Hoe kan men jonge artsen motiveren om te werken in huisartsarme zones?

Eva Verberckmoes, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2016 – 2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Titel: Hoe kan men jonge artsen motiveren om te werken in huisartsarme zones?
Naam HAIO: Eva Verberckmoes, Universiteit Gent
Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, Universiteit Gent
Praktijkopleider: Goedele Heyrman
Contact: eva.verberckmoes@gmail.com

Context: Wereldwijd bestaat er een ongelijke verdeling van zorgverleners tussen bepaalde regio's. Meestal gaat het hierbij om landelijke gebieden waar het zorgaanbod veel lager is dan de bestaande zorgvraag. Er wordt volop gezocht naar interventies die de verdeling van deze zorgverleners kunnen beïnvloeden, maar goed opgezette studies met betrouwbare en duidelijke resultaten ontbreken. Men kan wel afleiden dat vooral een combinatie van verschillende interventies die afgestemd zijn op de specifieke situatie in een bepaalde regio het meeste kans op succes heeft.
In Vlaanderen is er eveneens sprake aan een ongelijke verdeling van gezondheidswerkers, onder andere ook huisartsen. Via het Impulseofonds worden bepaalde zones als 'huisartsarm' aangeduid. Artsen die in deze zones aan de slag gaan krijgen via het fonds een financiële ondersteuning, met de bedoeling om meer artsen te motiveren om in deze gebieden te werken. Uit onderzoek van het Kenniscentrum blijkt echter dat deze financiële incentive onvoldoende is gebleken om de ongelijke verdeling van huisartsen tussen de regio's sterk te beïnvloeden.

Onderzoeksvraag: Hoe kan men jonge artsen motiveren om aan de slag te gaan in huisartsarme zones?

Methode: : Via een digitale enquête werd bij 68 Huisartsen-in-Opleiding (HAIO's) gepeild naar hun mening over het kiezen van een opleidingspraktijk en hun toekomstige praktijk. Dit gebeurde door middel van Likertschalen met 5 antwoordmogelijkheden, gaande van absoluut niet akkoord tot absoluut wel akkoord. Op basis van deze antwoorden werden interventies voorgesteld en voorgelegd aan 21 huisartsen om de haalbaarheid van deze interventies in te schatten.

Resultaten: Samenwerken hoort voor 93% van de HAIO's zeker tot het toekomstbeeld, 78% ziet werken in een multidisciplinaire praktijk wel zitten. Van de ondervraagde HAIO's hecht 85% belang aan een flexibel werkschema en scheiding tussen werk en privé is eveneens belangrijk voor 84%. Ondersteuning door lokale besturen, zoals het beschikbaar stellen van een woon of werkruimte is voor 67% van de HAIO's van belang. Tien van de 21 ondervraagde huisartsen geeft aan mits financiële steun hun praktijk te kunnen aanpassen om ruimte te bieden aan een nieuwe collega, 13 onder hen zou samenwerking willen overwegen met behulp van professionele begeleiding. Tien artsen geven aan te willen investeren met paramedici voor de opstart van een multidisciplinaire praktijk.

Discussie: Uit onze resultaten kunnen we afleiden dat er voor HAIO's toch wel enkele factoren zijn die een belangrijke rol spelen bij de keuze van een toekomstige werkplaats: de mogelijkheid om investeringen uit te stellen, zoals het reeds beschikbaar zijn van een woon- of werkplaats, is iets waar veel HAIO's rekening mee zouden houden. Daarnaast is samenwerking, zowel binnen de eigen praktijk als binnen grotere verbanden zoals een wachtpost, maar ook met andere disciplines eveneens van belang. Er zijn dus tal van punten waar men rekening mee kan houden bij het opstellen van een beleid om jonge artsen te motiveren in een bepaald gebied aan de slag te gaan. Huisartsen lijken bereid te zijn om aan enkele van deze punten tegemoet te komen, eventueel mits financiële of praktische ondersteuning.

Inhoudstafel

Abstract 3

Inhoudstafel 4

1. Inleiding 5

2. Huisartsarme zones, een wereldwijd probleem? 7

2.1. Beleid op internationaal niveau 7

2.2. Ethische aspecten rond het opstellen van een beleid. 8

3. Situatie in België 10

3.1. Opleiding 10

3.2. Toekomstperspectief van de HAIO 11

3.3. Het werkveld 11

3.4. Bestaande maatregelen 13

4. Methode 16

4.1. Oriënterende literatuurstudie 16

4.2. Opstellen en verspreiden vragenlijsten 16

4.3. Verwerken resultaten 17

5. Resultaten 18

5.1. Vragenlijst huisartsen-in-opleiding. 18

5.2. Vragenlijst huisartsen. 24

6. Discussie 29

6.1. Educatief 29

6.2. Financieel 31

6.3. Bestuursmatig 32

6.4. Professionele en persoonlijke ondersteuning 32

6.5. Sterktes en zwaktes 35

7. Besluit 36

7.1. Eigen beschouwingen 36

8. Referentielijst 37

9. Dankwoord 39

10. Bijlagen 40

10.1. Vragenlijst HAIO'S 40

10.2. Vragenlijst huisartsen 42

10.3. Goedgekeurd Protocol 44

10.4. Gunstig advies Ethische commissie en bijkomende amendementen 50

1. Inleiding

Wereldwijd is er een ongelijke verdeling in het aanbod van zorg. Dit werd in 1972 al aangekaart door dokter Julian Tudor Hart, in zijn zogenaamde wet van omgekeerde zorg (Harts Inverse Care Law)(1). Deze stelt dat het aanbod aan goede gezondheidszorg omgekeerd evenredig is aan de nood van de populatie, met andere woorden dat degenen met de grootste zorgnood de slechtste toegang tot deze zorg hebben. Er is een dus duidelijke noodzaak aan maatregelen en interventies om dit onevenwicht te corrigeren.

