Aios dragen in principe niet bij aan de productie van het ziekenhuis; ze zijn er om te leren.

Anios en aios worden samen de arts-assistenten genoemd (of a(n)ios) en zullen ook als één groep bestudeerd worden in dit onderzoek. Ondanks dat hun perspectieven verschillend zijn, vallen zij in het ziekenhuis onder dezelfde groep, ook wat betreft bijvoorbeeld dienstroosters.

Jonge klaren (36-43 jaar): Dit zijn medisch specialisten die minder dan 5 jaar geleden hun opleiding hebben afgerond. In de huidige banenmarkt zijn de vaste plekken schaars en daardoor werken veel jonge klaren op plekken met tijdelijke contracten. De jonge klaren zijn net zoals de anios aangenomen om bij te dragen aan de productie van het ziekenhuis en worden ook betaald vanuit de maatschappen. Zij zijn echter geen onderdeel van de maatschap of staf en worden over het algemeen weinig betrokken bij de organisatie gezien hun tijdelijke contracten.

Senior medisch specialisten (40-pensioen): Zij hebben alle voorgaande posities ook ooit gehad en hebben nu een vaste plek in een ziekenhuis. De meeste medisch specialisten die in een perifeer ziekenhuis werken zijn vrijgevestigd, terwijl de medisch specialisten uit de academische centra meestal in loondienst zijn.

Medisch specialisten of artsen: Wanneer in dit onderzoek over medisch specialisten of artsen wordt gesproken worden alle bovenstaande functies samen bedoeld, tenzij anders gespecificeerd in de context.

2.2. Het verbinden van de drie kernbegrippen

Nadat de drie definities van de kernbegrippen uiteengezet zijn is in hoofdstuk 2.1 werd vervolgens gezocht naar literatuur die deze aspecten met elkaar verbinden. In het bijzonder werd gezocht naar wetenschappelijke onderbouwing van de invloed van de werkomgeving op de bevlogenheid van medisch specialisten, met aandacht voor de verschillende loopbaan-fases.

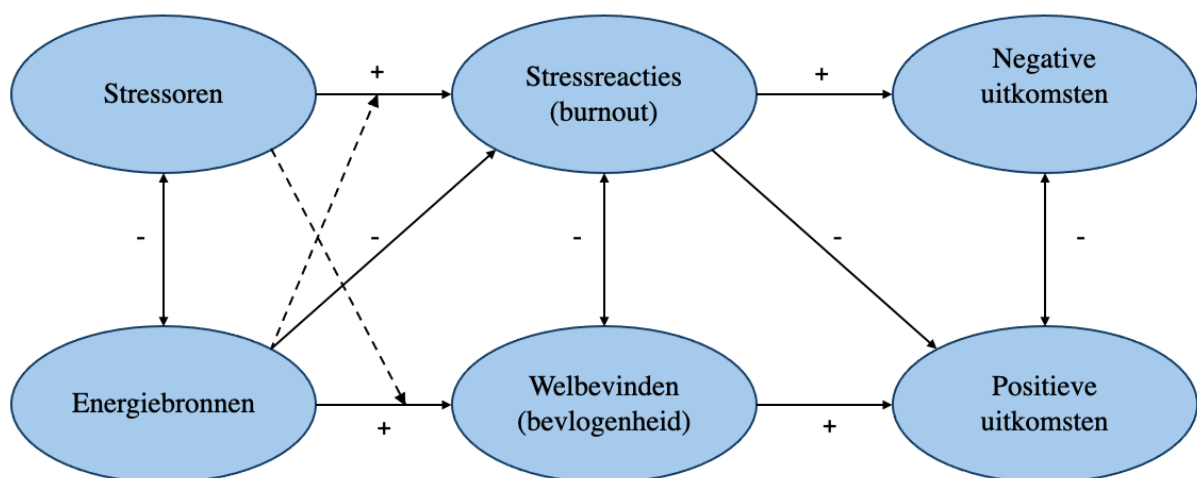
Er werden verschillende modellen gevonden die de invloed van factoren uit de werkomgeving op de bevlogenheid bestuderen. In de volgende alinea's zullen de drie modellen besproken worden die het beste aansloten bij de onderzoeksvraag. De selectie van deze modellen is gebaseerd op de mate waarin het model zich reeds heeft bewezen in termen van (wetenschappelijke) effectiviteit en de toepasbaarheid van het model voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag.

Job Demands-Resources Model (JD-R model)

Een van de eerste publicaties over het onderwerp was het werk van Schaufeli et al. (2001) dat leidde tot de eerste publicaties van het JD-R model tussen 2001 en 2004 (Demerouti et al. (2001); Schaufeli & Bakker 2004). Het JD-R model is een veelgebruikt model binnen de arbeidpsychologie vanwege de brede toepasbaarheid. Dit maakt het model zowel voor onderzoek als voor de praktijk waardevol.

Het JD-R model stelt dat zowel positieve factoren (energiebronnen) uit de werkomgeving als negatieve factoren (stressoren) van invloed zijn op de bevlogenheid van medewerkers. Zoals in de alinea over de werkomgeving al reeds beschreven is, omvatten de stressoren aspecten van het werk die voortdurende inspanning vereisen en potentieel stressvol zijn, zoals hoge werkdruk of conflicten. Energiebronnen zijn daarentegen aspecten die helpen om werkdoelen te bereiken, werkeisen te verlichten en persoonlijke groei te stimuleren, zoals feedback, autonomie, en sociale steun.

Oorspronkelijk was het model met name gericht op burn-out, maar in 2004 werd het model uitgebreid met het concept van bevlogenheid. De definitie van bevlogenheid die gebruikt wordt in het model is dezelfde definitie die gehanteerd is voor het kernbegrip in deze thesis (Deci & Ryan 1985). In figuur 2 is het model weergegeven.



Figuur 2: het JD-R model (aangepast uit Schaufeli & Bakker 2004, p297)

Shanafelt model

Het model van Shanafelt (2017) is een toonaangevend model dat zich richt op bevlogenheid en burn-out van artsen (figuur 3). Dit model stelt burn-out en bevlogenheid voor als tegenovergestelde uiteinden van een continuüm, met diverse cruciale 'drivers' of factoren ertussen die of bevlogenheid bevorderen of tot burn-out kunnen leiden. Wanneer de omstandigheden rondom een bepaalde factor optimaal zijn, bevordert dit bevlogenheid; minder optimale omstandigheden kunnen potentieel leiden tot burn-out. De acht werkomgevingsfactoren die het model identificeert zijn (1) Werklast en werktijd; (2) Controle en flexibiliteit; (3) Werk-privé balans; (4) Sociale steun en gemeenschapsgevoel; (5) Middelen; (6) Betekenisvol werk; (7) Cultuur binnen de organisatie en (8) Erkenning

De onderzoekers van dit model pleiten voor interventies die deze acht factoren van de werkomgeving positief stimuleren. Een kritiekpunt op dit model is echter dat burn-out en bevlogenheid worden gepresenteerd als directe tegenpolen op een enkel continuüm. Meer recente literatuur onderkent dit niet en onderstreept juist dat een medewerker die niet bevlogen is niet immers niet per definitie een burn-out heeft (Hakanen en Schaufeli (2012)).



Figuur 3: Het Shanafelt model (overgenomen uit Shanafelt et al. 2017, p 131)

Het Stanford WellMD model

Het Stanford WellMD-model, ontwikkeld aan de Universiteit van Stanford, richt zich specifiek op het bevorderen van welzijn onder artsen (Stanford Mediine Well MD Center, geen datum). Dit model erkent de complexe uitdagingen die medische professionals tegenkomen en fungeert als een raamwerk voor organisaties om systematisch veranderingen door te voeren die het welzijn van artsen kunnen ondersteunen.

Het Stanford WellMD-model is opgebouwd uit drie kerncomponenten (figuur 4) (1) Cultuur van welzijn, waarmee een positieve werkplekcultuur en een ondersteunde werkomgeving wordt bedoeld; (2) Efficiëntie van de Praktijk, wat gericht is op het verbeteren van de operationele efficiëntie; (3) Persoonlijk Veerkracht zoals stressbestendigheid, herstel.

Het Stanford WellMD-model biedt een geïntegreerde aanpak en is bedoeld om duurzame veranderingen te creëren die ook de fundamentele oorzaken in de gezondheidszorg aanpakken.



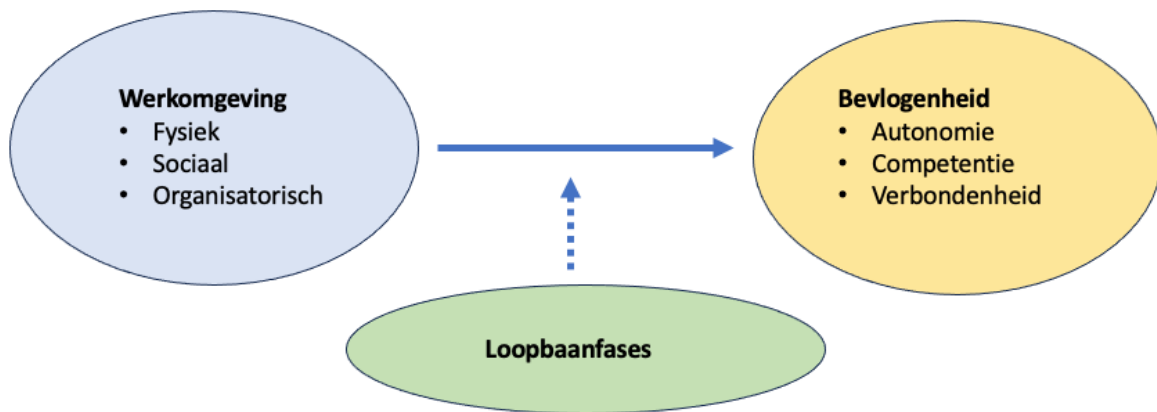
Figuur 4: Het Stanford WellMD model, overgenomen uit <https://wellmd.stanford.edu/about.html>

Hoewel de drie modellen allen deels bruikbaar zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag, bevat elk model een of meerdere aspecten waardoor de hele onderzoeksvraag onvolledig wordt gedekt. Zowel het JD-R model (Schaufeli & Bakker 2004) als het Shanafelt model (2017) richten zich ook op burn-out, een thema wat in dit onderzoek niet aan bod komt. Het Shanafelt model (2017) werkt met vooraf gedefinieerde categorieën van factoren (acht drivers), wat beperkend kan werken voor praktijkonderzoek. Het model van Stanford WellMD geeft de werkomgevingen aspecten goed weer maar richt zich ook op de persoonlijke eigenschappen, welke niet binnen de scope van dit onderzoek vallen. Gezien deze beperkingen in toepasbaarheid is besloten om een eigen conceptueel model te ontwikkelen, welke in de volgende alinea's besproken zal worden. De drie theoretische modellen dienden hiervoor wel als inspiratie.

2.3. Het conceptueel model

De inzichten van de kernbegrippen en het aanvullende literatuuronderzoek hebben tot een eigen conceptueel model geleid (figuur 5). Met dit conceptueel model wordt de centrale onderzoeksvraag visueel inzichtelijk gemaakt. In deze thesis werd onderzocht hoe de werkomgeving, gedefinieerd als een fysieke, sociale en organisatorische context, de bevlogenheid van medisch specialisten positief beïnvloedt. De bevlogenheid werd gedefinieerd aan de hand van de drie basis behoeftes van de zelfdeterminatie theorie (autonomie, competentie en verbondenheid) (Deci & Ryan 1985). Specifiek werd gekeken of de invloed van de werkomgeving op de bevlogenheid veranderde tijdens de loopbaan, gedefinieerd als vier fases in de carrière van medisch specialisten (co-assistenten, a(n)ios, jonge klaren en senior medisch specialisten).

Het conceptueel model is deels geïnspireerd op de drie eerdere genoemde modellen, in het bijzonder het JD-R model (Schaufeli & Bakker 2004). Het eigen model geeft echter de mogelijkheid om alleen te richten op bevlogenheid (en niet ook op burn-out) en integreert ook het aspect van de verschillende loopbaanfases. Ook zijn er geen vooraf gedefinieerde categorieën van factoren maar biedt het model de kans aan de respondenten om breed invulling te geven aan hun eigen factoren van invloed.



Figuur 5.: Conceptueel model dat de onderzoeksvraag uit deze thesis ondersteunt

Vanuit de theorie was de verwachting vooraf aan het onderzoek dat de belangrijkste factoren uit de werkomgeving uit de sociale en organisatorische context zouden komen. Specifieke energiebronnen uit de organisatorische en sociale context zoals voldoende regelruimte of flexibiliteit in het rooster, zullen waarschijnlijk direct positieve invloed hebben op de bevlogenheid en in het bijzonder op het aspect van autonomie. Anderzijds zal een slechte werksfeer (stressor uit de sociale context van de werkomgeving) leiden tot een lager gevoel van verbondenheid. Ook werd op basis van de literatuur verondersteld dat voor aios, vaak met een jong gezin, het gebrek aan autonomie met name hun bevlogenheid negatief beïnvloedt terwijl voor senior medisch specialisten de nadruk meer legt op competenties en in het bijzonder het kunnen inzetten van eigen deskundigheid. Verwachte oplossingen waren bijvoorbeeld flexibelere werktijden aanbieden of meer zeggenschap in het rooster.

Hoofdstuk 3: Methodes en verantwoording onderzoekopzet

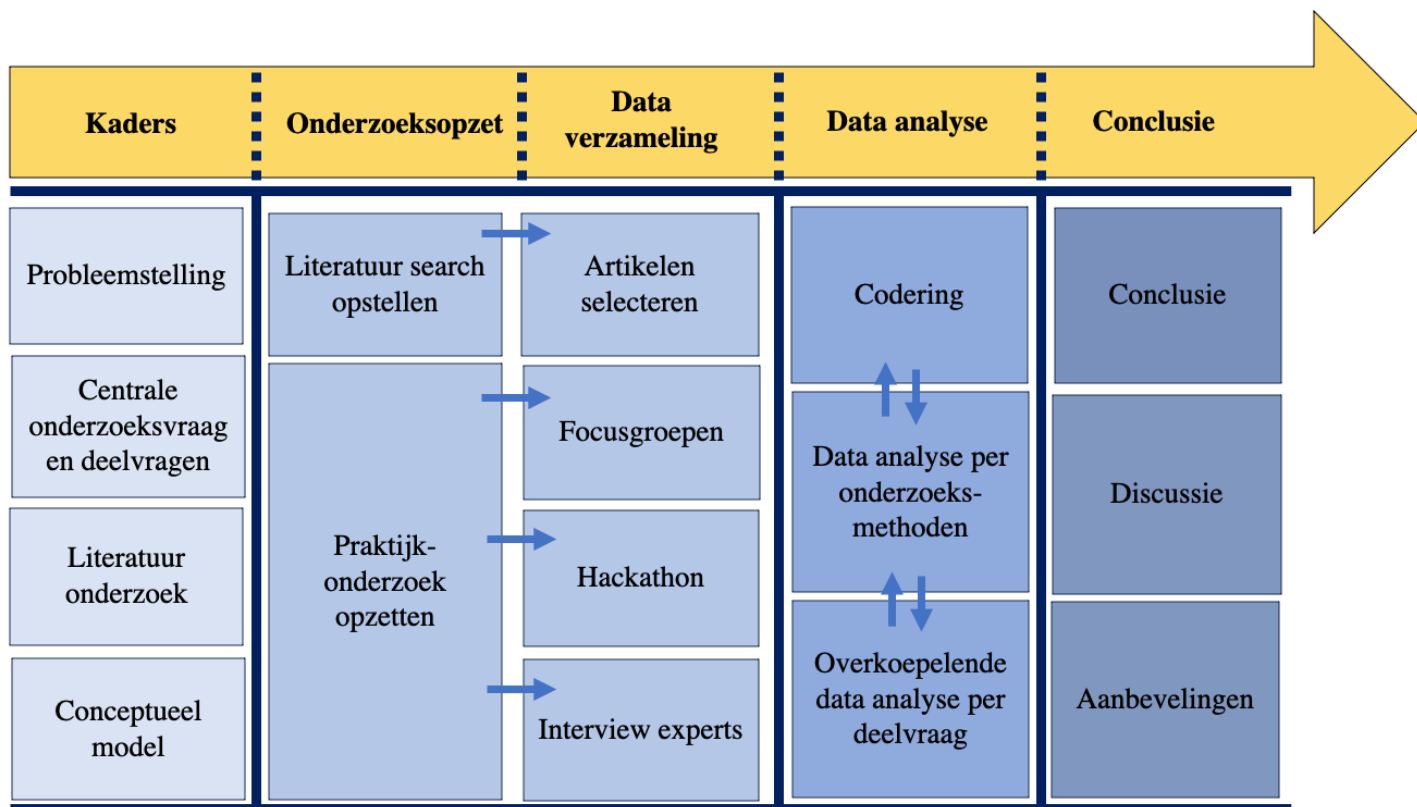
In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode die gebruikt wordt om de hoofdvraag te beantwoorden besproken. Dit hoofdstuk bestaat uit vier delen. In het eerste deel wordt de onderzoekopzet uitgelegd, vervolgens wordt er verantwoording afgelegd over het tot stand komen van het conceptueel model en literatuurstudie. In het derde deel wordt uitgelegd hoe het praktijkonderzoek is uitgevoerd, met gerichte aandacht voor de data verzameling en de data-analyse. Tot slot wordt in het laatste deel van dit hoofdstuk ingegaan op de manier van waarborgen van de kwaliteit.

3.1. Onderzoekopzet

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden werd een literatuurstudie gedaan en kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Kwalitatief onderzoek past goed bij de onderzoeksvraag omdat het de mogelijkheid geeft om op exploratieve wijze inzicht te verkrijgen in de factoren uit de werkomgeving en de oplossingen die bijdragen aan het optimaliseren van de bevoegdheid van medisch specialisten. Met kwalitatief onderzoek wordt met name getracht inzicht te verkrijgen in patronen en verbanden in de antwoorden van de deelnemers.

Er werden vier deelvragen geformuleerd. De eerste twee deelvragen vormen deel 1 van het onderzoek en hebben betrekking op de factoren uit de werkomgeving die van invloed zijn op de bevoegdheid van medisch specialisten. Ook wordt in het eerste deel gekeken naar de verschillen en overeenkomsten tussen de loopbaanfasen. Het tweede deel van het onderzoek richt zich op het verzamelen van interventies uit de werkomgeving die de bevoegdheid optimaliseren.

Om alle aspecten van de onderzoeksvraag in acht te nemen, zijn de data verzameld aan de hand van verschillende onderzoeksmethodes. Figuur 6 geeft een overzicht van het hele onderzoekproces en in tabel 3 wordt voor elke deelvraag weergegeven met welke onderzoeksmethoden deze wordt beantwoord. In onderstaande alinea's wordt verder uitgelegd hoe de dataverzameling en data-analyse heeft plaatsgevonden.



Figuur 6: Schematische weergave van de verschillende fases van het onderzoek

Deel 1: Factoren uit de werkomgeving		Dataverzameling/analyse
Deelvraag 1		
Welke factoren uit de werkomgeving dragen positief (energiebronnen) dan wel negatief (stressoren) bij aan de bevlogenheid van medisch specialisten?		Focusgroepen Systematische review
Deelvraag 2		
Hoe variëren de factoren in de werkomgeving per loopbaanfase?		Experts Focusgroepen
Deel 2: Interventies		Dataverzameling/analyse
Deelvraag 3		
Welke interventies zijn het meest effectief om de bevlogenheid van medisch specialisten te optimaliseren?		Experts Hackathon Focusgroep
Deelvraag 4		
Op welk niveau moeten de interventies plaatsvinden (individueel, organisatorisch, nationaal niveau)?		Experts

Tabel 3: Weergave van welke onderzoeksmethode welke deelvraag beantwoordt

3.1. Verantwoording conceptueel model en literatuuronderzoek

In onderstaande alinea's wordt uitgelegd hoe het conceptueel model uit hoofdstuk 2 tot stand is gekomen en wordt vervolgens de methode van het literatuuronderzoek beschreven.

Conceptueel model

Op tot het conceptueel model te komen werd in eerste instantie de drie kernbegrippen gedefinieerd aan de hand van beschikbare literatuur. Er werd gezocht in PubMed en Google Scholar, waarbij zowel artikelen als beleidsrapporten en visiedocumenten werden bestudeerd. Na het vaststellen van de definities van de kernbegrippen werd in de literatuur specifiek gezocht naar modellen die de verschillende begrippen met elkaar verbinden. Er werden verschillende modellen gevonden waarbij werd besloten om de drie meest toepasbare verder uit te diepen. Deze keuze werd gemaakt aan de hand van vooraf vastgestelde criteria (wetenschappelijke effectiviteit en toepasbaarheid van het model op de onderzoeksvraag). Gezien geen van de modellen precies toepasbaar was op de onderzoeksvraag, werd een eigen conceptueel model ontwikkeld, waarbij bovenstaande proces de basis hiervoor was.

Literatuuronderzoek

Er werd ook gericht literatuuronderzoek verricht naar de reeds beschikbare data over energiebronnen en stressoren uit de werkomgeving van medisch specialisten. Gekozen werd om dit systematisch aan te pakken om een zo compleet mogelijk overzicht van de literatuur op dit onderwerp te verkrijgen. Met deze aanpak konden de gevonden factoren uit de focusgroepen in dit onderzoek direct worden vergeleken met de reeds bestaande factoren uit de literatuur. Hiermee konden de data uit het onderzoek in een bredere context geplaatst worden. Gezien de keuze voor focusgroepen met alleen gynaecologen, bood deze literatuurstudie gericht op alle medisch specialisten een mogelijkheid om de gevonden factoren uit deze studie te vergelijken met de reeds bestaande factoren uit de literatuur voor alle medisch specialisten.

Met hulp van de bibliothecaris van het LUMC werd de literatuursearch opgesteld in PubMed en Google Scholar. De zoektermen die werden gebruikt voor de zoekstrategie kwamen overeen met de kernbegrippen uit de onderzoeksvraag: bevlogenheid, werkomgeving, medisch specialist en loopbaanfases. Voor elk kernbegrip werden alle synoniemen toegevoegd, waarbij voor medisch specialisten alle losse specialismes uit het ziekenhuis werden meegenomen.

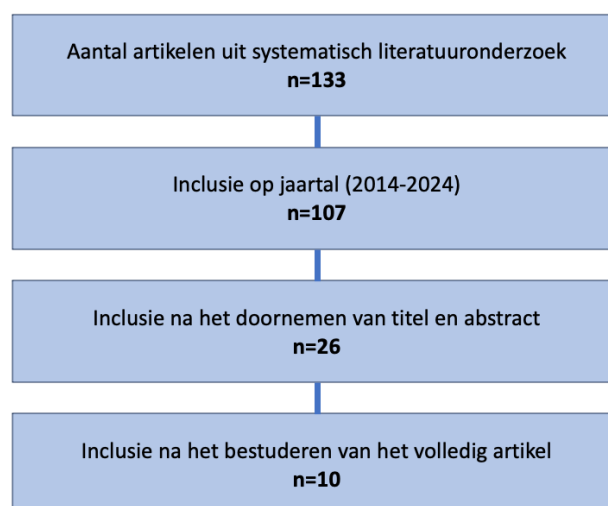
Met deze eerste zoekstrategie werden maar zeven artikelen gevonden, die allen niet de onderzoeksvraag beantwoordden. Hierop werd de term 'loopbaanfases' verwijderd uit de zoekstrategie waardoor het aantal artikelen significant steeg (>40.000). Om vervolgens weer focus aan te brengen werd, naast de drie kernbegrippen, ook de term 'Job Demands-Resources Model' toegevoegd aan de zoekstrategie. Deze keuze werd gemaakt aangezien het JD-R model (Schaufeli & Bakker 2004) de belangrijkste theoretische basis van dit onderzoek vormt en hiermee richting wordt gegeven aan de search. In bijlage 1 is de definitieve zoekstrategie weergegeven.

In tabel 4 is een overzicht te vinden van de vooraf gedefinieerde inclusie- en exclusiecriteria van de artikelen. De search behelsde een periode van 1-1-2014 tot 1-1-2024. Er is gekozen om te concentreren op artikelen die minder dan 10 jaar geleden zijn gepubliceerd om de waarschijnlijkheid te vergroten dat de artikelen representatief zijn voor de huidige maatschappij. Ook werden de studies die keken naar de impact van COVID op de zorgprofessionals geëxcludeerd omdat zij een extreme en niet representatieve periode uit de zorg onderzochten.

In totaal werden 107 artikelen gescreend. Er werden 26 artikelen geselecteerd op basis van titel en abstract. Na het bestuderen van de volledige artikelen werden 10 artikelen definitief geselecteerd (figuur 7). In hoofdstuk 4 worden de belangrijkste bevindingen van de artikelen besproken.

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Publicatie na 2014	Eerstelijnszorg zoals huisartsen
Gericht op medisch specialistische zorg	Geen specifieke doelgroep van artsen te onderscheiden (bijv. alle zorgprofessionals bij elkaar) of studies gericht op de verschillen tussen mannen en vrouwen
Primaire uitkomst bevat (onder andere) bevlogenheid	Doel van de studie is alleen gericht op burn-out
Studie onderzoekt energiebronnen of stressoren (of iets vergelijkbaars)	Context van de studie is COVID zorg
Studie geeft nieuwe data	Systematische review of theoretisch model

Tabel 4: Overzicht van de vooraf gedefinieerde inclusie- en exclusiecriteria voor het selecteren van artikelen in het systematisch literatuuronderzoek



Figuur 7: Het proces van het selecteren van de artikelen

3.2. Praktijkonderzoek

Het praktijkonderzoek bestaat uit drie onderzoeksmethoden: focusgroepen met gynaecologen, hackathon met coassistenten en interviews met experts. In onderstaande paragrafen wordt zowel de data verzameling uitgelegd per onderzoeksmethoden als de data-analyse.

3.2.1. Data verzamelen

Focusgroepen

Doel

Er werden drie focusgroepen georganiseerd om in kaart te brengen (1) welke energiebronnen en stressoren het meest van invloed zijn op de werkomgeving en de bevlogenheid en (2) welke oplossingen uit de werkomgeving de bevlogenheid kunnen verbeteren. Specifiek werd aandacht besteed aan de loopbaanverschillen.

Er werd gekozen voor focusgroepen boven bijvoorbeeld een vragenlijst of individuele interviews omdat met focusgroepen meer deelnemers kunnen geïncludeerd worden ten opzichte van individueel interviews en met focusgroepen meer nuances aan het licht komen dan met een vragenlijst. Daarnaast is het voordeel van focusgroepen dat de deelnemers op elkaar kunnen reageren en elkaar kunnen aanvullen. Hiermee is de verwachting dat minder voor de hand liggende informatie ook ter tafel komt en dat er meer diepgang zal zijn door de uitwisseling tussen deelnemers (Mortelman 2020, p.265).

Populatie

Voor de focusgroepen is gekozen om specifiek te richten op de gynaecologen. Het voordeel hiervan is dat het een homogene groep is waardoor de deelnemers elkaar snel begrijpen en er verwacht wordt in korte tijd tot de kern van het probleem te kunnen komen en gerichte oplossingen aan te kunnen dragen. Bovendien is het specialisme gynaecologie bij uitstek een interessante groep om te onderzoeken: gynaecologen zijn verantwoordelijk voor de zorg rondom vrouwen en een groot deel van hun werk bestaat uit het begeleiden van vrouwen tijdens hun zwangerschap en bevalling. Onderzoek laat zien dat gynaecologen in een intensieve omgeving werken; zij hebben zware diensten (kinderen worden vaak 's nachts geboren) en een emotioneel zwaar vak als er complicaties optreden (Smith et al. 2021). Het kiezen voor een 'zwaar' specialisme biedt de mogelijkheid om op verschillende vlakken na te denken over optimalisatie. Tot slot speelde de praktische haalbaarheid ook een rol bij deze keuze. Aangezien de onderzoeker zelf aios gynaecologie is gaat het plannen van de focusgroepen hierdoor makkelijker. Een nadeel van deze opzet is dat de generaliseerbaarheid naar alle medisch specialisten niet gegarandeerd kan worden. Dit zal in hoofdstuk 5 verder besproken worden.

Voor de samenstelling van de focusgroepen werd specifiek aandacht besteed aan een goede vertegenwoordiging van alle loopbaanfasen. Ook werd bewust een focusgroep gepland in een academisch centrum en de overige twee in perifere ziekenhuizen. Er werd gekozen om een focusgroep te doen waarbij alle loopbaanfasen vertegenwoordigd werden (focusgroep 1). De twee andere focusgroepen bestonden juist uit alleen aios en anios (focusgroep 2) of alleen jonge klaren (focusgroep 3). Hier is voor gekozen gezien de vaak afhankelijke positie waarin a(n)ios en jonge klaren zitten, waardoor de verwachting is dat zij in een focusgroep zonder senior medisch specialisten meer vrijuit zouden kunnen spreken. Twee van de focusgroepen werden gepland tijdens de wekelijkse vaste (verplichte) onderwijsmomenten. Voor die focusgroepen werden deelnemers niet actief benaderd van tevoren, wel waren ze op de hoogte van het doel van de bijeenkomst. Voor de derde focusgroep met

jonge klaren, werd wel een afspraak ingepland. In bijlage 2.1 wordt een overzicht van de deelnemers weergegeven.

Methodiek van de focusgroep

Alle focusgroepen werden begeleid door dezelfde onderzoeker. De focusgroepen waren allen fysiek en werden met toestemming opgenomen. Vervolgens werden de bijeenkomsten na afloop met behulp van een programma (via Word of via MS-teams) getranscribeerd. De bijeenkomsten duurde gemiddeld 60 tot 75 minuten.

Om de invloed van de onderzoeker/moderator te beperken was de opzet in alle drie de focusgroepen hetzelfde, en bestond uit drie delen:

- (1) Een korte presentatie van de onderzoeker om het onderwerp in te leiden
- (2) De deelnemers werden gevraagd een top-3 te maken van hun drie belangrijkste energiebronnen en stressoren (willekeurige volgorde). Deze schreven zij op gele briefjes op. Hierna werden de factoren plenair uitgewisseld en had de onderzoeker verdiepende vragen. De briefjes werden ingeleverd bij de onderzoeker aan het einde van de bijeenkomst.
- (3) Tot slot werden deelnemers gevraagd om na te denken over concrete oplossingen die positief zouden kunnen bijdragen aan hun bevologenheid.

Hackathon met coassistenten

Doel

In het laatste jaar van hun studie geneeskunde nemen coassistenten deel aan een hackathon waarbij zij gedurende twee dagen zich verdiepen in een ‘echt’ probleem uit de praktijk, aangeleverd door iemand uit het veld (de probleemeigenaar) en waar zij concrete oplossingen voor moeten bedenken. Het hackathon onderwijs wordt elke twee maanden georganiseerd voor ongeveer 50 coassistenten. Na overleg met de geneeskunde faculteit van de Universiteit Leiden, werd toestemming gegeven om op 21 en 22 maart 2024 het onderwerp van deze thesis als het onderwerp voor de hackathon te gebruiken.

Er is gekozen voor deze onderzoeksmethode omdat dit een unieke kans was om 50 coassistenten te spreken en te laten nadenken over het onderwerp van dit onderzoek. Omdat geneeskunde studenten de collega's van de toekomst zijn is het relevant om hen ook te betrekken bij het onderwerp. Daarnaast zijn coassistenten een interessante doelgroep omdat zij al twee jaar coschappen hebben gelopen in het ziekenhuis en dus de wereld kennen maar nog niet volledig onderdeel van het systeem zijn.

Voor deze thesis was het doel van de hackathon om de visie van de coassistenten en hun mogelijke oplossingen op te halen. Het eindproduct van de hackathon waren de aantekeningen van de onderzoeker tijdens de eindpresentaties en de verslagen van de studenten die de onderzoeker na afloop toegestuurd kreeg.

Populatie

Alle coassistenten in het laatste jaar van de geneeskunde studie nemen deel aan een van de georganiseerde hackathons.

Methodiek

Tijdens die twee dagen was de onderzoeker als begeleider aanwezig. De hackathon mocht vanuit de universiteit niet worden opgenomen.

Na een korte presentatie van de onderzoeker over het onderwerp gingen studenten werken in zes groepjes (50 studenten in totaal). Zij werden tijdens het proces begeleid door verschillende docenten vanuit de Universiteit Leiden. De eerste dag werd gevuld met een brainstormsessie en analyse van de knelpunten. Omdat de studenten in groepjes werkten en het een opdracht was voor de Universiteit was het niet mogelijk om individueel hen te vragen wat hun energiebronnen en stressoren zijn, zoals aanvankelijk in de opzet bedacht was.

Na de knelpunten-analyses werden de coassistenten gevraagd om na te denken over oplossingen. Aan het einde van de eerste dag kregen de coassistenten de kans om hun gedachten en de voorlopige uitkomsten van hun brainstormsessies bij de onderzoeker te toetsen.

De tweede dag werd gebruikt om hun oplossingen verder uit te werken. Coassistenten werden vanuit de Universiteit aangespoord om een zo concreet mogelijke oplossing aan te dragen. Aan het einde van deze twee dagen presenteerde de studenten per groep hun ideeën. Zij schreven ook een verslag over hun bevindingen.

Interviews met experts

Doel

Het doel van de interviews met experts was om deelvraag 2, 3 en 4 te beantwoorden. Door experts met specifieke achtergronden te benaderen wordt de data verrijkt en wordt het onderwerp verder inhoudelijk uitgediept.

Populatie

Er vonden 12 interviews plaats met in totaal 13 experts. De experts werden geselecteerd op basis van hun expertise en achtergrond. Er werd getracht alle invalshoeken van het onderwerp te belichten en per gekozen stakeholder werden minimaal twee experts geïnterviewd. In bijlage 2.2 is een overzicht weergegeven van de geïnterviewde experts. Door deze brede selectie aan experts wordt wellicht minder snel data-saturatie bereikt maar hiermee wordt wel het veld breed weerspiegelt.

De experts hebben mondeling ingestemd met het gebruik van hun interviewgegevens. De identiteit van de experts is beschermd door pseudonimisatie. De nummering van de experts van 1 tot en met 13 is bekend bij de onderzoeker en correspondeert niet met de volgorde van de lijst uit bijlage 2.2. Indien relevant, wordt bij een quote wel genoemd welke stakeholder de expert in kwestie vertegenwoordigt. De quotes van de experts vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zijn, ondanks dat de experts anoniem waren, ter goedkeuring voorgelegd tijdens de schrijffase omdat het ministerie expliciet genoemd werd.

Methodiek

Alle interviews werden afgenomen door de onderzoeker. Een interview duurde gemiddeld tussen 45 en 75 minuten. Er werd geen specifieke volgorde voor de interviews aangehouden, de volgorde was op basis van de agendamogelijkheden van de experts.

De interviews vonden fysiek plaats of online (via het programma MS-teams) en werden met toestemming opgenomen. Na afloop werd elk interview uitgewerkt via een transcript programma (via Word of via teams wanneer het interview online had plaats gevonden). Alle interviews werden opnieuw afgeluisterd door de onderzoeker en verder uitgewerkt.

De interviews waren semigestructureerd. In bijlage 3 wordt een overzicht weergegeven van de vooraf opgestelde onderwerpenlijst, gebaseerd op de deelvragen van dit onderzoek. De verschillende

onderwerpen kwamen in willekeurige volgorde aan bod, afhankelijk van hoe het interview liep. De onderzoeker had de mogelijkheid om door te vragen of aanvullende vragen te stellen op bepaalde thema's. Op deze manier kon de specifieke expertise van de geïnterviewde goed besproken worden maar werd er wel specifiek aandacht besteed aan alle relevante deelvragen.

3.2.2. Data-analyse

Codering

Na het transcriberen en het uitwerken van de focusgroepen en de interviews werden alle verzamelde data met behulp van het programma Atlas.ti gecodeerd. Er werd in eerst instantie open gecodeerd voor de vier deelvragen, waarbij er werd gewerkt met codebomen. Ook de data van de hackathon werden structureel geanalyseerd. Voor alle deelvragen was er sprake van een inductieve benadering.

Deelvraag 1: Energiebronnen en stressoren

Er werd aangevangen met open coderen van alle energiebronnen en stressoren genoemd in de focusgroep sessies en opgeschreven op de gele briefjes. Hierna werden de factoren in thema's gegroepeerd (axiale codering en daarna selectief). Vervolgens werden vanuit een deductieve benadering de verschillende thema's ingedeeld door de onderzoeker zelf in een van de contexten van de werkomgeving zoals omschreven in het conceptueel model (fysiek, sociaal of organisatorisch). Zo werd bijvoorbeeld de factor 'samenwerken met collega's' ingedeeld bij de sociale context en 'hoge administratieve lasten' bij de organisatorische context. Daarna werden de thema's ook ingedeeld aan de hand van de aspecten van bevlogenheid, te weten autonomie, verbondenheid of competentie zoals in het conceptueel model gedefinieerd. Zo werd gekeken voor elke genoemde factor welk aspect van bevlogenheid hiermee werd beïnvloed. Om bij de vorige voorbeelden te blijven had 'samenwerken met collega's' invloed op het aspect van verbondenheid terwijl 'administratieve lasten' invloed had op het aspect van competentie van invloed was. Hierdoor werd dus uiteindelijk voor elke thema bepaald uit welke context van de werkomgeving deze kwam en welke aspect van bevlogenheid hiermee werd beïnvloed. Al deze bevindingen werden samengevat in een kruistabel (tabel 5). Deze manier van coderen gaf de mogelijkheid om specifieker te analyseren welke context(en) uit de werkomgeving en welke aspect(en) van de bevlogenheid relevant waren, wat uiteindelijk de diepgang van het onderzoek vergrootte. Om inzicht te krijgen in overeenkomsten en verschillen tussen de vier loopbaanfases werden deze kruistabellen ook specifiek per loopbaanfase gemaakt.

	Werkomgeving		
	Fysiek	Sociaal	Organisatorisch
Bevlogenheid			
Autonomie			
Competentie			
Verbondenheid			

Tabel 5: Gebruikte kruistabel voor het indelen van de energiebronnen en stressoren, gebaseerd op het conceptueel model

- **Deelvraag 2:** Variaties per loopbaanverschillen

Om deelvraag 2 te beantwoorden werden alle opmerkingen over verschillen tussen loopbaanfases open gecodeerd uit de data. Vervolgens werden de verzamelde gegevens axiaal geordend aan de hand van terugkerende thema's. Tot slot, werd selectief gecodeerd om de hoofdthema's inzichtelijk te maken.

- **Deelvraag 3 en 4:** Oplossingen en niveau van oplossingen

Voor het antwoorden van deelvraag 3 en 4 werd gebruik gemaakt van de data van de focusgroepen, hackathon en interviews. Tijdens de interviews met experts bleek hun analyse over knelpunten een waardevolle toevoeging te zijn om de voorgestelde oplossingen te begrijpen in de juiste context. Daarom werd, voor het beantwoorden van deze deelvraag zowel open gecodeerd voor genoemde oplossingen maar ook voor gesignaleerde knelpunten. Vervolgens werden de genoemde oplossingen axiaal en uiteindelijk selectief ingedeeld aan de hand van de drie niveaus zoals vermeld in deelvraag 4 (individueel, organisatorisch en nationaal).

Analyse van de data

Voor het analyseren van de energiebronnen en stressoren werd gezocht naar patronen in de antwoorden van de deelnemers. Aangezien de deelnemers van de focusgroepen ook een top-3 hadden opgeschreven werd voor de gevonden factoren de data ook kwantitatief ondersteunt door het simpelweg tellen van het aantal genoemde factoren per categorie. Ook door het invoeren van de thema's in de kruistabellen werd visueel inzichtelijk welke aspecten het belangrijkste waren.

Voor het analyseren van de gesignaleerde knelpunten en oplossingen werd gekeken naar patronen in de antwoorden van de experts, uit de focusgroepen en de hackathon. Door data met elkaar te vergelijken en samen te vatten aan de hand van begrippen uit het theoretisch kader (zoals individueel, organisatorisch en nationaal niveau) ontstonden patronen, waarmee er ordering in de vele data ontstond en overlappende thema's zichtbaar werden. Dit was een iteratief proces waarbij continu werd geschakeld tussen de data, de codebomen en de analyses.

3.3. Kwaliteit waarborgen

In dit laatste onderdeel van hoofdstuk 3 wordt gekeken naar het waarborgen van de kwaliteit. Zoals beschreven in Mortelman (2020) wordt de kwaliteit van het onderzoek gewaarborgd door het toepassen van de drie kernpunten van kwalitatief onderzoek: de validiteit, betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid van het onderzoek.

Met validiteit wordt bedoeld dat onderzoeksresultaten 'waar' zijn. Door gebruik te maken van bestaande theorieën zoals de zelfdeterminatie theorie en het JD-R model, wordt de validiteit verhoogd. Ook wordt in deze thesis voldaan aan triangulatie, wat positief bijdraagt aan de geloofwaardigheid van het kwalitatief onderzoek. In deze thesis wordt gebruik gemaakt van (1) data triangulatie (door het gebruiken van verschillende databronnen) en (2) methodologische triangulatie (door het inzetten van meerdere methoden om de onderzoeksvraag te beantwoorden). De verwachting is dat met de onderzoeksopzet van deze thesis de validiteit van de resultaten zullen worden gewaarborgd.

De betrouwbaarheid heeft te maken met de consistentie en repliceerbaarheid van het onderzoek. Deze wordt verhoogd door verschillende methoden te gebruiken om de onderzoeksvraag te beantwoorden,

zoals in deze thesis: literatuuronderzoek, focusgroep, hackathon en interviews. Hierdoor wordt het onderwerp vanuit verschillende hoeken belicht waardoor alle aspecten aandacht krijgen, wat uiteindelijk de repliceerbaarheid verhoogd. Ten tweede wordt de (interne) betrouwbaarheid vergroot door alle data te laten verzamelen door één onderzoeker waardoor de codering consistent zal zijn en de variatie beperkt. Tot slot zal ook gebruik worden gemaakt van de reflexiviteit van de onderzoeker zelf, wat een beschreven instrument is om de consistentie te waarborgen. Ik ben mij bewust dat ik onderdeel ben van de studiegroep en zal in de thesis ook vooraf aan de dataverzameling een zelfreflectie schrijven over het onderwerp zodat kan worden vastgesteld in welke mate mijn eigen opvatting een rol heeft gespeeld bij de analyse van de data.

De generaliseerbaarheid kent verschillende invalshoeken. Doordat een deel van de verzamelde data alleen vanuit de gynaecologen komt, kan de representatieve generaliseerbaarheid ter discussie worden gesteld. Aan de andere kant wordt deze weer vergroot door ook data van coassistenten te bestuderen (die nog geen keuze voor een specialisme hebben gemaakt) en door experts te interviewen die gericht zijn op alle medisch specialisten. Wel is in de opzet van het onderzoek het principe van theoretische generaliseerbaarheid zoals beschreven in Mortelman (2020) geïncorporeerd. Met de theoretische generaliseerbaarheid worden in de data patronen herkend en worden deze geabstraheerd en toegepast op bestaande theoretische kaders. Hierdoor blijft de context belangrijk maar overstijgen de theoretische hypothesen de verzamelde data waardoor het generaliseerbaar blijft. De generaliseerbaarheid wordt ook gewaarborgd doordat in het onderzoek er sprake is van inferentiële generaliseerbaarheid, voornamelijk vanwege de diverse datacollectie en door het bestuderen van de context. Hier zal na afloop van het onderzoek in hoofdstuk 5 verder op gereflecteerd worden.

Hoofdstuk 4: Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de verschillende onderzoeken besproken. In het eerste deel worden de resultaten uit de literatuurstudie besproken, gevolgd door de uitkomsten van de focusgroepen, hackathon en als laatst de experts. Aan het einde van elke onderzoeksmethode zullen de belangrijkste resultaten worden samengevat (kaders). In het tweede deel van dit hoofdstuk worden de deelvragen beantwoord aan de hand van alle verzamelde data. Gezien de verschillende typen onderzoeken en de vele soorten data vat tabel 6 samen hoe het hoofdstuk is opgebouwd.

Deel 1: Resultaten per onderzoeksmethode	
4.1. Literatuuronderzoek	
4.2. Focusgroepen	4.2.1 Energiebronnen 4.2.2 Stressoren 4.2.3 Voorgestelde oplossingen <i>Individueel niveau</i> <i>Organisatorisch niveau</i> <i>Nationaal niveau</i>
4.3. Hackathon	Per groepje 1 t/m 6 (4.3.1 t/m 4.3.6) - Gesignaleerde knelpunten - Voorgestelde oplossingen
4.4. Experts	4.4.1 Algemeen 4.4.2 Gesignaleerde knelpunten en voorgestelde oplossingen <i>Individueel niveau</i> - Gesignaleerde knelpunten - Voorgestelde oplossingen <i>Organisatorisch niveau</i> - Gesignaleerde knelpunten - Voorgestelde oplossingen <i>Nationaal niveau</i> - Gesignaleerde knelpunten - Voorgestelde oplossingen
Deel 2: Resultaten per deelvraag	
4.5. Overzicht van de resultaten	Deelvraag 1 t/m 4 (4.5.1 t/m 4.5.4)

Tabel 6: Overzicht van de opbouw van de gepresenteerde data in hoofdstuk 4.

Deel 1: Resultaten per onderzoeksmethode

4.1. Resultaten literatuuronderzoek

Uit het literatuuronderzoek werden 10 artikelen geselecteerd die op vergelijkbare wijze met dit onderzoek gekeken hebben naar de energiebronnen en stressoren (Alleyne et al. 2021; Starmer et al. 2016; Wu et al. 2022; Babal et al. 2024; Naert et al. 2023; Debets et al. 2022; McKinley et al. 2022; Solms et al. 2019; Anagnostopoulos et al. 2015). In bijlage 4 wordt een overzicht weergegeven van de studies en een samenvatting van de gevonden factoren.

Van de geselecteerde studies waren er zes uit de Verenigde Staten, twee uit Nederland, een uit Griekenland en een uit Macedonië. De studieopzetten waren vragenlijsten, diepte-interviews of focusgroepen en brainstormsessies. De onderzoeken gingen over aios en medisch specialisten of allebei. Geen van de artikelen ging over geneeskunde studenten. In sommige studies werd specifiek een specialisme onderzocht (psychiaters, kinderartsen) terwijl in andere studies het verschillende specialismen betrof. In sommige studies werd ook naar persoonlijke factoren gekeken maar deze resultaten worden hier niet weergegeven.

Met betrekking tot de energiebronnen werd in bijna alle studies de samenwerking met collega's genoemd. Andere energiebronnen die werden genoemd waren: het patiëntencontact, het werkklimaat, de persoonlijke ontwikkeling, invloed hebben op beslissingen en op het rooster.

Voor de stressoren werden genoemd: de administratieve lasten, hoge werkdruk, onprettige werkomgeving, slechte werk-privé balans en conflicten. In de studie uit Macedonië (Karadzinska et al. 2014) speelde context-specifieke factoren ook een rol en werd als stressor genoemd het gebrek aan voorraden en medische apparatuur.

Twee studies keken specifiek naar verschillen tussen aios en medisch specialisten (Alleyne et al. 2021; Solms et al. 2019). Een van de conclusies was dat aios en de senior medisch specialisten met name behoefte hebben aan werk plezier en energie halen uit de inhoud van het werk terwijl medisch specialisten halverwege hun carrière meer behoefte hebben aan autonomie (Alleyne et al. 2021). In de Nederlandse studie (Solms et al. 2019) werd geen verschil gezien met betrekking tot bevlogenheid (en burn-out) tussen aios en medisch specialisten, echter was voldoende autonomie belangrijk voor aios terwijl voor medisch specialisten het contact met collega's essentieel was.

4.2. Resultaten focusgroepen

Eerst worden de energiebronnen en stressoren besproken uit de focusgroepen, waarna de aangedragen oplossingen uiteen worden gezet. In bijlage 5.1 en 5.2 zijn de codebomen van de energiebronnen en de stressoren toegevoegd.