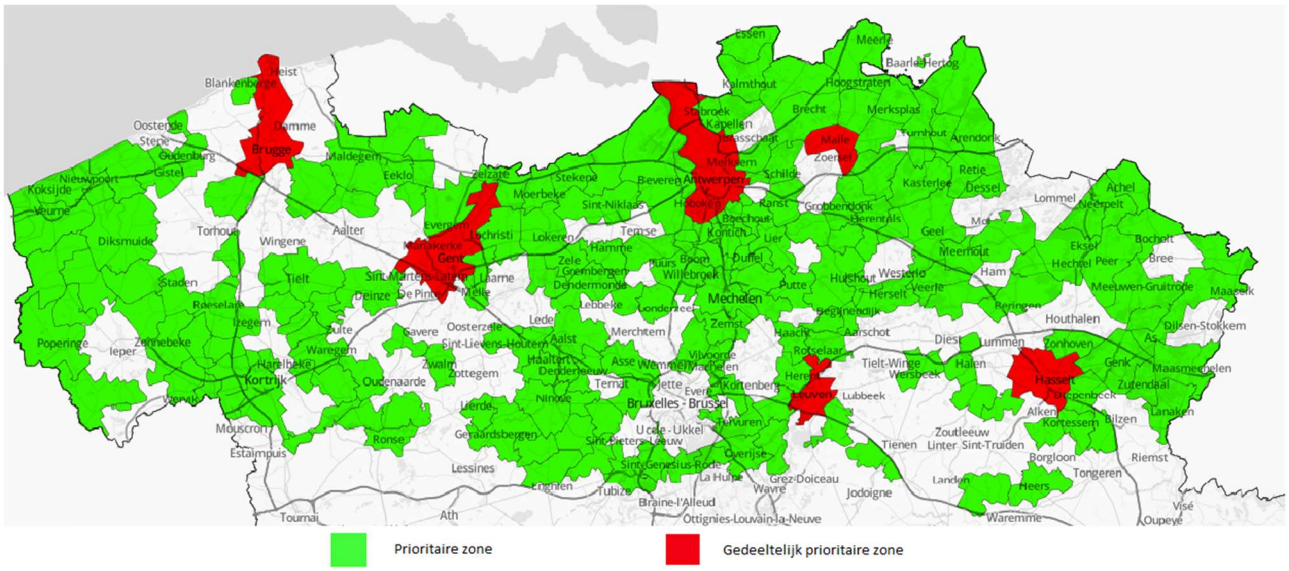
In Vlaanderen kent men eveneens een ongelijke verdeling in het aanbod van eerstelijnsmedewerkers, onder andere ook onder de huisartsen. De laatste jaren blijft in Vlaanderen het aantal gemeentes met een huisartsentekort, de zogenaamde 'prioritaire zones', toenemen . Tabel 1 geeft de criteria voor een prioritaire zone zoals opgesteld door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid weer. Op 1 juni 2017 werd een nieuwe lijst met gemeenten die aan de criteria voor prioritaire gemeente voldoen gepubliceerd. Hierop kon men 204 gemeenten, deelgemeenten en stedelijke wijken terugvinden, een duidelijke toename tegenover 185 gemeenten in 2016 en 180 in 2015 (2). Bij de manier waarop men hier de definitie 'prioritaire zone' hanteert moet men wel de bedenking maken dat het hierbij enkel over het aantal huisartsen gaat, het aantal uren die door deze artsen worden gepresteerd of eventuele ondersteuning door andere eerstelijnsmedewerkers wordt niet in rekening genomen. Ook bij het afbakenen van de zones wordt geen rekening gehouden met specifieke noden van de patiëntenpopulatie binnen het gebied.

Tabel 1: Criteria voor prioritaire zones

Criteria voor prioritaire zone

• Een afgebakende zone in het kader van het grootstedenbeleid.
• Een huisartsenzone met:
  o ofwel minder dan 90 huisartsen per 100.000 inwoners;
  o ofwel in dunbevolkte gebieden (=minder dan 125 inwoners per km²) minder dan 120 huisartsen per 100.000 inwoners.

Dit tekort aan huisartsen is het gevolg van verschillende evoluties binnen de eerstelijnszorg over de afgelopen jaren. Enerzijds is er een grotere belasting van de bestaande huisartsen door de vergrijzing van de bevolking, de toename van patiënten met multi-pathologie en de verschuiving van zorg uit tweede lijn naar de eerste lijn. Langs de andere kant verandert ook de huisartsenpopulatie. De oudere generatie nadert steeds meer de pensioenleeftijd, de jongere generatie kent een duidelijke vervrouwelijking en een toenemend aantal artsen dat deeltijds wenst te werken. In 2013 probeerde een team van het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de KULeuven een beeld te schetsen van het huidige werkveld, de resultaten hiervan werden gepubliceerd in het Tijdschrift voor Geneeskunde (3). In dit onderzoek werd geschat dat ongeveer de helft van de artsen 50 jaar of ouder waren en ruim 1/3 gaf aan binnenkort met pensioen te gaan. Driekwart van de artsen werkten voltijds, 2/3 onder hen waren mannen. Er dreigt een grote uitstap bij de jongere artsen, de groep artsen tussen 25-30 jaar die overweegt om uit het beroep te verlaten is maar liefst tweemaal groter dan bij hun collega's tussen 50 en 65 jaar. Als reden van een uitstap komt vooral de werkdruk naar voor, soms in combinatie met financiële redenen of een gevoel van gebrek aan waardering voor het beroep.



Figuur 1: Aanduiding van de regio's in Vlaanderen die al dan niet beschouwd worden als prioritaire zone volgens de officiële impulseo I-methode in 2017.