4.2.1. Energiebronnen

Algemeen

Bijna alle respondenten, ongeacht hun loopbaanfase, noemden ‘hun collega’s’ (n=35²) en de ‘inhoud van het werk’ (n=33) als één van hun belangrijkste energiebronnen. De ‘inhoud van het werk’ was verder onderverdeeld in de ‘afwisseling in het werk’ en de ‘inhoud van het vak met uitdagende en/of acute casuïstiek’. Het ‘contact met patiënten’ (n=19) was hierna de meest genoemde factor.

‘Ik krijg heel veel plezier van mijn collega's. Van jullie dus! Dat is voor mij misschien wel één van de allerbelangrijkste aspecten van mijn werkplezier: Mensen om me heen waar je ook even een grapje mee kan uithalen bijvoorbeeld. Daar heb je misschien niet altijd de tijd voor maar het maakt wel echt heel veel uit op een dag’ (Respondent 33, jonge klare, focusgroep 3)

Per loopbaanfase

Naast de bovengenoemde gezamenlijke factoren werden divers punten geobserveerd die eigen waren aan een specifieke loopbaanfase. Zo gaven de coassistenten aan het belangrijk te vinden om te werken in een veilige werkomgeving met ruimte voor hun eigen leermomenten. Ook betrokken worden bij het team en weten waar zij aan toe zijn vonden zij belangrijk.

Ook de a(n)ios gaven aan waarde te hechten aan een veilig werk- en opleidingsklimaat en benoemden het prettig te vinden als de werkprocessen en de logistiek goed geregeld zijn in hun ziekenhuis, om zo de administratie en organisatorische lasten te beperken.

Bij de jonge klaren speelde het gevoel van ‘zich bekwaam voelen in je werk’ een rol. Zij gaven aan energie te krijgen van het feit dat ze eindverantwoordelijk waren maar het gevoel te hebben er nooit helemaal alleen voor te staan in geval van nood. Zij hechten ook veel waarde aan de secundaire arbeidsvoorwaarden zoals de mogelijkheid tot parttime werken, ruimte voor pauze, korte reisafstand en een bepaalde flexibiliteit in het werk.

Voor de senior gynaecologen werden er naast de eerdere gezamenlijke factoren maar twee extra factoren genoemd: het inkomen en zich nuttig voelen in het werk.

4.2.2. Stressoren

Algemeen

De meest genoemde stressoren in alle focusgroepen waren gerelateerd aan de werkomstandigheden (n=31) en de werkinhoud (n=24). De werkomstandigheden gingen over hoge werkdruk, personele bezetting en secundaire arbeidsvoorwaardes. Met de werkinhoud werden de administratieve lasten bedoeld maar ook het gevoel veel bezig te zijn met randzaken in het werk. Ook werd het thema ‘persoonlijke ontwikkeling’ regelmatig genoemd (n=25), in het bijzonder ‘persoonlijke onzekerheden’. Hiermee werd specifiek bedoeld ‘bang zijn om geen goede zorg te leveren’ of ‘het gevoel dat het perfect moet zijn’.

² Getallen verwijzen naar het aantal respondenten

‘De meeste mensen hebben gekozen om dokter te worden om patiëntenzorg te leveren en daar wordt steeds minder tijd aan besteed. We zijn steeds meer bezig met allerlei randzaken die ook een manager zou kunnen doen.’ (Respondent 10, arts-assistent, focusgroep 1)

Per loopbaanfase

De coassistenten gaven specifiek aan dat een belangrijke stressor voor hen was dat ze zich continu moeten aanpassen aan een nieuwe plek, niet duidelijk wisten wat er nou van hen gevraagd wordt en het gevoel hebben continue beoordeeld te worden.

De a(n)ios gaven verder nog specifiek aan dat een logge organisatie waarbij de randzaken en de logistiek niet op orde zijn een belangrijke stressor vormt. Daarnaast gaven zij aan veel druk te voelen of zichzelf op te leggen om hun werk perfect af te leveren (persoonlijke onzekerheid).

De jonge klaren vonden het banenperspectief de belangrijkste stressor en gaven ook aan zich hierdoor kwetsbaar en afhankelijk te voelen. Dit leidde er ook toe dat zij niet vonden dat zij in de positie waren om binnen hun organisatie veranderingen door te voeren aangezien zij daar maar tijdelijk werkzaam waren.

Specifiek gaven de gynaecologen aan dat ‘de samenwerking met het management/de organisatie’ een stressor voor hen was, waarbij zij vonden dat zij heel veel taken moesten doen die in hun ogen door een manager zou kunnen worden gedaan. Ook ervoeren zij veel druk van buitenaf om nog efficiënter te worden en voelde zij zich ‘gevangen in het systeem’.

‘De situatie waar wij in zitten is van veel hogere orde. Wij kunnen als eenvoudige gynaecologen daar echt niet veel verandering in brengen op lokaal niveau, laat staan landelijk’ (Respondent 4, gynaecoloog uit focusgroep 1)

4.2.3. Oplossingen

Na het eerste deel werd aan de deelnemers gevraagd om oplossingen aan te dragen om de bevlogenheid van medisch specialisten te optimaliseren. De aangedragen oplossingen zijn samengevat en gecategoriseerd door de onderzoeker aan de hand van drie niveaus (individueel, organisatorische en nationaal). De deelnemers werden niet gevraagd om op een specifiek niveau een oplossing te noemen. In de drie focusgroepen werden voornamelijk interventies voorgesteld die direct van invloed waren op de individuele artsen of op de organisatie waarbij veel operationele voorstellen aangedragen werden.

Individueel niveau

In elke focusgroep gaf een of meerdere respondenten aan dat het belangrijk is dat artsen meer vaardigheden ontwikkelen dan alleen de vakinhoudelijke vaardigheden. Hier werden vaardigheden mee bedoeld zoals bijvoorbeeld het ontwikkelen van (meer) leiderschapskwaliteiten of basiskennis over de veranderkunde. Zij stelde voor om hier al vanaf het begin van de geneeskunde studie al aandacht aan te besteden. Ook gaven deelnemers aan dat zij meer ‘out-of-the box’ moesten leren denken. Door de hoge werkdruk en lange dagen met klinische taken, gaat dit niet vanzelf en is het primaire reflex om te roepen dat iets niet kan terwijl er misschien wel mogelijkheden zijn.

Daarnaast vonden veel deelnemers dat artsen zelf een eigen verantwoordelijkheid te nemen hebben in het organiseren van hun eigen werk-privé balans bijvoorbeeld, waarbij het belangrijk is dat artsen elkaar onderling de ruimte geven. Een voorbeeld waar in twee focusgroepen over werd gesproken was of het geaccepteerd is als een collega zijn kind naar school brengt en dus niet aanwezig is om 8u bij de in principe verplichte dagelijkse ochtend overdracht. Veel respondenten vonden dat hier in de huidige maatschappij ruimte voor moest komen en dat er goede afspraken met elkaar over gemaakt moeten worden.

Tot slot werd aangegeven dat artsen bewust moeten zijn van de voorbeeldfunctie die elke fase van de loopbaan heeft naar de volgende fase heeft. Het is cruciaal om actief bij te dragen aan het opleiden van de volgende generatie maar ook belangrijk om hen voldoende ruimte te geven om zichzelf te zijn. Een deelnemer zei dat om de uitdagingen rondom werk-privé balans te overkomen, de verschillende fases voornamelijk met elkaar in gesprek moeten gaan en niet over elkaar.

Organisatorisch niveau

Op organisatorisch niveau werden in alle drie de focusgroepen veel operationele oplossingen aangedragen. Onderwerpen die genoemd werden gingen over grenzen bewaken naar patiënten toe over de duur van een consult of het beperken van het aantal vervolgafspraken. Ook suggesties werden gedaan voor het verbeteren van de werktijden of de mogelijkheden om bijvoorbeeld te vergaderen of een spreekuur voor te bereiden onder werktijd in plaats van in de avonduren. In het algemeen werd gezegd dat medisch specialisten vaker nieuwe initiatieven moeten uitproberen door middel van het opzetten van pilots en het aanwijzen van kartrekkers. Nu wordt, zoals ook hierboven werd genoemd, vaak gedacht dat de verantwoordelijkheid elders ligt waardoor het blijft liggen. Senior medisch specialisten zien ook als oplossing dat meer taken worden opgepakt door het management, omdat zij het gevoel hebben dat alles bij hen terecht komt. Zij realiseren zich ook dat het essentieel is dat zij dit met de managers moeten bespreken.

In focusgroep 2 werd ook voorgesteld om bijeenkomsten zoals deze focusgroep structureel in te plannen elke paar maanden. Zij geven aan het dat belangrijk is om regelmatig te reflecteren met elkaar over het werk om tot inzichten en oplossingen te komen. Dit soort bijeenkomsten zouden naast de reguliere werkvergaderingen moeten worden gehouden. Ook gaf focusgroep 3 (allen jonge klaren) aan dat ook bijvoorbeeld jonge klaren veel vaker met elkaar zouden moeten reflecteren over hun werk.

Nationaal niveau

Op nationaal niveau wordt als oplossing aangedragen om te onderzoeken wat de mogelijkheden zijn voor andere werkovereenkomsten. In de huidige krappe arbeidsmarkt van medisch specialisten hebben veel jonge klaren nog geen vaste plek. Conform de landelijke afspraken zijn maximaal drie tijdelijke contracten binnen drie jaar toegestaan. Om te voorkomen dat jonge klaren regelmatig moeten verhuizen voor tijdelijke plekken, zou een langere werkovereenkomst welkom zijn.

Relevante aanvulling

Op de vraag waarom het niet lukt om bovenstaande voorgestelde veranderingen door te voeren gaven gynaecologen aan het gevoel te hebben vast te zitten in een systeem en daar niet uit te kunnen. Tijdens focusgroep 1 ontstond er een interessante discussie tussen de gynaecologen enerzijds en de a(n)ios en coassistenten anderzijds. Onderstaande drie quotes vatten de discussie goed samen. Ook al was dit niet de scoop van het onderzoek, het illustreert wel de context waarin zij werken.

‘Er wordt inderdaad heel veel wel voor jullie (arts-assistenten) gedaan om de werk privé beter te maken. Maar hoe kom je dan straks in onze wereld (gynaecologen)? [...] Jullie hebben het dan nog relatief relaxed en dan kom je opeens in onze a-relaxte wereld, dat is echt helemaal anders.’
(Respondent 1, gynaecoloog uit focusgroep 1)

‘Gynaecologen/senior medisch specialisten hebben een bepaalde cultuur, en daar komen ze niet uit. [...] Maar ik denk wel dat het steeds meer moet, want anders heb je straks geen aanwas meer van jonge generaties. Wij willen dit namelijk niet.’ *(Respondent 6, arts-assistent uit focusgroep 1)*

‘Ik denk dat de jongere generatie eerder voor een goede werk-privé balans kiest waarbij je iets minder verdient.’ *(Respondent 14, coassistent uit focusgroep 1)*

Samenvatting vanuit de focusgroepen

- De belangrijkste genoemde energiebronnen zijn: samenwerking met collega's, werkinhoudelijk, patiëntencontact en persoonlijke ontwikkeling
- De belangrijkste genoemde stressoren zijn: werkomstandigheden (hoge werkdruk, personele bezetting), werkinhoud (administratieve lasten en randzaken) en onvoldoende persoonlijke ontwikkeling (persoonlijke onzekerheid).
- Tussen de verschillende loopbaanfasen zitten veel overeenkomsten maar ook nuances, met name wat betreft stressoren.
- De aangedragen oplossingen zijn heel divers, waarbij de meeste oplossingen op organisatorisch niveau werden voorgesteld en van operationele aard. Op individueel niveau werd voorgesteld om artsen op te leiden met bredere vaardigheden en dat zij meer in mogelijkheden moeten leren denken.

4.3. Resultaten hackathon

In onderstaande alinea's worden de oplossingen uit de tweedaagse hackathon weergegeven. Alle groepjes hadden oplossingen gericht op het werk van basisartsen in het ziekenhuis (anios), het werk dat hen in principe staat te wachten na het afronden van hun studie geneeskunde. Per groepje zal eerst een samenvatting van hun knelpuntenanalyse worden weergegeven gevolgd door de uitleg van hun oplossing.

4.3.1. Groep 1: Individuele begeleiding middels coaching

Groep 1 kwam tot de conclusie dat de voornaamste stressor voor jonge artsen het gebrek aan persoonlijke begeleiding is. Hun voorstel was daarom om elke anios in het ziekenhuis toegang te geven tot coaching. Deze persoonlijke coach zou functioneren als mentor en gids, met een focus op professionele groei, carrièreambities en het bevorderen van welzijn.

De coassistenten hadden doorberekend dat een coach met een jaarsalaris van ongeveer 70.000 euro ongeveer 50 anios zou kunnen begeleiden. Als dat het bedrag is om de jongste collega's te begeleiden in het ziekenhuis en te zorgen dat zij beter presteren en beter in hun vel zitten, dan vond groepje 1 dat het loont om alle jonge artsen te verwijzen naar een coach.

4.3.2. Groep 2: Traineeship

Groep 2 identificeerde diverse kritieke thema's die jonge artsen beïnvloeden, waaronder een onzeker toekomstperspectief, een negatieve werksfeer, beperkte supervisie, hoge werkdruk en matige secundaire arbeidsvoorwaarden. Zij stelden voor om een traineeship voor anios te ontwikkelen, zodat jonge artsen minder aan hun lot worden overgelaten in het ziekenhuis.

Het doel van dit traineeship was om jonge artsen in staat te stellen flexibeler te werken, met de mogelijkheid om hun werkuren aan te passen aan hun persoonlijke behoeften en interesses. Het traineeship zou ook gericht zijn op persoonlijke ontwikkeling en zou mogelijkheden moeten bieden voor onderzoek en onderwijs. Dit alles met de nadruk op het handhaven van een gezonde balans tussen werk en privéleven.

4.3.3. Groep 3: Work hard, play hard

Groep 3 had diverse knelpunten geïdentificeerd die basisartsen in het ziekenhuis ervaarden, zoals hoge werkdruk, belastende diensten en aanzienlijke verantwoordelijkheden. Daarnaast benoemden zij de inhoud van het werk, voornamelijk afdelingswerk, dat gekenmerkt wordt door beperkt patiëntencontact en veel organisatorische taken. Ook de samenwerking met verpleegkundigen werd aangehaald als inefficiënt en tijdrovend. Een ander aandachtspunt was de grote afstand tot de supervisor, wat de toegankelijkheid bemoeilijkt en een drempel creëert voor het zoeken van begeleiding.

Als oplossing stelde groep 3 voor om een nieuw 'ideaal' en efficiënt dagprogramma te implementeren dat niet alleen voldoende pauzes incorporeert, maar artsen ook in staat stelt om de geplande taken binnen de werktijd af te ronden. Het versterken van het teamgevoel was eveneens een onderdeel van hun voorstel.

Naast het optimaliseren van het werkschema zagen zij ook het belang in van het creëren van een prettige werkomgeving. Zij wilden zich richten op drie hoofdthema's: interieur, ontspanning en sfeer. Zij pleitten voor het inrichten van een 'ontspanningsruimte' in het ziekenhuis, voorzien van faciliteiten zoals tafeltennisvoetbal en een sportruimte, beiden met voldoende daglicht. Dit zou medewerkers de gelegenheid bieden om zich tussendoor te ontspannen en daarna fris weer aan het werk te gaan. Voor de verbetering van de sfeer stelde zij voor een mentorsysteem op te zetten en binnen de organisatie aandacht te besteden aan het geven van complimenten.

4.3.4. Groep 4: Richtlijn opstellen over het werk als anios

Groep 4 concludeerde dat de volgende aspecten voornamelijk negatieve invloed hadden op de werkomgeving in het ziekenhuis: het gebrek aan individualiteit bij het invullen van het werk,

onvoldoende supervisie, een ongelijke werk-privébalans, een gebrek aan toekomstperspectief en een hoge administratieve last.

Als eerste oplossing stelden zij voor om meer wettelijke kaders specifiek voor anios in te stellen. Hierom ontwikkelden ze het idee voor een landelijk document, het raamplan "Veilige Basis(arts)". Dit document zou zich richten op twee belangrijke onderdelen: een inwerktraject voor de basisarts van minimaal drie maanden, gevolgd door een ontwikkelings- en coaching traject. Zo'n gestructureerde aanpak biedt houvast en is bedoeld om positieve veranderingen op grootschalige wijze door te voeren, waarbij de nadruk ligt op het ondersteunen van jonge artsen bij hun introductie en verdere ontwikkeling in het ziekenhuis.

4.3.5. Groep 5: de werkdag van 6 uur

Groep 5 identificeerde de toenemende disbalans tussen werk en privéleven, het gebrek aan perspectieven voor verdere opleiding en een hiërarchische structuur met beperkte flexibiliteit als de voornaamste stressoren. Geïnspireerd door een Zweeds model ontwikkelde groep 5 een plan om de standaard werkdag van 8 uur te verkorten naar 6 uur. Dit zou de anios meer vrije tijd bieden, een verandering waar dringend behoefte aan is.

In het huidige systeem wordt gewerkt met drie diensten per dag (dag, avond, nacht), maar dit plan stelde voor om vier verschillende diensten in te roosteren. Groep 5 had alle implicaties van dit plan doorgerkend, waaronder de financiële consequenties, capaciteit en efficiëntie, en schatte in dat het plan haalbaar zou zijn en potentieel een aanzienlijke verbetering zou kunnen betekenen in de werk-privébalans van jonge artsen.

4.3.6. Groep 6: Traineeship

In groep 6 lag de focus vooral op de primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden. Zij observeerden dat overwerken in het ziekenhuis de norm is geworden en dat er onvoldoende aandacht is voor de fysieke en mentale gezondheid van de werknemers. Daarnaast constateerden zij dat er weinig ruimte was voor een goede werk-privébalans, mede door beperkingen in kinderopvang en door financiële beperkingen, zoals de mogelijkheden voor het krijgen van een hypotheek. Om deze redenen was het hun doel om de arbeidsvoorwaarden voor anios te verbeteren. Zij hadden zich specifiek gericht op het ontwikkelen van een traineeship voor anios om meer verdieping en flexibiliteit mogelijk te maken.

Veel (toekomstige) basisartsen ervaren dat zij vaak voor een jaar vastzitten aan een baan, terwijl ze de wens hebben om ervaring op te doen in een breed scala aan specialismen. Een mogelijke oplossing die groep 6 voorstelde is het verplicht stellen voor elk ziekenhuis om een traineeship aan te bieden. Dit traineeship is bedoeld voor jonge, pas afgestudeerde professionals die enthousiast zijn om de arbeidsmarkt te betreden, maar die nog ruimte zien voor verdere ontwikkeling. Samen met een loopbaancoach zou dan een individueel plan worden opgesteld, waarbij zowel naar de vakinhoudelijke als persoonlijke ontwikkeling zal worden gekeken.

Samenvatting van de hackathon

- *De genoemde knelpunten zijn met name gericht op het gebrek aan begeleiden (zowel persoonlijk als vakinhoudelijk). De coassistenten geven aan meer behoefte te hebben aan tijd, ruimte en ontspanning tijdens en naast het werk.*
- *De oplossingen die aangedragen worden zijn daarop gericht: het opzetten van traineeships voor anios, duidelijke afspraken maken over (kortere) werktijden en meer ruimte en mogelijkheden voor persoonlijke ontwikkeling.*

4.4. Resultaten experts

De resultaten van de 12 interviews met in totaal 13 experts worden hieronder besproken. Alle vooraf gedefinieerde onderwerpen zoals beschreven in hoofdstuk 3 en samengevat in bijlage 3 worden in onderstaande alinea's verwerkt. In dit hoofdstuk zullen eerst de algemene opmerkingen van de experts besproken worden en daarna de belangrijkste gesignaleerde knelpunten en voorgestelde oplossingen. Gezien de hoeveelheid data is gekozen om voor de voorgestelde interventies de indeling van de drie niveaus aan te houden (individueel, organisatorisch en nationaal).

4.4.1. Algemeen

Na een korte inleiding werd in elk interview als eerste aan de experts gevraagd of zij vonden dat er een probleem was met betrekking tot de bevlogenheid van medisch specialisten. Alle geïnterviewde experts gaven aan dat zij zich inderdaad zorgen maakten over de bevlogenheid van artsen en in hoeverre het werk zoals het nu georganiseerd is toekomstbestendig is. Volgens de experts moet het probleem multifactorieel aangepakt worden. Zij zien het als een gezamenlijke verantwoordelijkheid van zowel de overheid, de beroepsgroepen en de individuen medisch specialisten maar ook de zorgverzekeraars en de inspectie.

'We moeten denk ik echt over onze schaduw heen stappen door te durven zeggen: Oké, we lopen hier allemaal tegenaan (het welzijn van zorgprofessionals). Vertegenwoordigers van de werkvloer, vertegenwoordigers van HR die aan de zijkant al in heel veel organisaties zijn, vertegenwoordigers van de bestuurlijke lagen en de overheid: dit is wat we nu moeten oplossen om de zorg toekomstbestendig te houden.'
(Expert 8)

Veel experts uitten echter hun zorgen over het gebrek aan daadkracht. Een expert benadrukte dat naast de vraag 'wie is verantwoordelijk?' ook gevraagd moet worden 'wie voelt zich verantwoordelijk?' Dit legt de nadruk op de persoonlijke betrokkenheid en het initiatief dat nodig is om echte verandering te bewerkstelligen.

In de interviews werd aan de experts ook specifiek gevraagd of zij relevante verschillen waarnamen tussen de carrièrefasen. Zij waren het er unaniem over eens dat er verschillen bestaan. Bepaalde thema's zijn tijdloos en behoren tot de specifieke fases van een carrière, terwijl andere juist typerend zijn voor de huidige tijd en maatschappij, waarin het onderwerp bevlogenheid steeds meer aandacht

krijgt. De nieuwe generatie lijkt andere keuzes te maken wat betreft de balans tussen werk en privé dan eerdere generaties. Het is cruciaal om deze verschillen te erkennen en te respecteren, al is het systeem hier mogelijk nog niet goed op aangepast.

‘[...] Wat ook speelt is dat je dus te maken hebt verschillende generaties. De groep die aankomt die vindt andere dingen ook belangrijk, zoals werk privé balans. Ik denk dat de oudste generatie denkt: dat is toch onzin, je moet gewoon werken. En dan gaat het even niet om wie er nou gelijk heeft, maar in ultimo komt het er gewoon op neer dat we dan straks geen arts-assistenten meer hebben. (Expert 9, zelf medisch specialist)

Andere experts benadrukken ook dat op lange termijn veel vrije tijd echter leidt tot een gebrek aan morele voldoening, wat een essentieel onderdeel is van bevologenheid. Alle aandacht moet dus niet uitgaan naar meer vrije tijd voor de jonge generatie, maar naar het vak inhoudelijk interessant houden.

‘Je moet je niet blindstaren op die werk-privébalans en zorgen dat ze (de jonge artsen) allemaal parttime werken of een vrije dag hebben. Het is natuurlijk leuk om vrij te zijn en om dan te kunnen doen wat je wil, maar je wil eigenlijk juist het vak interessant maken. Zorg dus dat er ruimte is voor inhoudelijke verdieping. Dit is dus misschien wel de wake up call om nog eens kritisch te kijken naar ons vak en hoe maken we dat nou aantrekkelijk?’ (Expert 6)

Uiteindelijk benadrukten de experts dat het belangrijk is dat de verschillende loopbaanfases (generaties) voortdurend met elkaar in dialoog blijven en wederzijds begrip tonen.

‘Je moet altijd respectvol blijven naar elkaar. Als bestuurders zeggen: maar vroeger werkte wij het hele weekend door... No brainer! Daar kan je helemaal niks mee. We leven in een andere tijd, we moeten meegroeien en meedenken met elkaar. Hoe gaan we dit mogelijk maken met elkaar?’ (Expert 4)

Samenvatting algemene punten van de experts

- De bevologenheid van medisch specialisten is een punt van aandacht. Het probleem moet multifactorieel worden aangepakt.
- Er zijn verschillen tussen de generaties. Dit biedt wellicht ook een kans om het vak opnieuw te organiseren.
- Het is essentieel dat de verschillende loopbaanfases met elkaar op respectvolle manier in gesprek blijven.

4.4.2. Gesignaleerde knelpunten en aangedragen oplossingen

In de volgende alinea's worden de belangrijkste gesignaleerde knelpunten en aangedragen oplossingen door de experts besproken per niveau zoals reeds aan het begin van dit hoofdstuk is benoemd.

Op individueel niveau: gesignaleerde knelpunten

De inhoud van het werk

Een belangrijk knelpunt dat de bevlogenheid van medisch specialisten negatief beïnvloed heeft te maken met de inhoud van het werk. Experts merken op dat het werk van artsen te ver is afgedwaald van de kernactiviteit, namelijk de patiëntenzorg. Een groot deel van hun tijd wordt besteed aan randzaken wat veel frustraties oplevert. Daarnaast wordt het werk als arts beschreven als een routine vak, wat enerzijds essentieel is voor het leveren van goede kwaliteit van zorg, maar wat in de loop van tijd kan leiden tot verlies van interesse. Daarnaast hebben medisch specialisten in hun werk weinig ruimte voor eigen invulling. Verschillende experts meldden dat medische specialisten een uniform traject doorlopen en allen dezelfde werklast dragen, wat versterkt wordt door onderlinge competitie en het elkaar niet altijd het beste gunnen.

'We kijken veel meer naar elkaar. Wat doe jij en hoeveel doe je? Mensen zeggen bijvoorbeeld: Ik heb een spreekuur met allemaal complexe patiënten, dus ik doe er 10 en de ander zegt ja maar ik zie 20 patiënten op een ochtend en jij maar 10? Dat is niet eerlijk verdeeld. We hebben hetzelfde salaris, maar ik doe eigenlijk meer aan de productie. Ja, die discussie...' (Expert 11, zelf ook medisch specialist)

De combinatie van bovenstaande punten kan ertoe leiden dat jonge artsen soms überhaupt niet kiezen voor een carrière in het ziekenhuis of dat medisch specialisten in de loop van de tijd afhaken. Om het evenwicht te bewaren nemen medische specialisten vroeg of laat andere taken erbij (zoals onderwijs, management of wetenschap) of gaan zij minder werken. Volgens een expert, is dit een stille manier van afhaken, zij noemt het: 'quiet quitting'.

'Mensen gaan iets doen buiten de spreekkamer, ze gaan er iets naast doen, zoals bijvoorbeeld onderzoek, onderwijs, column schrijven etc. Het zijn escapes omdat de patiëntenzorg heel veel energie kost en minder energie oplevert. Het is een manier om de balans te vinden, een manier om de bleeders tegen de feeders op te heffen.' (Expert 13)

Aan de andere kant, gaven experts ook aan dat de meeste artsen bevlogen zijn in hun werk en weten hoe ze deze bevlogenheid kunnen behouden. Een expert die gepromoveerd is op dit onderwerp, concludeerde in zijn proefschrift dat medisch specialisten goed weten hoe zij hun werk moeten inrichten zodat het leidt tot bevlogenheid en zingeving, het belangrijkste knelpunt is om dat nu ook zo te organiseren.

Gebrek aan autonomie en verlies van regie

Naast het gebrek aan eigen invulling wordt het beroep van medisch specialist vaak gekenmerkt door beperkte autonomie. Volgens de (bijna) gepensioneerde experts is de autonomie van medisch specialisten in de loop der jaren verder afgenomen waardoor zij steeds meer onderdeel zijn geworden van de systeemketen. Hoewel medisch specialisten over het algemeen de regie hebben over de patiëntenzorg, hebben zij vaak weinig controle over de omstandigheden waarin zij werken.

‘Ik word als een soort poppetje in een keten gezet, waarbij ik eigenlijk verantwoordelijk voor de hele keten ben, maar niet die verantwoordelijkheid neem en ook niet die verantwoordelijkheid heb uitgevent.’ (Expert 6, zelf ook medisch specialist)

De oorzaak voor dit verlies aan regie wordt als multifactorieel beschreven. Sommige experts wijzen erop dat deze regiefunctie binnen het ziekenhuis de medisch specialisten de afgelopen jaren is ontnomen door de opkomst van het management, terwijl andere experts van mening zijn dat medisch specialisten deze zelf hebben weggegeven. Volgens enkele experts laten artsen te gemakkelijk over hun grenzen heengaan en bevinden zij zich nu in een slachtofferrol, wat niet bevorderlijk is voor verandering.

Een andere verklaring voor het verlies van regie is terug te voeren op de ‘los-op methode’. Artsen zijn voornamelijk bezig met het blussen van brandjes, met het reactief oplossen van incidenten, wat een kortstondig heroïsch gevoel geeft. Bovendien voelt de patiëntenzorg altijd als de meest urgente taak en krijgt het daardoor voorrang. Dit heeft als gevolg dat medisch specialisten weinig ruimte of tijd voor reflectie hebben. De onbedoelde consequentie daarvan is dat het leidt tot een afstand tot de andere taken en het verliezen van grip op de werkomgeving uiteindelijk.

‘Brandjes blussen is uiteindelijk doodvermoeiend’ (Expert 8)

Gefragmenteerd werken

Tot slot, geven experts aan dat de laatste jaren, de fragmentatie van het werk van de zorgprofessionals is toegenomen. Door wet- en regelgeving zijn de diensten kort en veel professionals werken tegenwoordig parttime. Een voorbeeld dat in meerdere interviews wordt genoemd is het huidige tekort aan huisartsen. Ondanks dat er meer huisartsen zijn dan ooit, werkt een groot deel van hen parttime wat bijdraagt aan het tekort.

Het nadeel van dit gefragmenteerde werken is dat artsen het gevoel kunnen hebben dat hun werk nooit echt af is, wat vervolgens leidt tot stress. Bovendien zorgt gefragmenteerd werken voor meer anonimiteit, waardoor zorgprofessionals zich individueler opstellen en mogelijk makkelijker andere beslissingen nemen ten aanzien van hun betrokkenheid bij de organisatie. Dit kan de cohesie binnen zorgteams ondermijnen en de continuïteit van zorg beïnvloeden.

Op individueel niveau: voorgestelde oplossingen

Naar aanleiding van bovenstaande gesignaleerde knelpunten, wordt in onderstaande paragrafen voorgestelde oplossingen uiteengezet.

Afwisselend werk

Om medisch specialisten ‘fris te houden’ gedurende hun carrière, is het cruciaal dat zij voortdurend worden uitgedaagd binnen hun vakgebied. Dit betekent dat zij regelmatig afwisselende werkzaamheden moeten verrichten, ook buiten hun comfortzone. Hoewel dit in contrast staat met traditionele opvattingen over zorgkwaliteit die ervaring en routine benadrukken, is een significant deel van de experts overtuigd van het belang van deze stimulans. Sommigen suggereren zelfs dat medisch specialisten hiertoe gedwongen moeten worden.

In aansluiting hierop pleiten diverse experts voor een systeemverandering waarbij artsen niet meer 30 jaar op dezelfde locatie werken. Het veelgebruikte argument van financiële barrières (door de goodwill) wordt door deze experts verworpen. Zij stellen dat de werkelijke barrière psychologisch van aard is, deels ook omdat het nog niet breed geaccepteerd is dat een medisch specialist naar een nieuw ziekenhuis gaat.

Bewust zijn van de brede rol en regie (terug)pakken

Naast dat het werk afwisselend moet zijn, concludeerde bijna alle experts dat het werk van medisch specialisten meer omvat dan alleen patiëntenzorg. Medisch specialisten moeten zich bewust zijn vanaf het begin van hun carrière van die bredere rol die van hen verwacht wordt. Zij moeten uitgedaagd worden om de vraag te beantwoorden: ‘Wat heb ik nodig om mijn werk goed uit te oefenen om echt toe tot komen aan de kern van het vak?’

‘Om goed te functioneren in die bredere omgeving is de omarming van die bredere rolopvatting nodig en ik denk heel erg dat daar ook de juiste scholen en training en tijd om die training te kunnen volgen bij komt kijken’
(Expert 8)

Het betekent niet dat zij vervolgens zelf alles moeten uitvoeren. Artsen in het ziekenhuis moeten zich realiseren dat zij ondersteuning nodig hebben bij taken die buiten hun expertise vallen, zoals financiën of HR. Volgens een expert zou de ideale situatie zijn dat medisch specialisten de leiding hebben en dat het management ondersteunt. In de praktijk blijkt echter dat het management de leiding heeft. Om de regie weer in handen van de medisch specialisten te leggen is een duale structuur een mogelijk model, waarbij de gezamenlijke verantwoordelijkheid om de zorg duurzaam en toekomstbestendig te maken benadrukt moet worden. Voor een optimale samenwerking binnen de organisatie is het bovendien van belang dat de verschillende partijen elkaar goed kennen.

‘De ideale situatie is dat dokters in de lead zijn, dat de managers echt daadwerkelijk ondersteunend zijn en dat is nu vaak niet zo. Vaak bepalen managers wat er gebeurt. Maar de dokters moeten dat aangeven, en dan moeten zij ook de juiste verantwoordelijkheid nemen.’ (Expert 3)

Om die verantwoordelijkheid te nemen zoals aangegeven in bovenstaande quote is het belangrijk om leiderschap te tonen en boegbeelden te hebben die moeilijke onderwerpen bespreekbaar kunnen maken. Een andere belangrijke voorwaarde die werd genoemd om systemen te doorbreken, is dat medisch specialisten tijd moeten krijgen voor hun bredere rol. Als je geen tijd krijgt voor een specifieke taak die je wel toebedeeld krijgt, straalt de organisatie impliciet uit dat ze het niet belangrijk genoeg vinden.

‘Leuk dat jullie [medisch specialisten] aan het transformeren zijn maar krijgen jullie daar ook nog een beetje tijd voor? Volgens mij moet je soms jezelf belangrijk maken en daar tijd voor krijgen. Aan de andere kant realiseer ik mij ook dat daar natuurlijk ingewikkelde bekostigingsmodellen onder zitten. [...] Ik zeg wel eens grappend: durf eens een keer pauze te nemen’. (Expert 2)

Benut het talent – taakdifferentiatie

Naast de oplossing van het afwisselend werk en de bredere rol van medisch specialisten, werd ook opgemerkt dat medisch specialisten vaak allemaal dezelfde werkzaamheden verrichten. Experts pleiten voor meer taakdifferentiatie tussen medisch specialisten, waarbij taken binnen een team

verdeeld kunnen worden op basis van bijvoorbeeld ambitie en interesse of zelfs persoonlijkheidstesten. Dit zou niet alleen leiden tot efficiënter werken, maar verhoogt ook het werkplezier doordat ze werk doen waar ze enthousiast van worden. Sommige experts suggereren zelfs dat het werk aan de hand van loopbaanfases ingericht zou kunnen worden zodat er in elke fase ontwikkelmogelijkheden zijn. Over het algemeen zijn jonge professionals enthousiast over het inhoudelijk aspect van het werk, terwijl de senior medisch specialisten vaak andere interesses ontwikkelen. Hierop inspelen is cruciaal. Binnen veel teams of vakgroepen worden deze gesprekken nog te weinig gevoerd, mede doordat de huidige cultuur te uniform is ('het zijn eenheidsworsten').

Voor een constructie discussie over het onderwerp is het allereerst noodzakelijk om duidelijk inzicht te hebben in het totale takenpakket van medisch specialisten, inclusief alle neventaken. Veel experts verwachten dat met dergelijk overzicht duidelijk zal worden dat de meeste medisch specialisten veel meer werk verzetten dan in hun contracten staan, waardoor er ook mogelijkheden voor jonge klaren zouden kunnen ontstaan.

'Je zou de taken gedifferentieerd kunnen toewijzen. Als mensen dingen leuk vinden gaan ze zich er meer in verdiepen, gaat het ze makkelijker af, halen ze meer plezier uit. Ik denk dat je iemand veel langer gemotiveerd houdt als je het werk aanpast aan het individu. Tegelijkertijd moet de mentaliteit wel blijven bestaan dat een deel van het werk – corvee, al zou ik het nooit zo noemen – door iedereen gedaan wordt.' (Expert 10)

Belang van professionele ontwikkeling

Tot slot benadrukken experts dat voor het doorvoeren van bovenstaande aanpassingen, de algemene perceptie moet veranderen dat bevoegdheid en welzijn van zorgprofessionals irrelevant zijn. Vanaf het begin van hun carrière moet professionele ontwikkeling evenveel aandacht krijgen als vakinhoudelijke ontwikkeling. Medisch specialisten dienen hiervoor voldoende uitgerust te worden. Experts pleiten voor het toepassen van wetenschappelijk onderbouwde en bewezen interventies, die aansluiten bij de individuele behoeften van medische specialisten. Gezien de verschillende loopbaanfases waar zij doorheen gaan, is het essentieel om de professionele ontwikkeling voortdurend te monitoren in een continu lerend systeem.

'Persoonlijke monitoring moeten we net zo serieus nemen als onze vakinhoudelijke training. We hebben kwaliteitsprogramma's voor richtlijnen zodat ik in de spreekkamer evidence based behandelopties met mijn patiënt kan bespreken, die worden geëvalueerd en getoetst enzovoort. Dat gun ik onszelf ook: effectieve interventies, met monitoring.' (Expert 6)

Een manier dat professionele ontwikkeling ondersteunt is coaching waarvan wetenschappelijk onderzoek de voordelen heeft aangetoond. Hoewel het aan het veranderen is, geven experts aan dat veel medisch specialisten hier geen behoefte aan te hebben en over het algemeen terughoudend zijn om een andere professional mee te laten kijken. Experts zouden dit graag zien veranderen.

'Medisch specialisten zien zichzelf als wereld coryfeeën. Maar het gekke is dat in andere werelden, coryfeeën altijd minimaal een coach hebben. Een tennisser of golfer die hebben een mental coach, een technische coach, mensen die de hele dag met ze meekijken. En vreemd genoeg, de meeste medisch specialisten willen dat niet.' (Expert 4)

Samenvatting gesignaleerde knelpunten en voorgestelde oplossingen op individueel niveau

- *De belangrijkste knelpunten die genoemd werden gingen over de inhoud van het werk, dat veel tijd wordt besteed aan randzaken maar ook dat het werk gefragmenteerd is geworden. Daarnaast lijkt een gebrek aan regie en verlies van autonomie een belangrijk rol te spelen.*
- *Om medisch specialisten gemotiveerd en scherp te houden wordt afwisselend werk buiten hun comfortzone aangeraden, hoewel dit in contrast staat met de traditionele opvattingen over zorgkwaliteit die ervaring en routine benadrukken.*
- *Het benutten van talent via taakdifferentiatie kan leiden tot efficiënter en innovatief werk en meer werkplezier.*
- *Medisch specialisten moeten zich vanaf het begin van hun opleiding bewust zijn van hun bredere rol naast de patiëntenzorg.*
- *Boegbeelden zijn nodig om het systeem te doorbreken.*
- *De professionele ontwikkeling van medisch specialisten gedurende hun hele carrière is net zo belangrijk als de vakinhoudelijke ontwikkeling.*

Op organisatorisch niveau: gesignaleerde knelpunten

Ook op organisatorisch niveau worden een aantal knelpunten gesignaleerd, waarvan de belangrijkste samengevat zijn in onderstaande alinea's.

Inefficiëntie in de organisatie

Op verschillende niveaus binnen het ziekenhuis is inefficiëntie waarneembaar.

'De medisch specialisten zouden eens moeten beginnen met zich afvragen waarom zij zo hard de hele tijd rondjes rennen. Een groot gedeelte daarvan is volgens mij gewoon inefficiëntie.' (Expert 4)

Op organisatorisch niveau hebben het managementapparaat en de (vrijgevestigde) medisch specialistische organisatie zich door de jaren heen los van elkaar ontwikkeld. Dit leidt in verschillende ziekenhuizen tot uitdagende samenwerkingen, deels door een gebrek aan wederzijds begrip maar ook door de tegenstrijdige financiële belangen. Uiteindelijk leidt dit tot een afname van slagvaardigheid in de organisatie en een toename van frustraties.

Op de werkvloer is inefficiëntie eveneens een terugkerend probleem waar artsen in alle loopbaanfases hinder van ondervinden. Een voorbeeld dat tijdens de interviews regelmatig genoemd werd is het proces van 'elkaar in consult vragen'. Wanneer een patiënt is opgenomen onder een bepaald specialisme maar ook zorg nodig heeft van andere vakgebieden, worden deze specialisten erbij betrokken ('in consult gevraagd'). In het huidige systeem, dat hoofdzakelijk rond specialismen is georganiseerd is dit proces stroef en langzaam, doordat 'elkaar in consult vragen' veelal via de jongste artsen verloopt die al overlopen met hun eigen werkzaamheden. Omdat het vaak gaat over complexe

patiënten moeten de geconsulteerde arts-assistenten weer overleggen met hun eigen supervisor die niet altijd goed bereikbaar is. Naast het feit dat het inefficiënt is, is het ook tijdrovend en frustrerend voor zowel de artsen als de patiënten.

Administratieve lasten.

Los van de inefficiëntie in de organisatie van het ziekenhuis, vragen de administratieve lasten veel energie van medisch specialisten. Volgens sommige schattingen besteden medisch specialisten tot 40% van hun tijd aan administratie. De invoering van het elektronisch patiëntendossier heeft daar ook aan bijgedragen. Hoewel het veel voordelen heeft, vereist elke actie van medisch specialisten, zoals het aanvragen van aanvullend onderzoek bijvoorbeeld of het geven van instructies aan de verpleging, meerdere handelingen binnen het elektronische systeem. Dit leidt uiteindelijk tot het devalueren van hun werkzaamheden.

Een expert merkte op dat veel van de administratieve druk ook door de artsen zelf wordt gecreëerd. Dit komt deels omdat artsen moeite hebben met het omgaan met onzekerheid: in een poging het risico voor patiënten zo klein mogelijk te maken zijn zij geneigd 'extra werk te doen' zoals aanvullende onderzoeken en uitgebreide verslaglegging. Hierin schuilt een paradox aangezien dezelfde specialisten pleiten voor het verminderen van de regelgeving in de zorg.

'Nu is het zo dat wij heel erg sterk op de borrel zeggen, de administratieve lasten zijn allemaal zo erg. Maar bij de overdracht zeggen wij vervolgens tegen onze collega dat zijn of haar administratie niet volledig is.'
(Expert 5)

Cultuur in het systeem

Verschillende experts merken ook op dat de cultuur in het ziekenhuis niet altijd bijdraagt aan de bevlogenheid van medewerkers. Uit verschillende interviews blijkt dat de heersende cultuur in ziekenhuizen soms een reden kan zijn waarom artsen niet kiezen voor een carrière binnen het ziekenhuis; ze voelen zich niet op hun plek binnen het bestaande systeem. Dit ligt niet aan opzettelijke discriminatie, maar aan de interacties en omstandigheden binnen het zorgsysteem die niet voor iedereen geschikt zijn. Het artsensysteem wordt vandaag de dag nog steeds als redelijk gesloten beschouwd.

Daarnaast is het verkrijgen van gezag binnen de medisch specialistische wereld een complexe uitdaging. Medisch specialisten zijn vaak terughoudend in het accepteren van gezag van elkaar. Dit komt doordat zij in professionele zin gelijken zijn, en zij het moeilijk vinden te accepteren dat daarbuiten de verhoudingen anders liggen. Of de nieuw gekozen voorzitter gezag krijgt hangt vaak af van de mate waarin het hem of haar gegund wordt.

'Je bent als professional gelijk maar in de hiërarchische structuur sta je er soms boven en dat moet je gegund worden. Ik vind het heel erg om te zien dat het gegund wordt in Nederland een beetje weg is.' *(Expert 11)*

Ook de status van de medisch specialist is veranderd. Hoewel experts erkennen dat deze verandering terecht is merken zij op dat het soms te ver is doorgeschoten. Sommige experts ervaren zelfs dat er met afgunst naar medisch specialisten wordt gekeken. Er heerst nog steeds een beeld dat medisch specialisten voornamelijk 'gaaiers' zijn. Deze negatieve perceptie is schadelijk voor hun bevlogenheid; hard werken zonder waardering werkt demotiverend. Daarbovenop komt ook de

huidige zorgwekkende arbeidsmarkt. Experts benadrukken dat het ongunstige banenperspectief de intrinsieke motivatie van toekomstige generaties negatief beïnvloedt.

Financiën

Tot slot, brengen diverse experts de financiën van het ziekenhuis ter sprake. Zij wijzen op de structurele spanningen veroorzaakt door de constructie met vrijgevestigde medisch specialisten, wat het doorvoeren van veranderingen vertraagt. Bovendien leidt een gebrek aan financiële transparantie tot inefficiëntie en draagt het bij aan de devaluatie van het werk van medisch specialisten. Doordat de tarieven onduidelijk zijn, verrichten medisch specialisten vaak werkzaamheden die ook door andere uitgevoerd zouden kunnen worden. Ter vergelijking, in de advocatuur worden advocaten per zes minuten betaald, waardoor zij zich voornamelijk richten op werk dat hun specifieke expertise vereist.

‘Over financiën wordt niet gesproken, terwijl de financiën wel degelijk een rol spelen in de ziekenhuizen, ook in academische ziekenhuizen. Wij zijn blind maar ook afhankelijk van de geldstromingen’. (Expert 12)

Op organisatorisch niveau: voorgestelde oplossingen

Op organisatorisch niveau worden de volgende oplossingen voorgesteld.

Personeel als grootste goed.

Experts geven aan dat een belangrijke oplossing om de bevreemding van medewerkers te vergroten is door ziekenhuisbestuurders bewust te maken van het feit dat hun medewerkers op één staan. Door te realiseren dat het personeel van onschatbare waarde is zullen bepaalde strategische beslissingen die in het belang van de medewerkers zijn gemakkelijker gemaakt kunnen worden. In onderstaande quote wordt hier een voorbeeld van gegeven.

‘Gratis parkeren voor medewerkers, wat we hier bieden, is een bewuste keuze. Elk jaar met de begrotingsronde suggereren managers dat het afgeschaft moet worden vanwege de kosten. Ik pleit ervoor dat dit een strategische doelstelling blijft, omdat het de waardering voor onze medewerkers toont.’ (Expert 4)

Gezamenlijke visie en herstructureren van de organisatie.

Experts geven aan dat het nodig is om een gezamenlijke visie te hebben, wat zorgt voor professionalisering van de organisatie. Vanuit die gezamenlijke visie zou het ziekenhuis anders ingericht moeten worden. Zoals het nu in de meeste ziekenhuizen is ingericht vanuit de verschillende specialismen is inefficiënt. Voor de in toenemende mate complexere patiënten moeten specialisten elkaar continu in consult vragen (zoals in bovenstaande hoofdstuk is uitgelegd). Een voorbeeld om dit anders in te richten zijn de geriatrische trauma-units, waar geriatrische patiënten na een fractuur worden opgenomen. Van oudsher lagen deze patiënten op de orthopedische afdeling, terwijl de zorg voor deze vaak complexe patiënten veel meer de expertise van de geriater is. Om een dergelijk project te laten slagen is het belangrijk om ook goede financiële afspraken te maken over de samenwerking.

Uit onderzoek van een van de experts zelf blijkt echter wel dat medisch specialisten zich wel sterk identificeren met hun eigen specialisme, dus in het kader van verbondenheid is het belangrijk dat bij

het reorganiseren van afdelingen medisch specialisten verbinding houden met zijn of haar collega's van het eigen specialisme.

Administratieve lasten verlagen

Naast het herorganiseren van de ziekenhuizen, zijn experts het er unaniem over eens dat de administratieve lasten omlaag moeten. Niet alleen wordt het werkplezier vergroot, het verlagen van de administratie kan ook capaciteit creëren. Als de administratieve taken van medisch specialisten van 40% zouden kunnen worden teruggebracht naar bijvoorbeeld 10%, hebben zij 30% meer tijd voor andere werkzaamheden. Veel administratieve taken behelzen het vastleggen van gebeurtenissen en het afleggen van verantwoording over de patiëntenzorg. Technologische oplossingen, zoals het opnemen en transcriberen van gesprekken in de spreekkamer, kunnen hierbij een waardevolle rol spelen.