Door de verhoogde vraag naar zorg en de veranderingen binnen de huisartsenpopulatie ontstaat er een onevenwicht in vraag en aanbod van zorg in de eerste lijn, welke in bepaalde regio's meer uitgesproken is dan in anderen. Gelukkig is er de laatste jaren opnieuw een toenemend aantal studenten die kiezen voor de opleiding tot huisarts. Het Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding vzw (ICHO) publiceerde in 2016 in haar jaarrapport de cijfers van het academiejaar 2015 – 2016 (4). Dat jaar ontvingen maar liefst 209 artsen hun diploma tot huisarts. Daarnaast waren er nog 541 studenten ingeschreven in de opleiding tot huisarts, namelijk 283 in het eerste jaar en 258 in het tweede jaar. Het is belangrijk om deze jonge generatie zoveel mogelijk te motiveren om aan de slag te gaan in de hierboven beschreven huisartsarme gebieden om zo continuïteit en laagdrempeligheid van de zorgen voor de patiënt te garanderen. Dit zal leiden tot een beter verspreide werklast voor de huisartsen en een hogere kwaliteit van zorg voor de patiënt.

In Vlaanderen bestaat er het Impulseofonds, waarbij men door middel van financiële tegemoetkoming huisartsen wilt ondersteunen bij de opstart van een praktijk in een prioritaire zone. Een evaluatie van deze maatregel werd in opdracht van het Vlaams Agentschap voor Zorg en Gezondheid geëvalueerd en gepubliceerd op 6 januari 2017 (5). Men kon geen significant verband terugvinden tussen de uitkering van de Impulsfonds vestigingspremies en de evolutie van de huisartsendichtheid in deze prioritaire zones. In het rapport werden artsen geïnterviewd die recent gebruik hadden gemaakt van de premies uit het Impulsfonds bij de start van hun carrière. Uit deze interviews blijkt dat de maatregel wordt geappreciëerd door de startende huisartsen, maar zelden de belangrijkste drijfveer is om in een huisartsarme regio te starten. Dit doet vermoeden dat er andere factoren een rol spelen bij de keuze van een nieuwe werkplek bij jonge artsen. Het doel van deze masterproef is om een beter inzicht te krijgen in de verschillende drijfveren van jonge artsen bij het kiezen van een werkplek. Op basis van deze gegevens wordt op zoek gegaan naar maatregelen die huisartsarme regio's kunnen toepassen om zo een betere spreiding van (nieuwe) huisartsen te krijgen.

2. Huisartsarme zones, een wereldwijd probleem?

Wereldwijd is er een ongelijke verdeling van gezondheidsmedewerkers terug te vinden. In de internationale literatuur spreekt men vaak over het verschil tussen rurale en stedelijke gebieden om deze ongelijke verdeling aan te kaarten. Rurale gebieden kennen over het algemeen meer ziekte, meer armoede, een lagere opleidingsgraad en een moeilijkere toegang tot gezondheidszorg in vergelijking met stedelijke gebieden. Ongeveer de helft van de wereldpopulatie leeft in rurale gebieden, maar het grootste deel van de gezondheidsmedewerkers leeft en werkt in stedelijk gebied. Hierdoor staat wereldwijd ongeveer 24% van de artsen in voor de gezondheid van maar liefst 50% van de populatie, namelijk deze in rurale gebieden.(6) Vooral in landen met lage inkomens is het contrast zeer groot, doordat er in deze landen een groter deel van de bevolking op het platteland woont en er een groter algemeen tekort is aan gezondheidsmedewerkers.

2.1. Beleid op internationaal niveau

Naar aanleiding van bovenstaande bevindingen heeft de World Health Organization verschillende strategieën opgesteld om gezondheidsmedewerkers aan te moedigen om aan de slag te gaan in afgelegen en rurale gebieden. Deze maatregelen zijn vrij algemeen en dienen per land geëvalueerd te worden naar hun noodzaak, haalbaarheid en precieze implantatie in het beleid. De strategieën worden opgesplitst in 4 verschillende onderdelen: educatief, bestuursmatig, financieel en persoonlijk/professioneel. In tabel 2 worden deze verder geïllustreerd met voorbeelden.

Tabel 2: Strategieën om gezondheidsmedewerkers aan te moedigen om aan de slag te gaan in afgelegen gebieden zoals voorgesteld door de WHO.

Onderdeel	Voorbeelden van maatregelen
Educatief	• Rekrutering studenten uit rurale gebieden • Oprichten lokale scholen en campussen in rurale gebieden • (Vroegtijdige) kennismaking met rurale geneeskunde • Aspecten van 'landelijke' geneeskunde verwerken in de lessen om zo zelfzekerheid van studenten te vergroten
Bestuursmatig	• Bredere invulling van praktijkvoering in afgelegen gebieden om zo werkvoldoening te vergroten en tekorten op te vangen (bijvoorbeeld verpleegkundigen meer bevoegdheden geven) • Nieuwe functies introduceren om zo het aantal gezondheidsmedewerkers te vergroten • Verplichte toewijzing ondersteunen door middel van incentives • Studiebeurzen en andere maatregelen aanbieden met als voorwaarde terugkeer naar ruraal gebied.
Financieel	• Financiële incentives om in landelijk gebied te starten: bijvoorbeeld beurzen voor woningen, gratis transport,…
Persoonlijk en/of professioneel	• Lokale leefomstandigheden verbeteren • Het inrichten van een werkomgeving • Samenwerking met andere zorgverleners uit beter voorziene gebieden • Mogelijkheden om carrière uit te bouwen zonder dat men gebied moet verlagen • Uitbouwen van professionele netwerken • Vergroten van het algemene respect voor het beroep

Er zijn internationaal talrijke onderzoeken gebeurd naar interventies die een bewezen effect zouden hebben op het aantrekken en behouden van artsen in huisartsarme gebieden.