Productiedruk

De hoge werkdruk in de ziekenhuizen wordt deels veroorzaakt door de productienormen die jaarlijks behaald moeten worden. Veel experts gaven aan dat deze productieprikkel de bevoegheid van medisch personeel negatief beïnvloed.

Over de oplossingen voor deze productieprikkel liepen de meningen van experts uiteen. Sommige experts gaven aan dat de sterke drang naar efficiëntie in het ziekenhuis getemperd moet worden en dat het belang van het menselijk contact tussen patiënten en artsen een essentieel onderdeel is van het werk waar in de rekenmodellen rekening mee moet worden gehouden. Sommige experts, voornamelijk uit de academie, pleitten voor het afschaffen van financiële prikkels en ondersteunen het idee om medisch specialisten in loondienst te nemen. Hoewel ook in centra waar artsen in loondienst werken productiedruk bestaat, wordt dit anders ervaren door de verschuiving van verantwoordelijkheden en het feit dat het niet direct invloed heeft op het salaris van medisch specialisten zelf.

Een andere expert benadrukt dat in een vrijgevestigde situatie een gezonde werkomgeving gecreëerd kan worden, mits er stabiliteit geboden kan worden in de vorm van meerjarige contracten met zorgverzekeraars bijvoorbeeld. Het is cruciaal dat artsen zich geen zorgen hoeven te maken over productieverlies en de impact daarvan op hun inkomen. Op individueel niveau lijkt de verhouding van toekomstige generaties artsen met financiën te veranderen en hechten zij minder waarde aan hun inkomen. Volgens experts biedt dit kansen om veranderingen door te voeren.

Samenvatting gesignaleerde knelpunten en voorgestelde oplossingen op organisatorisch niveau

- *Inefficiëntie op de verschillende niveaus in de organisatie leidt tot frustraties.*
- *Het terugbrengen van administratieve lasten, mogelijk met behulp van technologie, kan capaciteit creëren.*
- *Het personeel is de belangrijkste prioriteit voor de organisatie, strategische keuzes moeten in het belang van medewerkers gemaakt worden.*
- *Het helpt om het ziekenhuis in te richten aan de hand van een gezamenlijke visie waarbij efficiëntie van de werkprocessen prioriteit krijgt, zonder de professionele identiteit uit het oog te verliezen. Ook het management en de medisch specialisten moeten elkaar beter vinden.*
- *De mogelijkheden om de productiedruk te verlagen zouden geëxploreerd moeten worden (loondienst, of meerjarige contracten). Het belang van transparante financiën werd genoemd.*

Op nationaal niveau: gesignaleerde knelpunten

Alhoewel de nadruk in de interviews met experts voornamelijk lag op het individuele en organisatorische niveau, werd ook op nationaal niveau knelpunten gesignaleerd, welke hieronder zijn uitgelegd.

Kwaliteit

Een aantal experts uit het veld vond dat vanuit kwaliteitsperspectief de bevlogenheid van medisch specialisten essentieel is. Voor een zorgsysteem van goede kwaliteit zijn competente mensen nodig. Hoe groter het werkplezier van de professionals is, hoe beter de geleverde zorg. Experts stellen dat wanneer het systeem niet optimaal werkt voor de zorgprofessionals, de primaire missie van het zorgsysteem, namelijk het leveren van kwalitatief goede zorg, faalt. En hier zijn alle niveaus medeverantwoordelijk voor.

‘Het feit dat mensen uitvallen of de zorg verlaten moet gezien worden als het falen van het systeem.’ (Expert 8)

De impact van overkoepelende organisaties

In dit onderzoek werden experts van overkoepelende organisaties (zoals FMS en beroepsverenigingen) en vanuit het ministerie van VWS geïnterviewd om ook de visie op landelijk niveau toe te lichten. Vanuit de overkoepelende organisaties werd aangegeven dat alleen vanaf een afstand zorgprofessionals gestimuleerd kunnen worden tot verandering, daar zij geen implementatie mogelijkheden hebben. De experts vanuit het ministerie van VWS gaven aan dat het stimuleren van de bevlogenheid van medisch specialisten (of de zorgprofessionals) niet primaire hun verantwoordelijkheid was.

*‘Als je het hebt over wat VWS daar echt doet met het verbeteren van het welzijn van professionals? Concreet niet zo veel. [...] Dat is historisch gezien iets van de sector zelf. Dat gezegd hebbende, als je constateert dat er problemen zijn op dat gebied kun je natuurlijk niet zeggen van we doen het alsof er niets aan de hand is, maar onze mogelijkheden zijn wel beperkt’
(Expert 1, vanuit VWS)*

Ook gaven de experts van het ministerie van VWS aan dat als de politiek hen zou verzoeken om een specifiek beleid door te voeren, hoe groot dit ook is, zij uiteindelijk zullen volgen. Ook zij zijn onderdeel van het systeem en kaders waarin zij kunnen handelen.

Op nationaal niveau: voorgestelde oplossingen

Een beweging

De experts van het ministerie van VWS en de overkoepelende instanties gaven aan dat hun doel voornamelijk is om een beweging op gang te brengen. Ook zijn zij bezig met onderzoeken hoe overkoepelende organisaties meer impact kunnen maken met bijvoorbeeld hun visiedocument.

‘Mensen een avond enthousiast krijgen voor een beweging is niet moeilijk, mensen vervolgens bewegen om stapjes in de goede richting te zetten, dat is uitdagend en dat kost tijd.’ (Expert 5)

Ook al is het onderwerp geen direct onderdeel van de beleidsplannen van VWS, wordt het ministerie van VWS gezien als een facilitator die indirect bijdraagt aan het welzijn van de zorgprofessionals. Dit wordt gedaan door bijvoorbeeld te investeren in het toegankelijker maken van elektronische patiëntendossiers of te ondersteunen in het ontwikkelen van innovatie. Ook met het IZA (2022) wordt indirect bijgedragen aan het verbeteren van de bevoegdheid van medewerkers. Door meer samen te werken in de regio en de concentratie van zorg te stimuleren, wil het ministerie van VWS met het IZA akkoord onder andere ook het capaciteit probleem van zorgprofessionals oplossen.

Samenvatting gesignaleerde knelpunten en voorgestelde oplossingen op nationaal niveau

- *Een onderdeel van goede kwaliteit van zorg zijn competente zorgprofessionals. Het systeem faalt als dat niet op orde is.*
- *Op nationaal niveau richten de overheid en de overkoepelende organisaties zich met name op het in gang brengen van een beweging.*

Deel 2: Resultaten per deelvraag

4.5. Overzicht van de resultaten per deelvraag

In bovenstaande hoofdstukken (4.1 tot 4.4) zijn alle verzamelde data samengevat per onderzoeksmethode. Aan de hand van deze bevindingen uit de literatuur, de focusgroepen, de hackathon en de interviews, zullen in de onderstaande alinea's de belangrijkste bevindingen worden besproken per deelvraag, zodat uiteindelijk deze deelvragen en hoofdvraag beantwoord kunnen worden.

4.5.1. Deelvraag 1

Welke factoren uit de werkomgeving dragen positief (energiebronnen) dan wel negatief (stressoren) bij aan de bevoegdheid van medisch specialisten?

Voor de artsen uit het onderzoek waren de belangrijkste energiebronnen: de collega's, de inhoud van het werk en het patiëntencontact. Voor de stressoren waren de werkomstandigheden in het bijzonder de hoge werkdruk en de inhoud van het werk de meest genoemde aspecten, evenals onvoldoende persoonlijke ontwikkeling, met name persoonlijke onzekerheden. De antwoorden bij de energiebronnen waren zeer unaniem terwijl bij de stressoren er meer diversiteit in de genoemde factoren was. Zowel de energiebronnen als de stressoren waren in lijn met de tien geïnccludeerde studies uit het literatuuronderzoek.

Zoals in hoofdstuk 3 besproken, zijn alle subthema's die ontstaan zijn na het categoriseren van de energiebronnen en stressoren, ingedeeld in kruistabellen aan de hand van de kernbegrippen van het conceptueel model. In tabel 7 en 8 zijn deze resultaten weergegeven. Zowel voor de energiebronnen als de stressoren, waren de sociale en organisatorische contexten van de werkomgeving van invloed. De fysieke context van het ziekenhuis leek geen significante rol te spelen. Daarnaast beïnvloedden de energiebronnen en stressoren de drie fundamentele behoeften van bevoegdheid: competentie,

verbondenheid en autonomie. Energiebronnen concentreerde zich hoofdzakelijk op de aspecten 'competentie' en 'verbondenheid', terwijl de meeste stressoren gerelateerd waren aan 'autonomie', en in mindere mate aan 'competentie'.

Bevlogenheid	Energiebronnen		
	Werkomgeving		
	Fysiek	Sociaal	Organisatorisch
Autonomie		Persoonlijke ontwikkeling (n=5) Leer- en werkklimaat (n=8)	Inrichting van het werk (n=12)
Competentie			Werkinhoud (n=33) Inhoudelijke ontwikkeling (n=13)
Verbondenheid		Collega's (n=35) Patiënten (n=19) Begeleiding geven/krijgen (n=7)	

Tabel 7: Hoofdthema's van energiebronnen ingedeeld aan de hand van de begrippen uit het conceptueel model.

Bevlogenheid	Stressoren		
	Werkomgeving		
	Fysiek	Sociaal	Organisatorisch
Autonomie		Persoonlijke onzekerheden (n=18) Perspectief (n=4) Ruimte voelen om te leren (n=3)	Invloed op werkprocessen (n=6) Personele bezetting (n=8) Hoge werkdruk (n=17) Secundaire arbeidsvoorwaarde (n=6)
Competentie		Inhoudelijke ontwikkeling (n=2)	Werkinhoud (n=26)
Verbondenheid		Patiënten (n=7) Collega's (n=9) Samenwerking management (n=10) Begeleiding geven/krijgen (n=4)	

Tabel 8: Hoofdthema's van stressoren ingedeeld aan de hand van de begrippen uit het conceptueel model.

4.5.2. Deelvraag 2

Hoe variëren deze factoren per loopbaanfasen?

Alhoewel in grote lijnen alle deelnemers vergelijkbare behoeftes aangaven, werden er ook verschillen per loopbaanfase gezien. De belangrijkste verschillen werden met name voor de stressoren gezien. Zowel de experts als de deelnemers uit de focusgroepen benadrukken het belang van wederzijds begrip en respect tussen de verschillende loopbaanfasen. In onderstaande alinea's worden de belangrijkste verschillen per loopbaanfase samengevat.

Zowel tijdens de focusgroepen als tijdens de hackathon kwam naar voren dat coassistenten behoefte hebben aan een prettige leeromgeving met voldoende kaders en steun. De aangedragen oplossingen tijdens de hackathon gaan allen over het intensiveren van de persoonlijke en vakinhoudelijke begeleiding van de werkzaamheden van anios, de functie die doorgaans de volgende stap is in de loopbaan van de coassistenten.

Voor de a(n)ios was de meest opvallende uitkomst het feit dat zij het gevoel hadden dat zij altijd perfect moesten functioneren. De druk die zij ervaren, opgelegd door henzelf of door de omgeving (in hun ogen), maakt dat zij een grote verantwoordelijkheid voelen. Met de huidige banenmarkt en de voorbeelden van jonge klaren die werkeloos thuis zitten, een mogelijk voorland voor de huidige aios, voelt het wellicht voor hen dat alleen de allerbeste zijn goed genoeg is.

Voor de jonge klaren is het banenperspectief de meest ingrijpende stressor. Na zes jaar geneeskunde studie, vaak een paar jaar werkzaamheid als anios of promovendus en vervolgens zes jaar opleiding tot specialist, is het schijnend om te zien dat zij weer in een functie komen met veel onzekerheden waarbij zij niet het gevoel hebben onderdeel te zijn van het team. Al een aantal jaar wordt veel aandacht besteed aan 'de jonge klaren problematiek' maar tot op heden zonder baanbrekend succes.

Voor de senior medisch specialisten waren er relatief weinig aanvullende energiebronnen. Wel gaven zij aan als belangrijkste punt van aandacht het gevoel te hebben dat ze vastzitten in het systeem. Dit komt overeen met het knelpunt aangedragen door de experts dat medisch specialisten de regie kwijt zijn over hun werkzaamheden buiten de patiëntenzorg.

Samenvattend is er variatie tussen de verschillende loopbaanfases, met name wat betreft de stressoren en wordt de variatie niet op hoofdthema's gezien maar in specifieke onderdelen. De belangrijkste stressoren van coassistenten en de a(n)ios hebben te maken met de sociale context van de werkomgeving (de leeromgeving en de druk om perfect te presteren). De jonge klare en de senior medisch specialisten leggen meer de nadruk op de organisatorische context (banenperspectief en vastzitten in het systeem). Deze variaties geven aan dat elke loopbaanfase eigen uitdagingen kent die aandacht vereisen en zodoende ook op maat gemaakte oplossingen. Deze verschillen kunnen echter ook gezien worden als kansen om het systeem te verbeteren.

4.5.3. Deelvraag 3

Welke interventies uit de werkomgeving dragen positief bij aan de bevlogenheid van medisch specialisten?

In deze deelvraag zullen per niveau de belangrijkste gesignaleerde knelpunten en oplossingen worden samengevat aan de hand van de opgehaalde data in de verschillende onderzoeksmethoden (focusgroepen, hackathon en experts).

Op individueel niveau

In de gevoerde gesprekken werden zorgen geuit over de huidige bevlogenheid van artsen en de toekomstbestendigheid van het werk. Een oorzaak hiervoor wat regelmatig werd genoemd is het verlies van focus op de kernactiviteit de patiëntenzorg. Door inefficiënte werkprocessen en hoge administratieve werklasten wordt veel tijd besteed aan randzaken. Daarnaast leidt het gefragmenteerde werken tot een nooit eindigend gevoel van werk en geeft stress. In het algemeen, ervaren artsen een gebrek aan regie over hun werk(omstandigheden), met name buiten de spreekkamer. Een potentieel

gevolg hiervan is dat ze 'quiet quitters' worden zoals genoemd wordt door een van de geïnterviewde experts: ze zoeken naar uitwegen buiten de directe patiëntenzorg om de balans te kunnen houden.

Op individueel niveau werden de volgende oplossingen voorgesteld:

- (1) Zowel in de focusgroepen als tijdens de interviews werd benadrukt dat de functie van medisch specialisten een bredere functie is dan alleen het verlenen van patiëntenzorg. Medisch specialisten moeten de regie (terug)nemen over hun werkzaamheden, waarbij zij zich moeten afvragen wat zij nodig hebben om hun vak goed te kunnen uitoefenen. Ook is het belangrijk dat zij tijdens de opleiding voldoende worden voorbereid op deze bredere rol.
- (2) Om medisch specialisten gemotiveerd en scherp te houden wordt afwisselend werk aangeraden wat ook regelmatig buiten hun comfortzone moet liggen, ondanks het feit dat dit in contrast staat met de traditionele opvattingen over zorgkwaliteit die ervaring en routine benadrukken. Daarnaast zou meer aan taakdifferentiatie gedaan kunnen worden aan de hand van loopbaanfase en/of persoonlijke eigenschappen. Er moet voldoende tijd en ruimte zijn om hier over te reflecteren.
- (3) De professionele ontwikkeling van medisch specialisten is net zo belangrijk als hun vakinhoudelijke ontwikkeling. Met behulp van evidence-based interventies zoals coaching kunnen zij hierin worden begeleid. Het is verstandig om cyclisch de balans op te maken aan de hand van degelijke monitoring.
- (4) Er moet 'out-of-the box' worden gedacht. Om dit te stimuleren kunnen evaluatie bijeenkomsten met het hele team op reguliere basis helpend zijn. In deze evaluatiesessies zou ook gekeken kunnen worden naar taakdifferentiatie om zo de talenten optimaal te benutten.

Organisatorisch niveau

Op organisatorisch niveau werden ook knelpunten gesignaleerd, waarbij met name naar voren kwam dat het werk niet altijd efficiënt ingericht is. Op organisatorisch niveau werken het managementapparaat en het medisch specialistisch bedrijf vaak langs elkaar heen. Dit gebrek aan coördinatie en samenwerking binnen het ziekenhuis vermindert de slagkracht en leidt tot frustraties. Ook op de werkvloer leidt het verzuilingssysteem tot veelvuldig inefficiënt overleg en vertraging in de zorgprocessen. Daarnaast zijn de administratieve lasten hoog, deze deels ook door de medisch specialisten zelf opgelegd vanuit een behoefte aan zekerheid. De cultuur binnen de organisatie is kenmerkend, waarbij thema's als inclusiviteit, gezag erkennen en veranderende status van de medisch specialisten aan bod kwamen.

De voorgestelde oplossingen zijn in de volgende punten weergegeven:

- (1) Het personeel is de belangrijke prioriteit voor de organisatie, strategische keuzes moeten in het belang daarvan gemaakt worden.
- (2) Vanuit een gezamenlijke visie moet het ziekenhuis ge(re)organiseerd worden, waarbij het optimaliseren van de werkprocessen en het verlagen van de administratieve lasten de belangrijkste prioriteiten zijn.
- (3) Alle (onbezoldigde) neventaken van medisch specialisten moeten inzichtelijke zijn zodat het werk goed verdeeld kan worden (zie ook punt over taakdifferentiatie). Dit biedt wellicht ook mogelijkheden voor het aannemen van nieuwe collega's (jonge klaren).
- (4) De jonge klaren en de anios zijn kwetsbare fases in de loopbaan van medisch specialisten. Deze fases moeten beter begeleid worden, zoals bijvoorbeeld door het opzetten van traineeships zoals voorgesteld door de coassistenten van de hackathon. Voor de jonge klaren is het belangrijk dat het banenperspectief verbetert om het vak toekomst bestendig te houden.

- (5) De financiële onderstroom is ook in het ziekenhuis aanwezig en is niet altijd transparant. Een stabiele en duidelijke financiële situatie geeft rust en de kans om de organisatie te professionaliseren. Ook de sterke productiedruk en de eindeloze efficiëntiedrift zijn onderwerpen die verder geëxploreerd moeten worden. Oplossingen zoals het afsluiten van meerjarige contracten met zorgverzekeraars of alle medisch specialisten in loondienst zouden hieraan kunnen bijdragen.

Nationaal niveau

Op nationaal niveau moet de grote uitstroom en uitval van zorgpersoneel gezien worden als het falen van het systeem. De bevoegenheid van medisch specialisten wordt gezien als cruciaal voor het leveren van kwalitatief goede zorg.

Ondanks het feit dat de overheid en andere overkoepelende organisaties geen implementatie mogelijkheden hebben, dragen zij wel een medeverantwoordelijkheid als het gaat om de kwaliteit van zorg. VWS ziet het bevorderen van bevoegenheid van het zorgpersoneel niet als hun directe verantwoordelijkheid, maar als iets dat traditioneel bij de zorgsector zelf ligt.

De volgende belangrijke oplossing die werd aangedragen op nationaal niveau:

- (1) Landelijke organisaties of de overheid zijn, ondanks beperkte implementatie mogelijkheden, medeverantwoordelijk. Zij moeten hun rol als facilitators oppakken en de beweging stimuleren door goede voorbeelden te verspreiden en innovatie te ondersteunen.

Samenvattend worden op elk niveau knelpunten gesignaleerd en aanpassingen aanbevolen, waarbij de nadruk ligt op interventies die zowel gericht zijn op de individuele medisch specialisten als op de organisaties. Op individueel niveau moet de nadruk liggen op de brede rol die medisch specialisten moeten vervullen en het belang van hun professionele ontwikkeling. Op organisatorisch en nationaal niveau moet bewustzijn worden gecreëerd dat bevoegen medewerkers essentieel zijn voor het leveren van goede kwaliteit van zorg.

4.5.4. Deelvraag 4

Wie is aan zet?

Om deze complexe uitdaging op te lossen is een multifactoriële aanpak vereist. Echter hebben de experts maar ook de senior medisch specialisten in de focusgroepen het gevoel dat niemand de daadwerkelijke doorzettingsmacht heeft, waardoor veranderingen langzaam gaan. Toch lijkt een aanpak op verschillende niveaus de enige oplossing en pleitten de respondenten voor een gedeelde verantwoordelijkheid met zowel de overheid en medisch specialisten, als de beroepsgroepen, zorgverzekeraars en de inspectie. Dit vraagt om intensieve samenwerking tussen verschillende partijen en een verantwoordelijkheid die verder reikend dan wellicht in eerst instantie gedacht werd.

Hoofdstuk 5: Conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit laatste hoofdstuk wordt een algemene conclusie geformuleerd gebaseerd op de bevindingen van hoofdstuk 4. Vervolgens volgen de discussie en de aanbevelingen, en zal de thesis afgesloten worden met een persoonlijke reflectie van de onderzoeker zelf.

5.1. Conclusie

Door het beantwoorden van de deelvragen, uiteengezet in hoofdstuk 4 en samengevat in tabel 9 van dit hoofdstuk, wordt de centrale onderzoeksvraag geadresseerd: Hoe kan de werkomgeving de bevlogenheid van medisch specialisten in de verschillende fases van hun loopbaan positief beïnvloeden?

Allereerst werd onderzocht welke factoren van invloed waren op de bevlogenheid van medisch specialisten. Hieruit blijkt dat de factoren die het meest van invloed zijn komen uit de organisatorische context (zoals de inhoud van het werk en de hoge werkdruk) en de sociale context (zoals het contact met collega's of patiënten). De fysieke context lijkt weinig bij te dragen. De meeste energiebronnen hadden betrekking op de aspecten 'competentie' en 'verbondenheid' van bevlogenheid, terwijl veel stressoren juist gerelateerd waren aan het aspect 'autonomie'.

Tussen de verschillende loopbaanfases zijn veel overeenkomsten geïdentificeerd maar in het bijzonder voor de stressoren waren er per loopbaanfase verschillen. Zo vinden de coassistenten en a(n)ios de sociale aspecten belangrijk (werkklimaat en ruimte voor persoonlijke ontwikkeling) terwijl voor de jonge klaren en de senior medisch specialisten de aandacht meer gericht is op de organisatorische context (banenperspectief en organisatie van het systeem). Deze verschillen per loopbaanfase vereisen een gerichte aanpak om bevlogenheid te bevorderen gedurende de gehele medische carrière maar kunnen ook juist gezien worden als kansen voor verdere ontwikkeling van het systeem.

De voorgestelde interventies in het tweede deel van het onderzoek waren het meest bijdragend voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Gezien de complexiteit van de problematiek wordt een multifactoriële aanpak aanbevolen en vraagt dit een intensieve samenwerking tussen de verschillende niveaus. De concrete interventies voorgesteld in dit onderzoek omvatten voornamelijk individuele en organisatorische aanpassingen. Op individueel niveau ligt de focus op het stimuleren van medische specialisten om zich te ontwikkelen tot leiders die niet alleen vakinhoudelijke experts zijn, maar ook actief bijdragen aan het optimaliseren van het gezondheidssysteem. Op organisatorisch en nationaal niveau is het essentieel om te erkennen dat zorgprofessionals een centrale rol spelen in het primaire zorgproces. Hierdoor is hun optimale functioneren essentieel voor het waarborgen van de kwaliteit van zorg. Deze erkenning zou strategische besluitvorming binnen organisaties en op nationaal niveau moeten sturen ten gunste van het zorgpersoneel.

Al me al heeft dit onderzoek interventies voorgesteld uit de werkomgeving die bijdragen aan het vergroten van de bevlogenheid van medisch specialisten. Het vergroten van de autonomie als belangrijkste stressor vereist bijzondere aandacht, evenals de waargenomen specifieke variaties tussen de verschillende loopbaanfases. Alle voorgestelde interventies zijn gericht op het stimuleren van een gevoel van (mede)verantwoordelijkheid op alle niveaus. Het beseft moet groeien dat investeren in de zorgprofessionals betekent ook een investering in de kwaliteit van zorg en in de houdbaarheid van het zorgsysteem.