Een veel voorkomende bron van interventies zijn gericht op stages en ervaringen binnen de landelijke geneeskunde. Werken in een landelijk gebied heeft zijn eigen kenmerken en door tijdens de opleiding vroegtijdig kennis te maken met deze manier van werken creëert men bij de studenten een groter zelfvertrouwen met later ook een grotere gevoel van voldoening tijdens het werk. Het belang van klinische ervaring binnen de huisartsgeneeskunde door middel van stages wordt benadrukt in een studie van Turkeshi et al uit 2015 (7). Uit een systematisch literatuuronderzoek concludeerden de onderzoekers dat stages binnen huisartsgeneeskunde een waardevolle aanvulling waren aan het curriculum omdat zij een volledig andere manier van werken en denken illustreerden die eigen is aan de huisartsgeneeskunde. Deze stages bieden een antwoord op het meestal negatieve beeld dat veel geneeskundestudenten hebben van huisartsgeneeskunde en vergroten ook de werkvoldoening van de huisartsen die zich voor deze stages engageren. De onderzoekers besluiten echter dat stages alleen onvoldoende zijn om een carrièreshift naar huisartsgeneeskunde te bekomen en dat een combinatie van interventies noodzakelijk zal zijn. Andere interventies met betrekking tot de opleiding zijn bijvoorbeeld meer studenten uit rurale gebieden toelaten, tot de opleiding, het bouwen van een campus in een gebied met een tekort en het aanbieden van stages binnen deze gebieden (8). Uit de internationale literatuur blijkt namelijk dat vooral deze drie factoren een sterke correlatie hebben met het werken in een ruraal gebied, namelijk een persoonlijke landelijke achtergrond, positieve klinische en educatieve ervaringen binnen de rurale setting tijdens de opleiding en lessen georiënteerd op de aspecten van landelijke geneeskunde binnen het curriculum(9).

Een Cochrane review uit 2015 heeft geprobeerd om verschillende maatregelen te analyseren op hun effectiviteit, maar kon slechts bij 1 studie een significant effect vaststellen(10). Er waren wel enkele maatregelen met veelbelovende resultaten, maar er is meer noodzaak aan correct uitgevoerde studies om significante verbetering vast te stellen. De studie in kwestie gebeurde in Taiwan en evalueerde het effect van een nationale verzekeringscampagne met als doel gezondheidszorg voor de bevolking meer betaalbaar te maken, ook in rurale gebieden. Dit leidde wellicht tot een betere spreiding van de hulpverleners, maar de sterkte van de studie werd niet erg hoog ingeschat.

Zoals hierboven vermeld hebben veel studies veelbelovende resultaten, maar het studiedesign was onvoldoende om een sluitende conclusie te vormen. Wat wel duidelijk is, is dat één enkele maatregel onvoldoende is en dat een samenspel van verschillende maatregelen het beste resultaat zal geven. Zo kan men aanpassingen doen om meer studenten op te leiden die mogelijks in rurale gebieden zullen werken, maar deze studenten zullen pas echt aan de slag gaan in landelijke regio's als ook de werkomstandigheden in deze gebieden voldoende goed zijn. Dit kan men bekomen door het aanbieden van de nodige infrastructuur en medisch materiaal aan startende artsen. Factoren uit het privéleven spelen eveneens een rol, zoals leefomstandigheden en opleidingsmogelijkheden (11).

2.2. Ethische aspecten rond het opstellen van een beleid.

Vanuit ethisch standpunt kan men maatregelen op een schaal plaatsen van 'stimulerend' tot 'dwingend' (zie figuur 2). Voorbeelden van 'stimulerende' maatregelen zijn het verzekeren van een hoog salaris, investeren in educatieve omkadering, ondersteunen van de opstart van praktijken en dergelijke. Onder 'dwingend' verstaan we eerder het uitreiken van licenties om in een bepaalde regio praktijk te voeren, waardoor er een verplichte relocatie komt van artsen naar onderbemande gebieden. Een ander voorbeeld is toelaten van studenten tot de studie

geneeskunde nadat ze contractueel beloven om voor op zijn minst een aantal jaren praktijk te voeren in minder aantrekkelijke gebieden.



Figuur 2 Mogelijke maatregelen om een gelijke spreiding van hulpverleners te bekomen, voorgesteld op een schaal van dwingend tot stimulerend (bron: Stapleton et Al (12))

In de hele discussie rond de verdeling van gezondheidsmedewerkers moet men steeds een afweging maken tussen de belangen van de gemeenschap, in dit geval een gelijke toegang tot gezondheidszorg ongeacht de woonplaats van de patiënt, en de vrijheid van de arts om te kiezen waar hij of zij wil wonen en werken. Voor de afweging hiervan bestaan er binnen de ethiek drie grote theorieën, namelijk het utilitarisme, het libertinisme en de gerechtigheid (12).

Bij het utilitarisme gaat men op zoek naar de maatregel waarbij de netto uitkomst het meeste voordeel geeft. Op vlak van gezondheidszorg betekent dit dat men kijkt naar het maximale winst in gezondheid, ongeacht de rechten van de arts of de noden van de individuele patiënt. Deze werkwijze staat toe dat er soms dwingende maatregelen moeten worden genomen om artsen een bepaalde werkplaats toe te wijzen, met andere woorden plaatst men het belang van de gemeenschap boven dat van het individu, namelijk de huisarts. Hoewel deze maatregelen initieel kunnen zorgen voor een betere herverdeling van huisartsen bestaat er ook het gevaar dat dergelijke maatregelen ervoor zorgen dat het beroep huisarts als minder aantrekkelijk wordt beschouwd, met een verminderde toevoer aan huisartsen met op zijn beurt een algemeen tekort aan huisartsen.