Deel 1: Factoren uit de werkomgeving		
Deelvraag 1:	<u>De belangrijkste energiebronnen:</u>	<u>De belangrijkste stressoren:</u>
Energiebronnen en stressoren	• Collega's • Inhoud van het werk ○ Afwisselend werk ○ Uitdagende casuïstiek • Patiënten • Professionele ontwikkeling	• Werkomstandigheden ○ Hoge werkdruk • Inhoud van het werk ○ Administratieve lasten ○ Randzaken • Persoonlijke ontwikkeling ○ Persoonlijke onzekerheden
Alle factoren hebben betrekking op de organisatorische en sociale context van de werkomgeving		
Deelvraag 2:	Veel overeenkomsten, enige nuances (met name stressoren)	
Variatie per loopbaanfase	<u>Coassistenten</u> • +: Veilige leeromgeving • -: Continue aanpassen aan nieuwe omgeving -: Onduidelijke verwachtingen van nieuwe plek -: Continue gevoel beoordeeld te worden <u>A(n)ios</u> • +: Veilige leeromgeving + : Goed geregelde werkprocessen/logistiek • -: Veel bezig zijn met randzaken, logge organisatie -: Gevoel perfect te moeten presteren <u>Jonge klaren</u> • +: Gevoel kundige te zijn + : Vaste parttime dag hebben • -: Banenperspectief <u>Senior medisch specialisten</u> • +: Inkomen en zich nuttig voelen • -: Samenwerken met management -: Druk voor efficiëntie -: Gevangen in het systeem	
Deel 2: Oplossingen		
Deelvraag 3:	<u>Individueel niveau</u>	
Interventies	• Medisch specialist is een bredere functie, belang van opleiden • Stimuleren van afwisselend werk • Belang van professionele ontwikkeling (= gelijk aan vakinhoudelijke ontwikkeling) • Het talent benutten doormiddel van taakdifferentiatie • Out-of-the box denken en boegbeelden nodig voor transformatie <u>Organisatorisch niveau</u> • Strategische keuzes in het belang van het personeel • Gezamenlijke visie met verbeteren van de werkprocessen/administratieve lasten • Transparante en stabiele financiële situatie geeft ruimte voor innovatie <u>Nationaal niveau</u> • Ondanks beperkt implementatie mogelijkheden, medeverantwoordelijkheid in het stimuleren van beweging	
Deelvraag 4:	Gezamenlijke verantwoordelijkheid vereist op alle niveaus en multifactoriële aanpak, met intensieve samenwerking	
Niveau van interventie		

Tabel 9: Overzicht van de belangrijkste conclusies per deelvraag

5.2. Discussie

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek in een brede context geplaatst en wordt onderzocht hoe de data bijdragen aan de wetenschappelijke kennis. Tevens zullen de sterke en zwakke punten van het onderzoek worden belicht en zal er een reflectie plaatsvinden op het conceptuele model.

5.2.1. Reflectie op het onderzoek in een bredere context

Deze thesis geeft een overzicht van de belangrijkste energiebronnen en stressoren van een groep gynaecologen/artsen in verschillende fases van hun carrière. Vervolgens zijn er ook oplossingen uit de werkomgeving voorgesteld om de bevlogenheid van medisch specialisten te vergroten.

De genoemde energiebronnen onder de respondenten waren opvallend uniform: bijna alle respondenten noemden de samenwerking met collega's en de inhoud van het werk in hun top-3. Deze eensgezindheid benadrukt dat de behoeften van artsen duidelijk zijn. De factor 'samenwerking met collega's' sluit aan bij eerdere literatuur (Mc Kinley et al. 2022, Karadzinska et al. 2014, Babal et al. 2024, Starmer et al. 2016). Zo concludeert Nederlands onderzoek onder medisch specialisten en aios dat de samenwerking met collega's een substantiële bijdrage levert aan bevlogenheid (Solms et al., 2019; Debets et al., 2022). Ook in theoretische modellen met vooraf gedefinieerde thema's wordt de samenwerking met collega's bijna altijd als een belangrijke factor geïntegreerd (Zhang et al. 2021), zoals in het model van Shanafelt (2017). De 'inhoud van het werk' is ook een terugkerend thema, maar wordt in de literatuur verschillend benaderd. Zo spreekt het model van Shanafelt (2017) over 'meaning in work' (betekenisvol werk), terwijl in de zelfdeterminatietheorie competentie wordt omschreven als 'het gevoel bekwaam te zijn en effectief te kunnen handelen in de situatie' (Deci & Ryan 1985). Deelnemers uit de focusgroepen in deze thesis gaven aan voornamelijk energie te krijgen van de 'variatie in het werk' en 'de inhoudelijke casuïstiek'. Bij het aandragen van oplossingen is het belangrijk aandacht te besteden aan deze nuances.

Ongeacht de gehanteerde definitie suggereren bovengenoemde conclusies dat artsen vooral bevlogen blijven door zich bezig te houden met patiëntenzorg (aspect 'competentie') en door omringd te zijn door prettige collega's (aspect 'verbondenheid'). Een belangrijke analyse van de experts in deze thesis stelt echter dat het vak van medisch specialisten breder is dan alleen het vakinhoudelijke werk. Experts geven aan dat medisch specialisten zich ook medeverantwoordelijk moeten voelen voor de werkprocessen in hun organisatie en dat zij de regie over hun werkomstandigheden terug moeten pakken. Door mee te beslissen wordt hun zeggenschap vergroot en hun gevoel vast te zitten in de keten verkleint. Dit leidt uiteindelijk tot een groter gevoel van autonomie. De vraag rijst of medisch specialisten (of misschien wel zorgmedewerkers in het algemeen) hier behoefte aan hebben gezien de geïdentificeerde energiebronnen.

Wanneer gekeken wordt naar mogelijke stressoren wordt echter wel duidelijk dat specialisten behoefte hebben aan meer autonomie. Hoewel meer autonomie misschien niet als belangrijkste energiebron wordt genoemd is het gebrek daaraan wel de grootste stressor. Voorbeelden die genoemd worden zijn de beperkte invloed binnen de organisatie, de hoge werkdruk en suboptimale werkprocessen, die tezamen niet bevorderlijk zijn voor het gevoel van autonomie. Doordat medisch specialisten ervaren dat ze geen invloed hebben lopen ze het risico om af te haken waardoor er een negatieve spiraal ontstaat. Vanuit de zelfdeterminatietheorie wordt aangemoedigd om te streven naar het gelijkmatig

vervullen van de drie basisbehoeften om de kans op bevlogenheid te vergroten, waardoor we kunnen stellen dat dit thema wel degelijk aandacht behoeft (Deci & Ryan 1985). Daarnaast is het belangrijk op te merken dat energiebronnen en stressoren dynamisch zijn en afhankelijk van de context kunnen wisselen. Een bepaalde factor kan functioneren als een energiebron wanneer aanwezig, maar kan veranderen in een stressor wanneer afwezig.

Het vergroten van de autonomie is een uitdaging in het huidige, complexe zorgsysteem. Door de jaren heen, met de ontwikkeling van het managementsysteem, is de rol van de arts veranderd, of zoals een expert en tevens medisch specialist in dit onderzoek zei: *‘de regie buiten mijn spreekkamer is mij afgepakt’*. Gedreven door de behoefte aan efficiëntie maar ook aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg, zijn in de jaren '80 en '90 de managementstructuren in de ziekenhuizen geprofessionaliseerd. Ook de introductie van gereguleerde marktwerking in 2006 zorgde voor verdere ontwikkeling van het managementsysteem (Bertens & Palmer 2021). Hierdoor zijn het managementapparaat en het medisch specialistisch apparaat afzonderlijk van elkaar gaan ontwikkelen, met als gevolg dat beide werelden uit elkaar zijn gegroeid. Om deze twee werelden weer bij elkaar te brengen is het concept van duaal management geïntroduceerd waarbij zowel een medisch specialist als een manager de leiding krijgen over een afdeling. Om een dergelijke structuur te laten slagen, krijgen de principes van ‘gedeeld leiderschap’ de laatste jaren in toenemende mate aandacht in de zorg. De definitie van gedeeld leiderschap uit de oratie van van der Scheer (2023) vat het concept mooi samen: *‘Gedeeld leiderschap is een vorm van leiderschap waarbij met velen wordt samengewerkt aan vraagstukken die verder reiken dan ieders eigen primaire verantwoordelijkheid. Dat vraagt wel dat partijen a. die verantwoordelijkheid voelen en b. erkennen dat er meerdere invalshoeken en kennisbronnen nodig zijn’*(p.7).

Om de principes van gedeeld leiderschap succesvol te implementeren is het cruciaal dat alle partijen hier bewust van zijn. Ook de medisch specialisten moeten zich bewust zijn van hun rol hierin en hier vervolgens ook naar handelen. Dit bewustzijn dient al vanaf het begin van hun studie of opleiding aandacht te krijgen. Momenteel worden geneeskundestudenten en aios in de meeste vervolgoopleidingen in Nederland competentiegericht opgeleid, waarbij de CanMEDS-competenties het meest gebruikt worden. De CanMEDS (2005), afkomstig uit Canada en staande voor Canadian Medical Education Directives for Specialists, omvatten zeven dimensies die elke student/arts-assistent moet beheersen om de opleiding succesvol af te ronden. Hoewel bredere dimensies zoals maatschappelijk handelen, organisatie, samenwerking en communicatie allen worden behandeld, blijken deze in sommige opleidingsplannen, zoals die van gynaecologie, vooral teruggebracht worden tot competenties die direct toepasbaar zijn op de werkvloer.

Tot slot is het opmerkelijk dat noch de factoren uit de werkomgeving, noch de voorgestelde oplossingen in het onderzoek de fysieke context van de werkomgeving behandelen. Maar één groep coassistenten heeft tijdens de hackathon de fysieke context benoemd; zij gaven aan behoefte te hebben aan meer daglicht en betere faciliteiten voor sportactiviteiten onder werktijd. Hoewel de meeste deelnemers het belang van een goede fysieke werkomgeving waarschijnlijk zullen onderstrepen, blijkt uit dit onderzoek dat de belangrijkste prioriteiten momenteel elders liggen. Desalniettemin tonen studies aan dat een gezonde werkomgeving met voldoende daglicht en waarbij voldoende lichaamsbeweging en gezonde voeding worden gestimuleerd bijdraagt aan het welzijn van medewerkers en hun bevlogenheid (Kiema-Junes et al. 2022; Nishi et al. 2017). Ook al heeft dit in dit onderzoek geen aandacht gekregen, is het wel belangrijk om deze fysieke aspecten van de werkomgeving niet uit het oog te verliezen.

5.2.2. Reflectie op conceptueel model en evaluatie doelstelling

Het conceptuele model dat in hoofdstuk 2.3 werd gepresenteerd, heeft effectief bijgedragen aan het beantwoorden van de eerste deelvraag van het onderzoek die betrekking had op de energiebronnen en stressoren. Echter, voor het tweede deel van de onderzoeksvraag dat zich richtte op de oplossingen bleek het model te beperkt. Hoewel de term 'werkomgeving' zoals gebruikt in het model, een brede definitie kent, is er in het model onvoldoende rekening gehouden met de context, de niveaus van interventies en de actoren, die allen een belangrijke rol speelde bij het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Voor toekomstig onderzoek zou een model waarin deze elementen zijn geïntegreerd, beter geschikt zijn.

Desondanks heeft dit onderzoek een bijdrage geleverd aan de doelstelling zoals geformuleerd in hoofdstuk 2 en zijn de hoofdvraag en deelvragen beantwoord. Er blijven echter nog onbeantwoorde vragen die verder geëxploreerd zouden kunnen worden, zowel vanuit wetenschappelijk perspectief als vanuit de praktijk. Dit zal besproken worden in hoofdstuk 5.2.4.

Generaliseerbaarheid kan op meerdere manieren worden bekeken (Mortelman 2020, p.477). De samenstelling van de focusgroepen, bestaande enkel uit gynaecologen, betekent dat de specifieke werkomstandigheden van deze groep mogelijk een invloed hebben gehad op de data. Hierdoor is de representatieve generaliseerbaarheid van de steekproef naar de bredere populatie, zoals Mortelman (2020) beschrijft, twijfelachtig (p.477). Niettemin zijn de experts geïnterviewd over alle medisch specialisten en werden er veel overeenkomsten gezien tussen hun aangedragen oplossingen en die van de gynaecologen. Ook het literatuuronderzoek sloot goed aan op de eigen resultaten. Daarnaast vond een Nederlandse studie over de bevlogenheid van medisch specialisten en aios geen significant verschil tussen de verschillende onderzochte specialismen (interne geneeskunde, neurologie en kindergeneeskunde), wat suggereert dat de bevindingen van dit onderzoek mogelijk breder toepasbaar zijn op andere medisch specialisten binnen het ziekenhuis (Solms et al. 2019). Hoewel het onzeker is of deze conclusie direct op dit onderzoek van toepassing is verstrekt dit de generaliseerbaarheid naar de populatie. Aan de andere kant toont een studie uit Nederland aan dat aios gynaecologie relatief lage burn-out scores hebben in vergelijking met andere specialismen (Prins et al. 2010). Dit kan impliceren dat specialismen met hogere burn-out scores wellicht een andere benadering vereisen, wat de toepasbaarheid van de resultaten van dit onderzoek kan beperken.

Generaliseerbaarheid kan in kwalitatieve studies ook vanuit andere perspectieven bekeken worden (Mortelman 2020). In dit onderzoek is er sprake van inferentiële generaliseerbaarheid, voornamelijk vanwege de diversiteit in datacollectie en de expliciete context die door de experts werd geschetst. Dit leidt ertoe dat in nieuwe situaties voldoende informatie beschikbaar is om overeenkomsten en verschillen te identificeren die de resultaten kunnen beïnvloeden (Mortelman 2020, p. 477). Tot slot is de theoretische generaliseerbaarheid relevant. Het onderzoek steunt op gevestigde theorieën zoals de zelfdeterminatietheorie en het JD-R model, wat de bruikbaarheid van de resultaten binnen deze theoretische kaders verhoogt. Hierdoor kunnen de bevindingen toepasbaar zijn op vergelijkbare situaties waarin deze modellen relevant zijn, zelfs buiten de specifieke context van gynaecologie. Al deze aspecten van generaliseerbaarheid suggereren dat, hoewel de specifieke bevindingen van dit onderzoek met zorg moeten worden toegepast buiten deze onderzoekscontext, er toch waardevolle inzichten kunnen worden verkregen die relevant zijn voor andere situaties.

5.2.3. Sterktes en zwaktes

De methodologische benadering en uitvoering van dit onderzoek kent zowel sterke punten als beperkingen. De kracht van deze studie ligt in de verschillende gebruikte onderzoeksmethoden om de deelvragen en de hoofdvraag te beantwoorden. Aangevangen werd met een (systematisch) literatuuronderzoek waarmee de reeds bestaande wetenschappelijke inzichten getoond werden en het onderzoek binnen de actuele wetenschappelijke context gepositioneerd werd. Vervolgens leverden de focusgroepen persoonlijke inzichten over het onderwerp en middels de hackathon werd op innovatieve wijze aanvullende data verzameld, voornamelijk gericht op de uitdagingen waarmee coassistenten geconfronteerd worden. Alhoewel deze onderzoeksmethode relatief weinig aanvullende data opleverde voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag (zeker in verhouding tot het geven van twee dagen voltijd onderwijs door de onderzoeker), was het toch waardevol om deze specifieke groep te spreken. De coassistenten staan op de drempel van de arbeidsmarkt en verdienen speciale aandacht aangezien zij de collega's van de toekomst zijn. Tot slot gaven de interviews met de experts een breder perspectief op het onderzoeksthema. Hoewel de onderzoeksvraag in theorie beantwoord had kunnen worden met alleen de data uit de focusgroepen gaven de interviews belangrijke aanvullende inzichten en wierpen zij vanuit diverse hoeken een nieuw licht op de problemen en mogelijke oplossingen. Ook vanuit een wetenschappelijk perspectief leidde de verschillende onderzoeksmethoden tot voldoende datatriangulatie.

Het onderzoek kent uiteraard ook beperkingen. Het was interessant geweest om in de focusgroepen data op te halen bij andere medisch specialisten dan alleen gynaecologen. Dit was helaas, gezien de doorlooptijd van het onderzoek, niet haalbaar (zie hoofdstuk 5.2.3: Reflectie op conceptueel model en evaluatie doelstelling). En ander punt is het feit dat de onderzoeker zelf onderdeel uitmaakt van het systeem en werkzaam was bij een van ziekenhuizen die deelnam aan de focusgroepen, waardoor de interpretatie van data, welke de basis vormt van kwalitatief onderzoek, mogelijk beïnvloed wordt door het perspectief van de onderzoeker en haar relatie tot de respondenten. Dit wordt deels ondervangen door een vastgelegde structuur tijdens de focusgroepen en een topic lijst voor de interviews en door het schrijven van het reflectieverslag (zie 5.4: Persoonlijke reflectie), waarin de onderzoeker haar gedachten over het onderwerp deelt.

Een andere beperking betrof de samenstelling van twee van de drie focusgroepen. Deze focusgroepen vonden plaats tijdens het reguliere onderwijs en deelnemers werden niet doelgericht geselecteerd, zoals aanbevolen door Mortelman (2020, p. 179). Een niet geselecteerde focusgroep kan leiden tot niet bijdragende deelnemers of tot deelnemers die zich onveilig voelen. Gezien het verloop van de sessies lijkt dit niet aan de orde te zijn geweest, hoewel dit nooit volledig uitgesloten kan worden. Een andere beperking was de groepsgrootte van de focusgroepen die varieerden van drie deelnemers in focusgroep 3 (door last-minute afzeggingen) tot 23 in focusgroep 1. Hoewel Mortelman (2020) stelt dat met kleine groepen gesprekken kunnen stagneren was dit in focusgroep 3 niet het geval; het gesprek was juist diepgaand, mede doordat de jonge klaren sterk betrokken waren bij het onderwerp. Mortelman (2020) beschrijft dat hoe groter de betrokkenheid van de deelnemers, hoe kleiner het aantal deelnemers dat nodig is (p. 178).

Door de groepsgrootte in focusgroep 1 bestond het risico op lage betrokkenheid. Dit werd effectief opgevangen door een gestructureerde opzet van de sessie, waarbij alle deelnemers uit dezelfde loopbaanfasen bij elkaar zaten, en door het laten opschrijven van hun belangrijkste factoren uit de werkomgeving. Ook vroeg de moderator specifiek aan minimaal één deelnemer uit elke loopbaanfase om bij te dragen aan elk onderwerp. Idealiter zou de groepsgrootte wat beperkter zijn geweest, met name om de deelnemers meer spreektijd te bieden. Aan de andere kant heeft dit ook geleid tot het

verzamelen van veel data. Tot slot vond focusgroep 2 plaats tijdens de krokusvakantie wat leidde tot beperkte aanwezigheid van aios met kinderen in die focusgroep. Hoewel aios met kinderen wel vertegenwoordigd waren in focusgroep 1, zou deze bevinding kunnen verklaren waarom het thema van gebrek aan flexibiliteit onder aios minder sterk naar voren kwam in dit onderzoek in tegenstelling tot eerdere onderzoeken (Boterenbrood et al. 2022).

5.2.4. Bijdrage aan de wetenschap en aanbevelingen vervolgonderzoek

Deze thesis levert een bijdrage aan de wetenschappelijke literatuur over de bevlogenheid van medisch specialisten. Hoewel de bevindingen omtrent factoren uit de werkomgeving geen baanbrekende nieuwe inzichten leverden, bevestigt dit onderzoek de reeds bekende behoeften van medisch specialisten en benadrukt de noodzaak om de aandacht te verschuiven naar de implementatie van veranderingen. Vanuit een wetenschappelijk perspectief biedt deze thesis diverse aanknopingspunten voor toekomstig onderzoek.

Ten eerste, is het essentieel om bij het verzamelen van gegevens van respondenten voldoende ruimte te bieden voor persoonlijke invloeden. Veel onderzoeken en modellen maken gebruik van vooraf gedefinieerde thema's waar respondenten vragen over beantwoorden. Hoewel deze overkoepelende thema's relevant zijn kunnen er binnen de thema's nuances bestaan die significant zijn. In dit onderzoek kwam dit naar voren met de factor 'inhoud van het werk', die op verschillende manieren ingevuld was door de deelnemers. Op basis van het huidige onderzoek, zou voor praktijkonderzoek het verzamelen van data aan de hand van vooraf gedefinieerde categorieën niet geadviseerd worden. Ook wordt in dit onderzoek het belang onderstreept van het interpreteren van de onderzoeksresultaten in het licht van de specifieke omstandigheden van elke praktijksetting. Het artikel van Karadzinska et al (2014) een van de geïncludeerde artikelen vanuit het systematisch literatuuronderzoek, was uitgevoerd in Macedonië. De ondervraagde medisch specialisten uit die studie gaven aan dat een beperkte beschikbaarheid van medische voorraden en een gebrek aan apparatuur een belangrijke stressor voor hen was. Dit is wellicht een extreem voorbeeld maar onderstreept wel het belang om bij het interpreteren van de resultaten rekening te houden met de context.

Verder zou toekomstig onderzoek zich niet alleen moeten richten op artsen maar ook andere zorgprofessionals moeten betrekken, zoals bijvoorbeeld verpleegkundigen. Dit zou een breder inzicht bieden in de diverse ervaringen en behoeften van professionals binnen de gezondheidszorg en bijdragen aan een meer geïntegreerde benadering van werknemerswelzijn en -bevlogenheid.

Ten tweede is er weinig onderzoek verricht over de verschillen en overeenkomsten van de loopbaanfases van medisch specialisten, wat relevant is in het kader van gerichte interventies. Hoewel enkele studies de verschillen tussen medisch specialisten en aios onderzochten (Solms et al. 2019, Alleyne et al. 2021), hebben zij niet de vier loopbaanfases gebruikt. Voor toekomstig onderzoek zou het wellicht interessant zijn om de medische loopbaan nog verder op te delen in bijvoorbeeld vijf of zes fases, waarbij de categorie van arts-assistenten gesplitst wordt in anios en aios en de medisch specialisten in een midden fase (na de jonge klaren periode) en een latere fase voor het pensioen. Eén van de aanleidingen hiervoor was dat experts in de interviews opmerkten dat vooral in de laatste fase van de carrière diensten als zwaar worden ervaren, wat zijn weerslag heeft op het werkplezier, een aspect dat voor jongere medisch specialisten nog niet speelt. In 1979 publiceerde de Amerikaanse psycholoog J.B. Harvey zijn theorie over carrièreontwikkeling (*The Seasons of a Man's Life*), waarin hij stelt dat ongeveer elke zeven jaar een nieuwe fase met kansen en uitdagingen zich voordoet in iemands carrière (Harvey, 1979). Het zou waardevol zijn om deze theorie verder te verkennen om de invloed van loopbaanfases op behoeftes nauwkeuriger te onderzoeken.

Tot slot hebben diverse theoretische modellen, zoals het Stanford WellMD-model, naast werkomgevingsfactoren ook de persoonlijke hulpbronnen van zorgprofessionals geïntegreerd om alle aspecten rondom het individu te bestuderen. Persoonlijke hulpbronnen, zoals emotionele stabiliteit, veerkracht en zelfvertrouwen, spelen waarschijnlijk ook een belangrijke rol in het bevorderen van bevlogenheid. In een latere versie van het JD-R model zijn deze persoonlijke hulpbronnen ook toegevoegd, hoewel er nooit consensus is bereikt over hun exacte plaats in het model, en zijn ze tot op heden op vijf verschillende manieren geïntegreerd. In deze thesis is ervoor gekozen om de focus te leggen op de invloed van de werkomgeving. De beslissing om persoonlijke kenmerken buiten beschouwing te laten was ingegeven door de haalbaarheid van het onderzoek en het feit dat het bestuderen van persoonlijke kenmerken meer binnen het domein van de (arbeids)psychologie valt, wat specifieke expertise vereist. Het onderzoeken van de werkomgeving als strategisch thema past beter binnen de scope van deze thesis. Voor toekomstig onderzoek zou het echter waardevol zijn om zowel de werkomgeving als persoonlijke kenmerken te integreren om een volledig beeld te verkrijgen van alle factoren die de bevlogenheid van artsen beïnvloeden.

Samenvattend zou vervolgonderzoek naar bevlogenheid zich kunnen focussen op het verder onderzoeken van de verschillen en overeenkomsten tussen de diverse loopbaanfasen van medisch specialisten en het integreren van zowel persoonlijke kenmerken als werkomgevingsfactoren. Daarnaast zou het onderzoek zich niet alleen moeten beperken tot medisch specialisten maar ook andere zorgprofessionals moeten omvatten. Hierbij is het essentieel om bij praktijkonderzoek de nuances binnen genoemde thema's te verkennen en de invloed van de context in acht te nemen.

5.3. Bijdrage aan de praktijk en aanbevelingen

Voor de bijdrage van dit onderzoek aan de praktijk kunnen in feite de oplossingen aangedragen in hoofdstuk 4 gebruikt worden. Aangezien een van de doelstellingen van dit onderzoek was om concrete oplossingen aan te dragen zal in dit hoofdstuk aan de hand van de structuur van de niveaus concrete aanbevelingen worden geformuleerd voor medisch specialisten (individueel niveau), bestuurders (organisatorisch niveau) en overkoepelende organisaties en overheid (nationaal niveau).

5.3.1. Concrete aanbevelingen voor medisch specialisten (individueel niveau)

Aan de hand van de bevindingen uit dit onderzoek, zijn enkele concrete aanbevelingen opgesomd voor medisch specialisten.

Breder opleiden

Een eerste aanbeveling is dat medisch specialisten bewust moeten zijn dat hun functie meer inhoudt dan alleen de patiëntenzorg. Breder opleiden is een essentiële strategie om medisch specialisten voor te bereiden op de rol die ze zullen innemen. Al vanaf de studie geneeskunde (of al zelfs bij de selectie) moet hier aandacht aan besteed worden, waarbij bijvoorbeeld de competenties zoals beschreven in het CanMEDS-model worden toegepast in een bredere context dan alleen op de werkvloer. Aios zouden bijvoorbeeld al vroeg in hun opleiding betrokken kunnen worden bij organisatorische aspecten van de afdeling, zouden kunnen deelnemen aan beleidsdagen, en meer opgeleid worden in leiderschapsvaardigheden.

De regie (terug)nemen

In deze bredere rol moeten medisch specialisten zich realiseren dat zij medeverantwoordelijk zijn voor

het systeem en dat zij een aandeel hebben in het vormen van een werkomgeving waarin zij optimaal kunnen functioneren. Dit onderzoek heeft laten zien dat medisch specialisten goed weten wat ze willen, dus de hoop is dat dit onderzoek hen vervolgens inspireert om de regie (terug) te pakken.

Het betekent echter niet dat medisch specialisten zelf alles moeten doen, het is juist belangrijk dat zij hulp en samenwerking zoeken met collega's of andere experts. Naast dat zij uitgerust moeten worden met juiste kennis en vaardigheden zoals beschreven in de alinea 'breder opleiden', is het ook raadzaam dat zij voldoende tijd reserveren voor reflectie, zowel individueel als met collega's, om zo de dagelijkse patiëntenzorg te kunnen overstijgen.

Het talent benutten en professionele ontwikkeling

Om medisch specialisten bevlogen te houden, is het belangrijk dat zij hun hele carrière inhoudelijk uitgedaagd blijven, zeker omdat het werk grotendeels uit routine bestaat waardoor verlies van interesse op de loer ligt. Medisch specialisten moeten de effectieve, wetenschappelijk onderbouwde interventies waaronder coaching omarmen en gebruiken als ondersteuning voor hun professionele ontwikkeling (Solms et al. 2019). Gezien de variatie aan behoeftes tijdens de verschillende loopbaanfasen, is dit een continu proces.

Daarnaast moeten medisch specialisten af van het idee dat iedereen dezelfde taken moet verrichten binnen een afdeling. Om te zorgen dat medisch specialisten optimaal presteren zouden de taken juist verdeeld kunnen worden op basis van interesse en ambitie, loopbaanfase of persoonlijke kenmerken (taakdifferentiatie). Als eerste stap is het aan te raden om overzicht te creëren van alle (neven)taken van alle medisch specialisten binnen een afdeling of organisatie.

Aandacht voor transitiefases

Tot slot roept dit onderzoek medisch specialisten op om specifiek aandacht te besteden aan de jonge klaren en anios. Deze groepen bevinden zich in een onzekere en kwetsbare fase in hun carrière. Persoonlijke en vakinhoudelijke begeleiding kan hierbij helpend zijn, in combinatie met voldoende perspectief. Een aangedragen oplossing voor anios was het opzetten van een traineeship van anios, dit verdient verdere exploratie. Het verbeteren van deze twee transitiefases (jonge klaren en anios) kan potentieel veel positieve impact hebben op de bevlogenheid van artsen en zal uiteindelijk de toekomstbestendigheid van het werk bevorderlijke.

Samenvattend zijn alle aanbevelingen erop gericht dat medisch specialisten zelf de regie terugpakken en hun autonomie vergroten. Als eerste stap moeten zij bewust worden van de invloed die ze zelf kunnen uitoefenen op hun werkomgeving en hierin hun verantwoordelijkheid nemen. Door zich te richten op hun persoonlijk en professioneel ontwikkeling passend bij hun loopbaanfase, vergroten zij hun capaciteit om deze invloed uit te oefenen, wat leidt tot meer autonomie en uiteindelijk bevlogenheid. Het uiteindelijke doel is dat medisch specialisten een omgeving voor zichzelf creëren waarin zij niet alleen goede patiëntenzorg leveren, maar ook de leiders en innovators zijn van het bredere gezondheidssysteem.

5.3.2. Concrete aanbevelingen voor bestuurders (organisatorisch niveau)

De strategie: de medewerker centraal

Voor bestuurders is de belangrijkste aanbeveling van deze thesis dat zij een visie formuleren waarin hun medewerkers centraal staan. Als deze visie stevig verankerd is in de organisatie(cultuur), worden beslissingen in het voordeel van medewerkers makkelijker gemaakt. In organisaties met vrije vestigde medisch specialisten is dit net zo relevant, echter zal dit aangevuld moet worden met heldere

financiële afspraken. Geadviseerd wordt om de financiële mogelijkheden zoals meerjarige contracten met zorgverzekeraars of specialisten in loondienst te exploreren, zeker met het oog op een nieuwe generatie die minder waarde lijkt te hechten aan hun inkomen. Dergelijke initiatieven zorgen voor zekerheid in het salaris van medisch specialisten wat op zijn beurt ruimte geeft voor organisatorische veranderingen.

Optimaliseren van de organisatiestructuren

Het verbeteren van werkprocessen in ziekenhuizen moet een prioriteit zijn. Het reduceren van administratieve lasten en het verbeteren van de samenwerking tussen specialismen zijn cruciale stappen om de bevologenheid onder medisch specialisten te bevorderen. Belangrijk hierbij is om zorgprofessionals actief te betrekken bij deze verbeteringen (zie ‘aanbevelingen medisch specialisten’). Ondanks financiële beperkingen in de zorgsector, is investeren in deze veranderingen noodzakelijk. Dergelijke investeringen, waaronder het inschakelen van inhoudelijke experts, verdienen zich op de lange termijn vaak terug. Op hoger niveau vereist de samenwerking en integratie tussen het management en de medisch specialisten aandacht. Een gezamenlijke visie en het integreren van concepten zoals gedeeld leiderschap kunnen bijdragend zijn.

Samenvattend wordt aan de bestuurders aanbevolen om duidelijk te maken dat medewerkers de hoogste prioriteit hebben binnen de organisatie. Door deze focus zullen essentiële veranderingen in het voordeel van de medewerkers de hoogste prioriteit krijgen en makkelijker doorgevoerd worden, zoals bijvoorbeeld de inefficiënte werkprocessen en hoge administratieve lasten.

5.3.3. Concrete aanbevelingen voor overkoepelende instanties (nationaal niveau)

Op basis van dit onderzoek wordt aanbevolen om het thema van bevologenheid van medisch specialisten (en uiteindelijk alle zorgprofessionals) ook een centrale rol te geven op nationaal niveau. Ondanks dat het ministerie van VWS zich alleen indirect verantwoordelijk acht voor de bevologenheid van medewerkers, benadrukt dit onderzoek dat ook het hoogste niveau doordrongen moet zijn van het belang van dit onderwerp.

Hoewel op individueel niveau en op organisatorisch niveau de verantwoordelijkheid ook ligt, is de aanbeveling dat tevens op nationaal niveau in het onderwerp wordt geïnvesteerd door bijvoorbeeld het (financieel) steunen van landelijke initiatieven of onderzoeken die de bevologenheid bevorderen. Deze uitdaging vergt een multifactoriële aanpak en samenwerking tussen de niveaus. Positief is te noemen dat in het aanstaande visiedocument van de Federatie Medisch Specialisten (Medisch Specialist 2035), het welzijn van zorgprofessionals als een van de hoofdthema's is opgenomen maar ook initiatieven zoals ontregel de zorg of de recente loonstijging van het zorgpersoneel dragen bij aan het in gang zetten van de beweging.

Samenvattend, roept deze thesis alle relevante partijen op om de bevologenheid van zorgprofessionals als een centraal element te integreren in hun beleidsplannen. De verschillende niveaus moeten met elkaar samenwerken waarbij de principes van gedeeld leiderschap helpend zouden kunnen zijn om een significante stap vooruit te zetten om de zorgsector te verbeteren.

5.4. Persoonlijke reflectie

Als onderzoeker heb ik gestreefd zo neutraal mogelijk dit onderzoek uit te voeren en heb ik geprobeerd om mijn eigen visies en ideeën over het onderwerp niet te laten meewegen in de analyses

en conclusies. Toch ben ik als aios, bijna jonge klare, ook onderdeel van het systeem. Om inzicht te geven in de onbedoelde invloeden die ik waarschijnlijk achterlaat, deel ik in onderstaande paragrafen mijn persoonlijke reflectie over het onderwerp. Voorafgaande aan de thesis had ik in steekwoorden bepaalde verwachtingen opgeschreven die ik in onderstaande alinea's ook zal bespreken.

De ambitie om dit project aan te gaan kwam voort uit een persoonlijke motivatie. Ondanks mijn passie voor mijn werk als arts heb ik mij vanaf de eerste jaren in het ziekenhuis verbaasd over de inefficiëntie van bepaalde processen. Als coassistent kon ik bijna niet geloven dat het ziekenhuis data uitwisselde via de fax en het verbaasde me dat arts-assistenten tot ver na kantoortijden bezig waren met voornamelijk administratieve taken. Het onderwerp over bevlogenheid is verder aangewakkerd toen ik één van de katrekkers van de werkgroep 'werk-privé balans' in het landelijke bestuur van arts-assistenten obstetrie en gynaecologie werd. In die tijd hebben wij de eerste stappen gemaakt om te begrijpen waarom uit de verschillende landelijke enquêtes de cijfers over ons welzijn zo zorgelijk zijn.

In die tijd, maar ook tijdens de thesis, voelt het onderwerp nog steeds enigszins 'taboe'. Aan het begin van de focusgroepen zag ik de gefronste wenkbrauwen van mijn collega's en hun lichaamstaal die duidelijk stelde: 'Oh nee, we gaan hier toch niet weer over praten'. Ik voelde mijzelf ook enigszins ongemakkelijk omdat ik mijn collega's weer aan een discussie over dit onderwerp blootstelde. Toch hebben wij in elke focusgroep of interview uiteindelijk de essentie van het onderwerp weten te raken en haakten mijn collega's uiteindelijk aan. Dit gevoel van ongemak bij eigenlijk alle partijen beschouw ik als een belangrijk inzicht voor de conclusie van deze thesis: wij hebben het onderwerp nog niet volledig omarmd.

Ik heb mij in deze thesis ook beseft dat ik zelf onderdeel van het systeem ben geworden en dat ik zodoende ook een paar blinde vlekken heb ontwikkeld. Alle gevoerde gesprekken zijn deels ook persoonlijke reflecties geweest. Ik realiseerde mij dat een moment van reflectie niet altijd lang hoeft te zijn en dat veranderingen niet groot hoeven te zijn om een stap vooruit te zetten. Tijdens de focusgroepen met mijn eigen collega's (focusgroep 2) werd besproken dat de grote visite op maandagochtend een stressor was. De arts-assistent verantwoordelijk voor de visite was op zondag avond een paar uur bezig met de voorbereidingen. Naar aanleiding van de focusgroep bijeenkomst is de grote visite verplaatst naar 11u waardoor de zondagavonden anders besteed kunnen worden. Bijkomend effect is dat blijkt dat dit voor de verpleging ook heel goed uitkomt in verband met hun ochtendwerkzaamheden. Dit is een klein en eenvoudig voorbeeld maar ook dit soort veranderingen dragen bij aan het verbeteren van het systeem. We moeten kritisch en out-of-the-box blijven denken.

Een andere onverwachte bevinding was dat de experts aangaven dat de functie van medisch specialisten meer inhoudt dan alleen patiëntenzorg. Gedurende mijn hele opleiding heb ik dit nog nooit zo duidelijk gehoord, terwijl wij wel worden opgeleid aan de hand van competenties die breder zijn dan alleen vakinhoudelijk (zie eerder). Het collectief te beseffen dat neventaken ook onderdeel zijn van de functie van medisch specialisten, kan leiden tot een vernieuwd perspectief en wellicht tot minder frustraties. Het is eigenlijk gewoon een vorm van 'verwachtingsmanagement'. Ik heb mij wel afgevraagd hoe ik de bredere functie van medisch specialisten moet plaatsen in het licht van de wachtlijsten in de zorg. Misschien ligt hier de oplossing voor de jonge klaren, waarbij ik mij terdege besef dat de financiën ook hierbij weer een belangrijke rol spelen.

Uiteindelijk trek ik uit dit onderzoek de persoonlijke conclusie dat beleidsmakers moeten inzien dat het welzijn van zorgprofessionals cruciaal is voor het primaire proces van de zorg en dat de strategische keuzes die ze maken in het belang van hun medewerkers zijn. Ook op nationaal niveau

ben ik overtuigd dat het onderwerp veel meer aandacht verdient dan het nu krijgt. Tegelijkertijd moeten medisch specialisten zich ook bewust zijn van hun (mede)verantwoordelijkheid in dit proces. Bij dit onderwerp komt de quote van Frank Breemer, een van de docenten tijdens de MHBA naar boven, waarmee de kern mooi wordt samengevat: ‘Verantwoordelijk zijn voor een deel, is medeverantwoordelijk zijn voor het geheel’ (Breemer 2020).

Tot slot, deze thesis is de afsluiter van de MHBA maar ik zie het ook als een eerste stap om verder aandacht te besteden aan dit onderwerp: er zijn ten slotte kartrekkers nodig. De veranderingen komen langzaam op gang en zullen continu aandacht behoeven. We zullen op zoek moeten blijven naar *de optimale omstandigheden* om de bevoegdheid van onze zorgmedewerkers en hiermee de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland toekomstbestendig te houden.

Hoofdstuk 6: Referenties

- Alleyne, S., Dale, L., Robertson-Blackmore, E., Kishore, A., Cuffe, S., & Fallucco, E. (2022). United States of America Child and Adolescent Psychiatrists' Career Satisfaction by Career Stage. *Acad Psychiatry*, 46(4), 441-450.
- Anagnostopoulos, F., Demerouti, E., Sykioti, P., Niakas, D., & Zis, P. (2015). Factors associated with mental health status of medical residents: a model-guided study. *J Clin Psychol Med Settings*, 22, 90-109.
- Averens, T., van den Broeck, K., van de Veerdonk, W., & Franck, E. (2022). Voorspellers van uitstroom en behoud van zorgprofessionals op organisatie- en teamniveau: een literatuurstudie. *Tijd voor geneeskunde* 4, 1-22.
- Babal, J.C., Lelkes, E., Kloster, H., Zwemer, E., Lien, E.R., Sklansky, D., Coller, R.J., Moreno, M.A., Schultz, R., & Webber, S. (2024). Pediatric Resident Well-being: A Group Concept Mapping Study. *Acad Pediatr*, 24(3), 535-543.
- Bakker, A.B. (2003). Bevlogen aan het Werk: Hoe Nederland haar eigen energiebronnen kan creëren. *K. Verhaar (Red.), Sociale Verkenningen*, 4, 119-141.
- Bakker, A.B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309-328.
- Bakker, A.B., & Demerouti, E. (2009). The crossover of work engagement between working couples: A closer look at the role of empathy. *Journal of Managerial Psychology*, 24, 220-236.
- Bakker, A.B., Schaufeli, W.B., Leiter, M.P., & Taris, T.W. (2008). Work engagement: an emerging concept in occupational health psychology. *Work & Stress* 22, 187-200.
- Bertens, R., & Palmer, J. (2021). Het Nederlandse zorgbeleid in historisch perspectief. Namens Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Den Haag: VormVijf.
- Boterenbrood, D., Eggink, F., Habets, S., & Sandberg, E.M. VAGO-enquête 'bevlogen zijn, bevlogen blijven'. *NTOG* 2022, 135, 76-79.
- Breemer, F. (2020). Regie: Verantwoordelijkheid voor een deel, is medeverantwoordelijkheid voor het geheel. Partner bijdragen. Geraadpleegd op 5 mei van <https://www.binnenlandsbestuur.nl/bestuur-en-organisatie/erasmus-academie/ketenregie-1>.
- CanMeds (2005). Skills for the new Millennium: report of the societal needs working group. The royal college of Physicians and Surgeons of Ottawa Canada; 2005. Geraadpleegd op 5 mei van http://www.healthcare.ubc.ca/residency/CanMEDS_2005_Framework.pdf.
- Campbell, S. M., Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2017). Fuzzy but useful constructs: Making sense of the differences between generations. *Work, Aging and Retirement* 3(2), 30-139.
- CBS (2023). Opnieuw meer werknemers in zorg en welzijn, ondanks grotere uitstroom. Geraadpleegd op 5 mei 2023 van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2023/34/opnieuw-meer-werknemers-in-zorg-en-welzijn-ondanks-grotere-uitstroom#:~:text=Bij%20de%20meest%20recente%20meting,werknemers%20uit%20zorg%20en%20welzijn>.
- Debets, M., Scheepers, R., Silkens, M., & Lombarts, K. (2022). Structural equation modelling analysis on relationships of job demands and resources with work engagement, burnout and work ability: an observational study among physicians in Dutch hospitals. *BMJ open*, 12(12), e062603.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. Springer Science & Business Media. Plenum Press

Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512.

Federatie Medisch Specialisten. (2017). Visiedocument Medisch Specialist 2025. Geraadpleegd op 5 mei 2023 van <https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/Visiedocument%20Medisch%20Specialist%202025-DEF.pdf>

Gijtenbeek, M., van Donkerlaar, K., Schiffer, V., Dalebout, B., & Nieuwstad, J. (2023). Van Boomer tot Z wat we leren van de nieuwe generaties artsen. *Ned Tijd Obs Gyn* 3:112-113

Hackman, J.R. & Oldham, G.R. (1976). Work Redesign. Addison-Wesley.

Hakanen, J.J. & Schaufeli, W.B. (2012). Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 141, 415-424.

Harvey, J. B. (1979). The Seasons of a Man's Life. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 15(1), 105-108.

Heezen, G. (2018). Waarom de bevlogenheid van medewerkers in sommige sectoren zo laag is. Geraadpleegd op 5 mei 2024 van <https://www.effectory.com/nl/kennis/waarom-de-bevlogenheid-van-medewerkers-in-sommige-sectoren-zo-laag-is/>.

Integraal Zorgakkoord (2022). Samen werken aan gezonde zorg. Geraadpleegd op 5 mei van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg> geraadpleegd april 2024

Kahn, W.A. (1990). Psychological Conditions of Personal Engagement and Disengagement at Work. *Academy of Management Journal*, 33(4), 692-724.

Karadzinska-Bislimovska, J., Basarovska, V., Mijakoski, D., Minov, J., Stoleski, S., Angeleska, N., & Atanasovska, A. (2014). Linkages between workplace stressors and quality of care from health professionals' perspective - Macedonian experience. *Br J Health Psychol*, 19(2), 425-41.

Kao, A.C., & Jager, A.J. (2018). Medical Students' Views of Medicine as a Calling and Selection of a Primary Care-Related Residency. *Ann Fam Med*, 16:59-61.

Kiema-Junes, H., Saarinen, A., Korpelainen, R., Kangas, M., Ala-Mursula, L., Pyky, R., & Hintsanen, M. (2022). More Physical Activity, More Work Engagement? A Northern Finland Birth Cohort 1966 Study. *J Occup Environ Med*, 1, 64(7), 541-549.

Korsten, L., Verbeek, B., van der Ploeg, E., Kok, L., & Bos, M. (2022). Nationale a(n)ios-enquête 2022. Gezond en veilig werken'. De Jonge Specialist. Geraadpleegd op 5 mei van <https://dejongespecialist.nl/wp-content/uploads/2022/10/rapport-nationale-anios-enquete-gezond-en-veilig-werken-2022.pdf>

Linzer, M., Poplau, S., Grossman, E., Varkey, A., Yale, S., & Williams, E. (2015). A cluster randomized trial of interventions to improve work conditions and clinician burnout in primary care: results from the Healthy Work Place (HWP) study. *Journal of general internal medicine*, 30, 1105-11.

Lombarts, K., Bindels, E., Debets, M., & Kerkmeijer-Jansen, I. (2019). Werkplezier en welzijn van de nieuwe generatie dokters. Geraadpleegd op 5 mei van https://zininzorg.nl/app/uploads/2019/11/Notitie-Werkplezier-en-Welzijn-van-De-Nieuwe-Generatie-Dokters_Okt-2019.pdf.

Loopbaanmonitor Medisch Specialisten (2022). Federatie Medisch Specialisten Geraadpleegd op 5 mei van https://www.neurologie.nl/wp-content/uploads/2022/09/2022-06-15-Rapportage-Loopbaanmonitor-Medisch-Specialisten-2022_.pdf.

Lugtenberg, M., Heiligers, P.J.M., & Hingstman, L. (2005) Artsen en hun carrière wensen: een literatuur verkenning (2005). NIVEL. Geraadpleegd op 5 mei van <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/artsen%20en%20hun%20carrierewensen.pdf>

McKinley, T. (2022). Toward Useful Interventions for Burnout in Academic Medical Faculty: The Case for Unit-Specific Approaches. *J Contin Educ Health Prof*, 1, 42(1):e69-e74.

Milliken, A.D. (2014). Physician engagement: a necessary but reciprocal process. *CMAJ*, 186, 244–5.

Mortelmans, D. (2020). Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden. Leuven: Acco.

Mulder, P. (2018). Zelfdeterminatietheorie (ZDT). ToolsHero. Geraadpleegd op 5 mei van <https://www.toolshero.nl/psychologie/motivatie/zelfdeterminatietheorie-zdt/>

Naert, M.N., Pruitt, C., Sarosi, A., Berkin, J., Stone, J., & Weintraub, A.S. (2023). A cross-sectional analysis of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in maternal-fetal medicine physicians in the United States. *Am J Obstet Gynecol*, 5(7):100989.

Nishi, D., Suzuki, Y., Nishida, J., Mishima, K., & Yamanouchi, Y. (2017). Personal lifestyle as a resource for work engagement. *J Occup Health*, 24, 59(1), 17-23.

Prins, J.T., Hoekstra-Weebers, J.E., Gazendam-Donofrio, S.M., Dillingh, G.S., Bakker, A.B., Huisman, M., Jacobs, B., & van der Heijden, F.M. (2010). Burnout and engagement among resident doctors in the Netherlands: a national study. *Med Educ*, 44(3), 236-47.

Reinertsen, J., Gosfield, A., Rupp, W., & Whittington, J. (2007). Engaging physicians in a shared quality agenda. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement

Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293–315.

Schaufeli, W.B., Bakker, A.B., & Salanova, M. (2001). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior* 22(3), 293-315.

Schaufeli, W.B., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A.B. (2002). The Measurement of Engagement and Burnout: A Confirmative Analytic Approach. *Journal of Happiness Studies* 3, 71-92.

Scheepers, R.A., Boerebach, B.C., Arah, O.A., Heineman, M.J., & Lombarts, K.M. (2015). A Systematic Review of the Impact of Physicians' Occupational Well-Being on the Quality of Patient Care. *Int J Behav Med* 22:683-98.