Deze instelling staat lijnrecht tegenover het libertinisme, waarbij men de vrijheid van het individu boven alles stelt. Men zal daarbij dan ook eerder zorgen dat het werken in een ‘huisartsarme’ zone zo aantrekkelijk mogelijk wordt gemaakt zodat artsen uit zichzelf kiezen om daar te werken. Hierbij wordt er dus vooral gebruik gemaakt van incentives. Hierbij kan men echter nooit garanderen dat er voldoende huisartsen in een bepaald gebied zullen werken.

Tussen beide stromingen ligt de rechtvaardigheid, waarbij de waarden en belangen van alle betrokkenen in acht worden genomen, met als bedoeling dat iedereen een kans heeft op ‘een goed leven’. In het geval van de gelijke verdeling van huisartsen zijn de grenzen hier niet duidelijk gedefinieerd. Zo kan men stellen dat huisartsen gezien hun beroep al voldoende kansen hebben tot ‘een goed leven’ en dat bijkomende incentives eigenlijk onnodig zijn en dwangmaatregelen in zekere zin gegrond zijn om zo patiënten uit huisartsarme zones ook een kans op een gezond en op die manier ook een goed leven te bieden.

3. Situatie in België

3.1. Opleiding

Het tekort aan huisartsen kan pas opgelost worden als er voldoende studenten voor de richting huisartsgeneeskunde kiezen. Het behoort tot de taak van de universiteiten om studenten de kans te bieden om kennis te maken met het beroep en zo alle aspecten te leren kennen. Hoe dit wordt ingevuld is voor elke universiteit vrij te kiezen, wat voor een zeer grote diversiteit kan zorgen. Een studie uit 2013 evalueerde het aanbod van huisartsgeneeskunde in Europese universiteiten. België scoorde hierbij zeer goed, alle universiteiten in België hebben huisartsgeneeskunde opgenomen in hun curriculum en bieden daarnaast ook klinische ervaringen aan onder de vorm van stages. Deze stages komen al vroeg in de opleiding aan bod, afhankelijk van de universiteit al vanaf het 2e of 3e jaar(13). De cijfers uit deze studie hebben betrekking op de basisopleiding geneeskunde, de stages na het kiezen voor de richting huisartsgeneeskunde zijn niet in beschouwing genomen. Op het moment van de studie hadden de universiteiten van Leuven, Gent en Brussel het meest uitgebreide aanbod aan huisartsenstages tijdens de opleiding, namelijk 10 weken voor Leuven en Gent, de Vrije Universiteit Brussel stond aan de top met 12 weken huisartsenstage. De Universiteit van Antwerpen voorzag 8 weken stage binnen het curriculum. De laatste jaren is er heel wat veranderd in het curriculum huisartsgeneeskunde, vooral door het overschakelen van een 7-jarig naar een 6-jarig curriculum voor de basisopleiding tot arts. Voor UGent bevat de gemeenschappelijke opleiding momenteel 5 weken stage, voor KULeuven is dit 2 weken met in de masteropleiding met mogelijkheid tot 6 weken huisartsenstage binnen de contextstages. De Vrije Universiteit van Brussel biedt 6 weken stage, Universiteit Antwerpen heeft in totaal 4 weken huisartsenstage opgenomen in de basisopleiding. Bij de keuze voor de oriëntatie huisartsgeneeskunde komt er bij elke universiteit nogmaals 6 weken huisartsenstage bij.

Tabel 3 Aanbod van huisartsenstages binnen de gemeenschappelijke opleiding tot arts in de verschillende Vlaamse universiteiten, weergegeven per week. Het variabele aantal weken bij de KULeuven heeft te maken met de mogelijkheid tot het kiezen van contextstages.

Universiteit	**Zevenjarig curriculum**	**Zesjarig curriculum**
Universiteit Gent	10 weken	5 weken
KU Leuven	10 weken	2 – 8 weken
Vrije Universiteit Brussel	12 weken	6 weken
Universiteit Antwerpen	8 weken	4 weken

Maar is deze kennismaking via het lessenpakket en de stages voldoende om studenten warm te maken voor het beroep van huisarts? In 2008 probeerde het Kenniscentrum hier reeds een antwoord op te vinden (14). Bij dit onderzoek werd gepeild naar de perceptie van studenten rond het beroep. Hieruit bleek inderdaad dat vooral de faculteiten een belangrijke rol speelden in het motiveren van jonge artsen tot het beroep van huisarts, idealiter door het snel aanbrengen van huisartsgerichte lessen, het voorzien van kwaliteitsvolle stageplaatsen en een duidelijke waardering van het specialisme binnen de faculteit.

Bij een derde van de studenten ligt de keuze voor het huisartsenberoep al vast voor ze aan de opleiding beginnen. Er kwamen een aantal factoren naar voor die een vroege ambitie tot huisarts positief leken te beïnvloeden: het medische beroep van de vader, het hoogste diploma van de moeder, een rolmodel in de familie, de aantrekkingskracht van de intellectuele uitdagingen van de huisarts en een interesse in menselijke contacten.

Het beroep van huisarts wordt onder studenten jammer genoeg gezien als een beroep met minder status en lagere verdiensten. Voor studenten aan het begin van de opleiding is de huisarts nog vaak de hardwerkende solo-arts die vooral de kleine kwaaltjes moet oplossen. Het beroep kampt duidelijk met een imagoprobleem in vergelijking met andere specialisaties. Meer lesgevers met ervaring binnen de huisartsgeneeskunde zouden hier (theoretisch) een oplossing voor kunnen bieden. Tijdens de opleiding komen als lesgevers vooral specialisten aan bod, waardoor studenten al snel het gevoel krijgen dat ze opgeleid worden als specialist. De lessen die dan wel door huisartsen worden gegeven worden vaak als minder interessant en intellectueel minder uitdagend dan deze van specialisten (vb. Organisatie van gezondheidszorg, psychosociale problemen,…) Studenten krijgen vaak pas tijdens de praktijkstages een duidelijk en correct beeld over wat het nu juist betekent om huisarts te zijn, maar voor velen is op dat moment de beslissing al gemaakt.