Scheepers, R.A., Weenink, J.W., Buljac-Samardzic, & M., Bonfrer, I. (2023). Het welzijn van zorgprofessionals onder druk. *Ned Tijdschr Geneesk*, 167:D7293.

SER. (2020). Zorg voor de toekomst: over de toekomstbestendigheid van de zorg Sociaal-Economische Raad (SER) geraadpleegd op 5 mei van <https://www.ser.nl/-/media/ser/downloads/adviezen/2020/zorg-voor-de-toekomst.pdf>.

Shanafelt, T.D., & Noseworthy, J.H. (2017). Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. *Mayo Clin Proc*, 92(1):129-146.

Sikkel, R., & Harbers, L. (2023). Zorgwekkend aniossen-tekort in ziekenhuizen. *Ned Tijdschr Geneesk* 167:C5412.

Solms, L., Van Vianen, A. E., Theeboom, T., Koen, J., De Pagter, A. P., & de Hoog, M. (2019). Keep the fire burning: a survey study on the role of personal resources for work engagement and burnout in medical residents and specialists in the Netherlands. *BMJ open*, 9(11), e031053.

Starmer, A.J., Frintner, M.P., & Freed, G.L. (2016). Work-Life Balance, Burnout, and Satisfaction of Early Career Pediatricians. *Pediatrics*, 137(4), e20153183.

Smith, R.P., & Rayburn, W.F. (2021). Burnout in Obstetricians-Gynecologists: Its Prevalence, Identification, Prevention, and Reversal. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 48(1), 231-245.

Stanford Medicine WellMD Center. (n.d.). About the WellMD Center. Geraadpleegd op april 2023 van <https://wellmd.stanford.edu/about.html>

van Dongen, C.M.P., & van der Graaf, Y. (2012). De gelukkige dokter. *Ned Tijdschr Geneesk* 156:A5847.

van der Scheer, W. (2023). Gedeeld leiderschap in de zorg (oratie). Erasmus Universiteit, Rotterdam

van Twillert, M. (2019). Specialisten: 'Meer collega's vallen uit met burn-out'. Medisch Contact. Geraadpleegd op 5 mei van <https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/specialisten-meer-collegas-vallen-uit-met-burn-out>.

Visser, M. (2020). Straks hebben we misschien wel bedden maar geen zorgpersoneel voor een tweede golf. Trouw. Geraadpleegd op 5 mei van <https://www.trouw.nl/zorg/straks-hebben-we-misschien-wel-bedden-maar-geen-zorgpersoneel-voor-een-tweede-golf~b04a3efc/>.

West, C.P., Dyrbye, L.N., & Shanafelt, T.D. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine* 283:516-29.

Wu, A., Parris, R.S., Scarella, T.M., Tibbles, C.D., Torous, J., & Hill, K.P. (2022). What gets resident physicians stressed and how would they prefer to be supported? A best-worst scaling study. *Postgrad Med J*, 2022, 98(1166):930-935.

Zhang, L.M., Cheung, E.O., Eng, J.S., Ma, M., Etkin, C.D., Agarwal, G., Shanafelt, T.D., Riall, T.S., Nasca, T., Bilimoria, K.Y., Hu, Y.Y., & Johnson, J.K. (2021). Development of a conceptual model for understanding the learning environment and surgical resident well-being. *Am J Surg*, 221(2), 323-330.

Bijlagen

Bijlage 1: Definitieve zoekstrategie voor het literatuuronderzoek

((("Working Conditions"[Mesh] OR "Working Conditions"[tw] OR "Working Condition"[tw] OR "Work Conditions"[tw] OR "Work Condition"[tw] OR "work environment"[tw] OR "Work Environments"[tw] OR "Working Environment"[tw] OR "Working Environments"[tw] OR "Workplace Condition"[tw] OR "Workplace Conditions"[tw] OR "Workplace Environment"[tw] OR "Workplace Environments"[tw] OR "Occupational Conditions"[tw] OR "Occupational Condition"[tw] OR "occupational environment"[tw] OR "Occupational Environments"[tw] OR "Working Conditions"[title/abstract:~6] OR "Working Condition"[title/abstract:~6] OR "Work Conditions"[title/abstract:~6] OR "Work Condition"[title/abstract:~6] OR "work environment"[title/abstract:~6] OR "Work Environments"[title/abstract:~6] OR "Working Environment"[title/abstract:~6] OR "Working Environments"[title/abstract:~6] OR "Workplace Condition"[title/abstract:~6] OR "Workplace Conditions"[title/abstract:~6] OR "Workplace Environment"[title/abstract:~6] OR "Workplace Environments"[title/abstract:~6] OR "Occupational Conditions"[title/abstract:~6] OR "Occupational Condition"[title/abstract:~6] OR "occupational environment"[title/abstract:~6] OR "Occupational Environments"[title/abstract:~6] OR "Workplace"[Mesh] OR "Job Satisfaction"[Mesh] OR "Job Satisfaction"[tw] OR "Work Satisfaction"[tw] OR "Professional Satisfaction"[tw] OR "Physician Satisfaction"[tw] OR "Physicians Satisfaction"[tw] OR "Doctor Satisfaction"[tw] OR "Doctors Satisfaction"[tw] OR "Job Satisfaction"[title/abstract:~6] OR "Work Satisfaction"[title/abstract:~6] OR "Professional Satisfaction"[title/abstract:~6] OR "Physician Satisfaction"[title/abstract:~6] OR "Physicians Satisfaction"[title/abstract:~6] OR "Doctor Satisfaction"[title/abstract:~6] OR "Doctors Satisfaction"[title/abstract:~6] OR "physician vitality"[tw] OR "physician well being"[tw] OR "physician wellbeing"[tw] OR "physician wellness"[tw] OR "physicians well being"[tw] OR "physicians wellbeing"[tw] OR "physician vitality"[title/abstract:~6] OR "physician well being"[title/abstract:~6] OR "physician wellbeing"[title/abstract:~6] OR "physician wellness"[title/abstract:~6] OR "physicians vitality"[title/abstract:~6] OR "physicians well being"[title/abstract:~6] OR "physicians wellbeing"[title/abstract:~6] OR "physicians wellness"[title/abstract:~6] OR "working hours"[tw] OR "Work-Life Balance"[Mesh] OR "Work-Life Balance"[tw] OR "Life-Work Imbalance"[tw] OR "Work Family Balance"[tw] OR "Work Life Conflict"[tw] OR "Work-Family Balance"[tw] OR "Work-Life Conflict"[tw] OR "Work-Life Conflicts"[tw] OR "Shift Work Schedule"[Mesh] OR "Shift Work Schedule"[tw] OR "Work Schedule Tolerance"[Mesh] OR "night shift"[tw] OR "night shifts"[tw] OR "shift work"[tw] OR "Work Schedule Tolerance"[tw] OR "Workload"[Mesh] OR "Workload"[tw] OR "Work load"[tw] OR "Teleworking"[Mesh] OR "Teleworking"[tw] OR "Flexible Workplace"[tw] OR "Hybrid Work"[tw] OR "Hybrid Working"[tw] OR "Remote Work"[tw] OR "Remote Working"[tw] OR "Telecommuting"[tw] OR "Telework"[tw] OR "Personnel Staffing and Scheduling"[Mesh] OR "Work Schedule"[tw] OR "Work Schedules"[tw] OR "Personnel Staffing"[tw] OR "Staffing and Scheduling"[tw] OR "Scheduling and Staffing"[tw] OR "Organizational Culture"[Mesh]) AND ("Physicians"[Mesh] OR "Physicians"[tw] OR "Physician"[tw] OR "Medical doctor"[tw] OR "Medical doctors"[tw] OR "Allergist"[tw] OR "Allergists"[tw] OR "Anesthesiologist"[tw] OR "Anesthesiologists"[tw] OR "Cardiologist"[tw] OR "Cardiologists"[tw] OR "Dermatologist"[tw] OR "Dermatologists"[tw] OR "Endocrinologist"[tw] OR "Endocrinologists"[tw] OR "Gastroenterologist"[tw] OR "Gastroenterologists"[tw] OR "General Practitioner"[tw] OR "General Practitioners"[tw] OR "Geriatrician"[tw] OR "Geriatricians"[tw] OR "Gynecologist"[tw] OR "Gynecologists"[tw] OR "Hospitalist"[tw] OR "Hospitalists"[tw] OR "Neonatologist"[tw] OR "Neonatologists"[tw] OR "Nephrologist"[tw] OR "Nephrologists"[tw] OR "Neurologist"[tw] OR "Neurologists"[tw] OR "Neurosurgeon"[tw] OR "Neurosurgeons"[tw] OR "Obstetrician"[tw] OR "Obstetricians"[tw] OR "Oncologist"[tw] OR "Oncologists"[tw] OR "Ophthalmologist"[tw] OR "Ophthalmologists"[tw] OR "Otolaryngologist"[tw] OR "Otolaryngologists"[tw] OR "Pathologist"[tw] OR "Pathologists"[tw] OR "Pediatrician"[tw] OR "Pediatricians"[tw] OR "Physiatrist"[tw] OR "Physiatrists"[tw] OR "Psychiatrist"[tw] OR "Psychiatrists"[tw] OR "Pulmonologist"[tw] OR "Pulmonologists"[tw] OR "Radiologist"[tw] OR "Radiologists"[tw] OR "Rheumatologist"[tw] OR "Rheumatologists"[tw] OR "Surgeon"[tw] OR "Surgeons"[tw] OR "Urologist"[tw] OR "Urologists"[tw] OR "doctor"[tw] OR "doctors"[tw] OR "medical staff"[tw]) AND (Job Demands-Resources Model))

Bijlage 2: Overzicht van de deelnemers aan het praktijkonderzoek

2.1. Overzicht van samenstelling van de focusgroepen

Samenstelling focusgroepen	Aantallen deelnemers
Focusgroep 1	
Gynaecologen	6
Jonge klaren	1
Arts-assistenten	8
Coassistenten	8
<i>Totaal focusgroep 1</i>	23
Focusgroep 2	
Arts-assistenten	9
Focusgroep 3	
Jonge klaren	3
Totaal	35

2.2. Overzicht van de experts gegroepeerd per stakeholder

Overzicht van achtergronden van experts (gegroepeerd per stakeholder)
Nationaal niveau
Ministerie van VWS (2 experts)
Bestuurlijk niveau
Voorzitter raad van bestuur perifeer ziekenhuis en hoogleraar
Gepensioneerde voorzitter raad van bestuur perifeer ziekenhuis
Koepels en beroepsverenigingen
Lid beroepsbelangencommissie Nederlandse Vereniging Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)
Lid commissie in- en uitstroom NVOG
Bestuurder FMS
Wetenschap
Wetenschapper, gepromoveerd op het onderwerp
Medisch specialist en initiatiefnemer interventies ter bevordering welzijn artsen
Opleiding
Medisch specialist en hoofdopleider academisch ziekenhuis
Gepensioneerde medisch specialist, emeritus-hoogleraar en voormalig opleider
Vanuit het veld
Aios en schrijver
Huisarts en schrijver

Bijlage 3: Besproken onderwerpen tijdens semigestructureerd interviews met experts

1. Algemeen

Is er een probleem met betrekking tot de bevoegdheid van medisch specialisten in het huidige zorg systeem?

2. Knelpunten

Wat zijn de belangrijkste knelpunten?

3. Loopbaanfases

Zijn er andere uitdagingen per loopbaanfase?

4. Interventies

Welke interventies zijn het meest effectief en op welk niveau (individueel, organisatorisch, nationaal)?

Bijlage 4: Samenvatting van geïnccludeerde artikelen in het literatuuronderzoek

Artikelen	Doel van de studie	Studie design	Samenvatting relevante uitkomsten voor onderzoeksvraag
Alleyne et al. 2021 (USA)	Doel is om de werk tevredenheid onder psychiaters te onderzoeken in verschillende fases van hun carrière	Enquête Populatie n=526 psychiaters	Energiebronnen - Patiëntencontact - Doorgroeimogelijkheden - Werk plezier/werk an sich - Werkklimaat - Invloed op het rooster kunnen hebben Stressoren - Administratieve lasten - Uitgebreide statusvoering - Verzekeringsproblemen - Hoeveelheid werk
Starmer et al. 2016 (USA)	Doel is om te onderzoeken welke factoren geassocieerd zijn met werk-privé balans, werk tevredenheid, burn-out, algemene tevredenheid	Enquête Populatie n=840 kinderartsen	Energiebronnen - Steun voelen van collega's - Voldoende 'resources' voor patiënten zorg - Autonomie voelen in beslissingen over patiëntenzorg - Op tijd op de hoogte van roosters Stressoren - Chaotische/hectische werkomgeving
Wu et al. 2022 (USA)	Doel is om te identificeren wat de belangrijkste stressoren zijn onder aios	Enquête Populatie n=590 aios (9 specialismes)	Stressoren (top 5 van 16) - Moeilijk om het werk en privé goed te balanceren - Administratieve lasten - (Eind)verantwoordelijkheid over patiënten - Gebrek aan autonomie - Weinig steun vanuit het ziekenhuis
Babal et al. 2024 (USA)	Doel is om het welzijn van aios kindergeneeskunde te definiëren	Brainstormsessie Populatie n=47 aios en medisch specialisten	Belangrijkste domeinen voor welzijn (aios) - Positieve, veilig en diverse cultuur - Verbondenheid met collega's - Professionele voldoening - Individuele gezondheid en tevredenheid - Persoonlijke ontwikkeling en erkenning - Roosters en vrije tijd - Werksysteem - Proactief en 'compassionate' leiderschap
Naert et al. 2023 (USA)	Doel is om te onderzoeken wat de klinische en niet klinische factoren zijn die van invloed zijn op werk gerelateerde stress en werk tevredenheid	Enquête Populatie n=310 aios gynaecologie	Energiebron - Maatschappelijke werker in je team - > 20 jaar werkzaam - Met vrienden over werk uitdagingen spreken Stressoren - Emotionele ingrijpende casus (< 6 maanden geleden) - Moeizame samenwerking met collega's - < 5 jaar werkzaam
Debets et al. 2022 (Nederland)	Doel is om te onderzoeken in welke mate bevlogenheid en burnout invloed hebben op de relatie tussen werk bronnen en werkvermogen	Vragenlijsten Populatie: n=385 medisch specialisten en aios	Energiebronnen - Ontwikkel mogelijkheden - Deelname aan de besluitvorming (op afdelingsniveau maar ook bijv. mbt het rooster) - Relatie met collega's Stressoren - Hoge werkdruk - Weinig ontwikkel mogelijkheden
McKinley et al. 2022 (USA)	Doel is om een volledig beeld te verkrijgen van de drivers van medisch	Individuele interviews	Energiebronnen - Positieve relaties met collega's en studenten → belangrijkste - Positieve werkcultuur, 'community'

	specialisten in academische setting	Populatie: n=22 medisch specialisten	- Ruimte/tijd krijgen voor persoonlijke reflectie/interventies/opladen - Erkenning - Productiviteit Stressoren - Conflicten met collega's (of familie) - Uitdagende studenten - Werkdruk - Verdragende factoren - Werkomgeving/systeem - Slecht leiderschap
Solms et al. 2019 (Nederland)	Doel is het bestuderen van energiebronnen (werk en persoonlijk) en stressoren onder medisch specialisten en aios	Vragenlijst Populatie: n=193 aios en medisch specialisten	Energiebronnen - Positieve relatie met collega's - Voldoende autonomie - Steun van supervisors Stressoren - Hoge werkdruk - Onzekere toekomst - Werk-privé conflict
Anagnostopoulos et al. 2015 (Griekenland)	Doel is om te onderzoeken wat de invloed van energiebronnen en werkeisen zijn op de mentale gezondheid van aios	Vragenlijsten Populatie: n=264 aios	Energiebronnen - Autonomie - Begeleiding van supervisor - Steun van collega's Stressoren - Hoge werkdruk (snel moeten werken/tijdsgebrek, veel en veeleisend werk) - Emotionele casuïstiek - Weinig ontwikkel mogelijkheden - Werk-privé conflict
Karadzinska et al. 2014 (Macedonie)	Doel is om de stressoren en energiebronnen uit de werkomgeving te identificeren	Focusgroepen Populatie: 6 focusgroepen, in totaal n=56 artsen	Energiebronnen - Fysieke werk condities in het ziekenhuis - Positieve relaties met collega's en samenwerking met andere afdeling - Goede arts-patiënt contact - Kwalitatieve goede zorg leveren Stressoren - Hoge werkdruk en personeelstekort - Intensief werk met patiënten - Lage inkomen van artsen - Weinig ontwikkelmogelijkheden - Gebrek aan voorraden/apparatuur - Gevoerde beleid

Bijlage 5: Codebomen

5.1. Codeboom van energiebronnen

Energiebronnen					
Overkoepelende thema's	N=³	Subthema's (indien relevant)	N=	Individuele factoren	N=
Collega's	35	-		Samenwerking Gezelligheid	30 5
Inhoud van het werk	33	-		Inhoudelijke uitdaging Variatie van het werk Acute zorg Werk an sich	16 11 4 2
Patiënten	19	-		Patiëntencontact Verschil kunnen maken	16 3
Leer en werkklimaat	16	Begeleiding geven/krijgen	7	Positieve feedback krijgen Betrokken worden Goede begeleiding Je gewenst voelen Opleiden (in het algemeen)	3 1 1 1 1
				Ruimte voelen om te leren	1
				Idee hebben vragen te kunnen stellen Verdieping/leerzame omgeving Fijn/veilig opleidingsklimaat	1 2 5
		Inhoudelijke ontwikkeling	13	Nieuwe dingen leren Interessante medisch inhoudelijke casus die je goed hebt aangepakt Blijven ontwikkelen	8 3 2
				Persoonlijke ontwikkeling	5
				Niet alles alleen hoeven op te lossen Nuttig /bekwaam voelen Zelfstandig werken	1 3 1
		Inhoudelijke randvoorwaardes	3	Voldoende tijd voor patienten Duidelijke taken Persoonlijke dr. assistente	1 1 1
				Secundaire arbeidswoordwaarde	7
				Parttime werken Beperkte reisafstand Flexibiliteit in het werk Voldoende pauze Structuur (in week/dag) Goed inkomen	1 2 1 1 1 1
				Werkprocessen	2
				Goede systemen Logische logistiek	1 1

³ In alle tabellen (5.1 t/m 5.4) refereert de N= naar het aantal keer dat het onderwerp is genoemd tijdens de dataverzameling

5.2. Codeboom van stressoren

Stressoren					
Overkoepelende thema's	N=	Subthema's (indien relevant)	N=	Individuele factoren	N=
Collega's	11			Negatieve sfeer met collega's	5
				Gedoe op de werkvloer	1
				Geen teamgevoel	1
				Feedback negatief gebracht,	1
				Snelle doorloop van zorgpersoneel	1
				Conflicten	1
				Onprettige samenwerking	1
Organisatie	15	Samenwerking management	4	Verhouding met management	2
				Angst voor verandering	1
				Kritiek hebben maar niet opstaan	1
		Invloed op organisatie en werk(processen)	11	Logge organisaties	1
				Innovaties die vastlopen	1
				Weinig autonomie	1
				Gebrek aan flexibiliteit	2
				Weinig invloed	1
				Gevangen in het systeem en in een veranderende maatschappij	3
				Druk om het efficiënter te maken	1
				Inefficiëntie/besluiteloosheid	1
Werkomstandigheden	31	Hoge werkdruk	17	Achter de feiten aan lopen door drukte	3
				Overvolle poli's/overboekingen	2
				Onvoldoende tijd voor patiëntencontact	2
				CAO van 46 uur	1
				Werk-prive balans uit verhouding	3
				Lange werkdagen/ overwerken	2
				Hoge werkdruk	2
				Veel multitasken	1
				Te lage werkdruk	1
		Personele bezetting	8	Rooster problematiek	4
				Personeelstekorten/ chronische onderbezetting	4
		Secundaire arbeidswoordwaarde	6	Korte jaarcontracten	1
				Verhuizen voor (tijdelijke) banen	1
				Banenmarkt (voor en na de opleiding)	1
				Minder tijd voor sociaal leven	1
				Vroeg opstaan	1
				Dienstitijden waardoor geen mogelijkheid om te werken	1
Werkinhoud	26	Inhoud van taken	26	Administratieve lasten	12
				Balans computertijd vs zorgtaken	1
				Randzaken	5
				Inhoud van het werk	2
				Geen uitdaging/afwisseling	1
				Ondankbaarheid van taken	1
				Zorgen over werk op tijd af hebben	1
				Onvoorspelbaarheid van het werk	1
				Veel emotionele casus achter elkaar	2
Patiënten	7	--		Eisenpakket patiënten/onaardige	5
				Verantwoordelijkheid wegnemen bij patiënten	1
				Klachten	1
Leer en werkklimaat	7	Begeleiding geven/krijgen	4	Negatieve opgebouwde feedback (terwijl je wel je best doet)	1
				Onveilige leeromgeving	1
				Ongemakkelijk voelen (nieuwe zijn, geen houding weten te geven)	1
				Elke keer op een nieuwe plek meelopen (geen onderdeel van het team zijn)	1

		Ruimte voelen om te leren	3	Afhankelijke positie	1
				Continue gevoel hebben dat je beoordeeld wordt en afgerekend wordt op fouten	1
				Gevoel er niet echt toe te doen	1
Professionele ontwikkeling	26	Inhoudelijke ontwikkeling	2	Onvoldoende skills om te veranderen	1
				Onbekwaamheidsgevoel	1
		Persoonlijke onzekerheden	18	Gevoel dat het perfect moet	4
				Niet duidelijk wat er van mij verwacht	1
				Overvraagd worden	1
				Moeilijk om out-of-the-box te denken	1
				Bang om geen goede zorg te leveren	4
				Angst voor klachten	3
				Erbij staan maar niets mogen doen	2
				Geen enthousiasme om	1
				nevenactiviteiten op te pakken gezien perspectief	1
		Perspectief	5	Het kost te veel t.o.v. wat het oplevert	1
				Geen perspectief hebben	2
				Kwetsbaar voelen als chef	1
				Concurrentie onder chefs	1

5.3. Codeboom van gesignaleerde knelpunten

Gesignaleerde knelpunten			
Hoofdthema's	N=	Gerelateerde subthema's (indien van toepassing)	N=
Individueel niveau			
De inhoud van het werk	7		
Verlies van regie en gebrek aan autonomie	13	Verlies van regie	4
		Gebrek aan autonomie	5
		Los-op methode	4
		Eenheidsworst	4
Organisatorisch niveau			
Gefragmenteerd werken	2		2
Administratieve en organisatorische lasten	12	Organisatie manager en dokters	2
		Administratieve lasten	8
		In consult vragen	2
Cultuur	10	Inclusiviteit	1
		Gezag	2
		Status	3
		Perspectief	4
Financiën	3		
Nationaal niveau			
Kwaliteit als prioriteit	2		
Rol van de overheid	3		

5.4.Code boom van voorgestelde oplossingen

Voorgestelde oplossingen			
Hoofdthema's	N=	Gerelateerde subthema's (indien van toepassing)	N=
Individueel niveau			
Afwisselend werk	7	Variatie in werk	3
		Uitdagend werk	4
		Frisse blik	1
Belang van professionele ontwikkeling	11	Ruimte maken voor reflectie	5
		Coaching	2
		Monitor de ontwikkeling	4
Bewust van eigen brede rol	8	Opleiding	5
		Brede rol	3
Regie (terug) pakken	9	In the lead	9
Benut het talent - taakdifferentiatie	7	Werkdruk en neventaken	3
		Flexibelere rol	4
Organisatorisch niveau			
Administratieve lasten verlagen	5		
Personeel als grootste goed	12	Organisatie manager en dokters	2
		Administratieve lasten	8
		In consult vragen	2
Gezamenlijke visie en herstructureren	14	Efficiëntie slag in werkprocessen (verzuiling)	1
		Duaal	1
		Stoppen met efficiëntie drift	2
		Financien	2
		Veilige werksfeer en samenwerken	4
		Gezamenlijke visie	2
		Professionalisering	2
Productiedruk	3		
Nationaal niveau			
Een beweging	3	Een beweging	2
		Management by speech	1