Naast het aanrijken van een rolmodel kan een huisarts als lesgever ook inhoudelijk een meerwaarde bieden. Als huisarts moet men het vaak met minder middelen stellen dan in een ziekenhuis, waardoor de besliskunde in de huisartsenpraktijk ook sterk verschilt met deze van andere specialisaties. Alle studenten in de KCE-studie gaven aan dat werken als huisarts voor hen gepaard gaat met een gevoel van onzekerheid, bijvoorbeeld in diagnosestelling, opstellen van beleid…. Opvallend was wel dat studenten die reeds de beslissing voor huisartsgeneeskunde hadden gemaakt beter konden omgaan met deze onzekerheid. Het is wellicht bevorderlijk om reeds in de basisopleiding huisartsgerichte lessen te includeren die de specifieke besliskunde die typerend is voor huisartsgeneeskunde illustreren en zo dit gevoel van onzekerheid tegen te gaan.

3.2. Toekomstperspectief van de HAIO

Eens gekozen voor de opleiding huisarts heeft de hedendaagse HAIO al verschillende voorkeuren naar toekomstperspectief toe. Bovenvermelde KCE-studie(14) vroeg bij studenten naar hun eigen carrièreperspectief en wat voor hen belangrijk is naar de toekomst toe. Opvallend hierbij is dat studenten die voor huisartsgeneeskunde kiezen meer belang hechten aan flexibele werkuren dan aan werkzekerheid in vergelijking met hun collega's die wensen te specialiseren.

Nele Van Pee deed voor haar masterproef onderzoek naar het carrièreperspectief van de Huisarts In Opleiding, met name rond werkdruk, zorgsubstitutie en taakdelegatie.(15) Een belangrijk gegeven uit dit onderzoek was dat mannelijke HAIO's in de toekomst liever in een stedelijke praktijk wensten te werken, vrouwen daarentegen verkozen een landelijke setting als toekomstige werkplaats. Vrijwel alle ondervraagden wensten in groepsverband te werken. Multidisciplinair werken werd door de meeste HAIO's boven monodisciplinair samenwerken geplaatst in hun 'ideale' werksetting. Later wensen ze dicht bij de praktijk te wonen (13-14 minuten reistijd). Ongeveer de helft van de ondervraagden wenst nog een bijberoep uit te voeren.

3.3. Het werkveld

Veranderingen binnen het werkveld

In 2013 werd een poging gedaan om het werkveld van de Vlaamse huisarts in kaart te brengen(3). Hierbij werden gegevens verzameld rond werkomstandigheden en de activiteitenbalans. Daarnaast werd nagegaan hoeveel huisartsen er in de toekomst nodig zijn om Vlaanderen van voldoende huisartsen te voorzien. Uit dit onderzoek bleek dat er momenteel een verandering binnen de sector aan de gang is. Enerzijds heb je de mannelijke solo-artsen, die maar liefst 70% van alle patiëntencontacten voor hun rekening nemen. Aan de andere kant staat de jongere generatie, waarbij de verhouding man/vrouw zich omkeert met een meerderheid aan vrouwen. Tegelijkertijd ziet men ook een toenemend aantal artsen

die beslissen deeltijds te werken. Aangezien ruim een derde van de huisartsen op het moment van het onderzoek van professor Schoenmaekers et al. (3) aangaf dat hij/zij de pensioengerechtigde leeftijd in afzienbare tijd zou bereiken, wordt de nood aan nieuwe artsen meteen duidelijk. Daarbovenop komt nog eens het verontrustende nieuws dat een derde van de artsen een vroegtijdige uitstap uit het beroep overwegen, waarvan de meerderheid binnen de leeftijdscategorie 25-35 jaar.

Moeilijke aspecten van het huisartsenberoep

Maar waarom overwegen zoveel artsen een beroepsuitstap? Op deze zeer belangrijke vraag probeerde de eerder vermelde studie van het kenniscentrum eveneens een antwoord te geven(14) . Hiervoor werden 16 artsen geïnterviewd naar het beslissingsproces dat vooraf ging aan hun keuze om het huisartsenberoep (tijdelijk) te verlaten.

Voor jonge artsen is het belangrijk dat zij naast hun professionele activiteiten ook een privéleven kunnen ontwikkelen, en een vroegtijdige uitstap in deze leeftijdsgroep heeft vaak te maken met problemen rond dit evenwicht: hoge werkbelasting, stresserende situaties, eisen binnen groepspraktijken,…. (14) Als gevraagd wordt naar concrete suggesties om meer artsen binnen het beroep te houden komen jonge huisartsen dan ook met oplossingen rond deze problemen: betere organisatie van wachtdiensten, promoten van groepspraktijken, financiële ondersteuning van deze praktijken, medische opleidingen tijdens de werkuren en een betere voorbereiding op het huisartsenberoep vanuit de opleiding.

Een betere organisatie van wachtdiensten kan inhouden om deze uit te bereiden naar een groter gebied, zodat wachtdiensten onder meer artsen worden verdeeld of door het oprichten van wachtposten met meer organisatorische en structurele ondersteuning van deze wachtdiensten door het aanbieden van administratief personeel, consultatieruimtes en chauffeurs. Het promoten van groepspraktijken kan vanuit lokale besturen door het aanbieden van een gemeenschappelijk gebouw maar kan ook door het aanbieden van financiële ondersteuning en begeleiding bij de opstart. Een betere voorbereiding vanuit de opleiding kan bestaan uit meer praktijkgerichte lessen alsook aanbieden van participatiestages, zoals hierboven reeds vermeld.

In haar masterthesis ging Anouk Verraes op zoek naar de reden waarom jonge huisartsen het huisartsenberoep verlaten(16). Er werd een vragenlijst gestuurd naar artsen die tussen 2006 en 2009 afstudeerden als huisarts maar in 2011 niet langer het huisartsenberoep uitoefenden, hun partners konden ook een vragenlijst hierover invullen. De voornaamste redenen om het huisartsenberoep te verlaten waren zowel voor de artsen als volgens hun partners dat zij te weinig tijd hadden voor het gezin, een te hoge werkdruk/lange werktijden ervaarden en problemen hadden met collega's.

Aantrekkingskracht van het huisartsenberoep

De tegenpool van burn-out is bevlogenheid. Deze bevlogenheid wordt gedefinieerd als 'een positieve, affectief- cognitieve toestand van opperste voldoening die gekenmerkt wordt door vitaliteit, toewijding en absorptie' en gaat gepaard met positieve attitudes en een grotere werkvoldoening(17). In haar masterproef ging Roselinde Lenaerts op zoek naar de bevlogenheid bij huisartsen en naar manieren om deze bevlogenheid te vergroten. Zaken zoals mogelijkheid tot overleg en feedback, autonomie en eigen regelruimte werden als interventies voorgesteld. Werken in teamverband zou elk van deze aspecten kunnen versterken.

Aan de hand van een vragenlijst werd vorig jaar de bevlogenheid bij de Vlaamse huisarts geëvalueerd(18). Hieruit bleek dat oudere huisartsen een hogere mate van bevlogenheid ervaren. Mogelijks is dit omwille van de grotere ervaring en een groter gevoel van

bekwaamheid. In de groep jonge artsen zaten heel wat HAIO's, bij wie onzekerheid nog een grote rol speelt. Daarnaast zijn een diepgaander contact met de patiënt en een andere gezinscontext factoren die wellicht de hogere bevlogenheid bij oudere artsen verklaren. Opvallend was wel dat solo-artsen een hogere bevlogenheid rapporteerden dan artsen die in groepsverband werken. Dit kan verklaard worden door het feit dat onder de solo-artsen vooral oudere artsen vallen, die om bovenvermelde redenen een hogere bevlogenheid aangeven. Gezien groepspraktijken meer regelruimte en autonomie toelaten zou men verwachten dat deze artsen ook meer bevlogen zijn. Het is natuurlijk ook wel zo dat problemen in de samenwerking tussen de artsen deze bevlogenheid sterk kunnen doen dalen. De belangrijkste factor voor bevlogenheid was volgens dit onderzoek erkenning en feedback, niet enkel door andere huisartsen maar door de omgeving in het algemeen. Ander factoren die een positieve invloed hadden op bevlogenheid waren vaardigheidsbenutting (de mogelijkheid om eigen talenten te ontplooien), opleidingsmogelijkheid, autonomie en de mogelijkheid om voldoende te ontspannen buiten het werk.

In 2013 organiseerde Domus Medica een inwooncursus met als thema 'In vuur en vlam'. Via een vragenlijst werd bij de aanwezige huisartsen gepeild naar wat hun aansprak in het huisartsenberoep(19). Naast het patiëntencontact, dat zeer uitgebreid en langdurig is werden ook vooral de autonomie en de variatie van het beroep aangehaald als sterke factoren. Op de vraag wat huisartsen deden om hun batterijen terug op te laden kwamen zeer diverse antwoorden, de meeste gingen over vrijetijdsbesteding zoals sporten, reizen en andere hobby's, maar een aantal artsen gaf ook een aantal praktijkgebonden aspecten aan, met name agendabeheer en tijdsmanagement. Opnieuw zou vooral samenwerken deze aanpassingen mogelijk kunnen maken, het is namelijk veel gemakkelijker om je vrije tijd te beschermen als je de continuïteit van de patiëntenzorg met meerderen kan delen.

Wachtdiensten

Zoals hierboven reeds beschreven is de manier waarop de wachtdiensten worden georganiseerd zeer belangrijk binnen het huisartsenberoep, en dit is dan ook iets waar artsen rekening mee houden bij het kiezen van een werkplaats.

Permanentie wordt meestal georganiseerd binnen de verschillende huisartsenkringen. Het dalende aantal huisartsen dat bereid en beschikbaar is om wachtdiensten te verzorgen vergroot de druk op de overblijvende huisartsen, vooral in gebieden waar reeds een huisartsentekort is. In 2009 presteerde een huisarts in landelijke gebied gemiddeld 630 uren wachtdienst, in halfstedelijke en stedelijke gebieden was dit respectievelijk 326 en 224 uren (20).

Voor het aantal nachtelijke wachtdiensten, zowel op weekdagen als in het weekend, vertaalde zich dit naar 3-4 nachten per maand in landelijke gebieden, in half-stedelijk gebied is dit 2 nachten per maand en in stedelijke gebieden slechts 1 tot 2 nachten per maand. In 2009 presteerden twee derde van de huisartsen in landelijk gebied meer dan 30 nachten per jaar, onder hun collega's uit half-stedelijke gebieden deden slechts 1 op 4 meer dan 30 nachten en in stedelijke gebieden was dit slechts het geval voor 9% van de artsen.

3.4. Bestaande maatregelen

In België bestaat er momenteel één veralgemeende maatregel om het werken in een huisartsenarme zone aantrekkelijk te maken, namelijk het Impulseofonds. Vanuit de overheid, meer bepaald het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkering (RIZIV), wil men aan de hand van een pakket maatregelen huisartsen ondersteunen bij de vestiging van een nieuwe praktijk en samenwerking tussen huisartsen aanmoedigen. Zo verleent zij eerst en vooral een financiële ondersteuning bij het opstarten van een huisartsenpraktijk in een huisartsarme regio onder de vorm van een renteloze lening en een premie, deze maatregel

wordt ook wel Impulseo I genoemd. Daarnaast wordt in een tweede groep maatregelen, Impulseo II genaamd, ook de uitbouw van een praktijk ondersteund door middel van een tegemoetkoming voor een onthaal-en administratief bediende of een tussenkomst in de kosten van een medisch telesecretariaat. Impulseo II is niet specifiek voor huisartsarme zones en zal hieronder niet verder besproken worden.

Impulseo I werd ingesteld bij Koninklijk Besluit van 15 september 2006 en heeft als belangrijkste doelstelling om een goede toegang tot de eerstelijnszorg overal in België te garanderen. Dit doet men door het toekennen van financiële steun aan artsen die zich vestigen in een zogenaamde prioritaire zone. Een prioritaire zone is een afgegrensde zone in het kader van het grootstedenbeleid of is een huisartsenzone met een tekort aan huisartsen. Men spreekt van een tekort aan huisartsen als de verhouding huisartsen per inwoners lager is dan 90 huisartsen per 100.000 inwoners of indien de verhouding lager is dan een 120 huisartsen /100.000 inwoners in een gebied met een bevolkingsdichtheid van minder dan 125 inwoners per km.

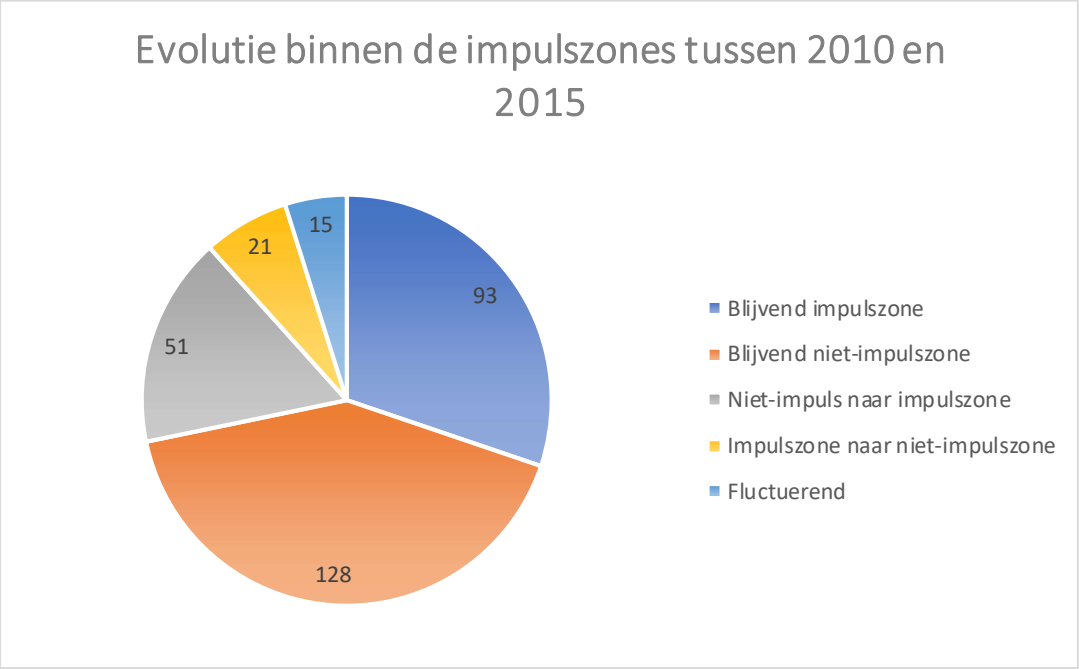
De financiële steun binnen deze maatregel bestaat uit een renteloze lening en een premie bij de opstart van een praktijk, welke samen of apart kunnen worden aangevraagd op basis van enkele voorwaarden. De renteloze lening kan worden aangevraagd bij een 'eerste installatie' als erkend huisarts. Deze eerste installatie omvat het opstarten van een praktijk binnen de 4 jaar na het behalen van een erkenning als huisarts, of binnen 4 jaar na de terugkeer uit een ontwikkelingsland. Deze lening bedraagt maximaal 15 000 euro. Bij een verhuis naar of bij een opstart in een prioritaire zone kan men ook beroep doen op een premie van 20.000 euro. Indien de huisarts binnen 5 jaar de activiteiten in de prioritaire zone stopzet dient hij of zij deze premie gedeeltelijk terug te betalen.

Het spreekt natuurlijk voor zich dat de gehanteerde definitie voor 'prioritaire zone' een rol speelt bij het toekennen van deze premies. Een onderzoek uit 2013 wou nagaan of de gebruikte methode wel de beste is om een huisartsentekort te definiëren en vergeleek verschillende methodes om een al dan niet tekort aan huisartsen te definiëren.(21) De huidige methode gaat uit van huisartsenzones, die soms een vrij groot gebied bestrijken en dus slechts een ruwe inschatting geven van het effectieve tekort. De auteurs stellen een alternatieve methode voor, op basis van kleinere statistische zones die onafhankelijk zijn van de bestaande administratieve grenzen. Opvallend is dat er bij deze methode veel meer gebieden een tekort aan huisartsen hebben. Deze zones bevinden zich ook meer in rurale en suburbane gebieden in vergelijking tot de huidige methode. Maar geografie zegt natuurlijk niet alles, de ideale methode om deze prioritaire zones in kaart te brengen zou ook rekening moeten houden met de populatie binnen deze zones, hun zorgnoden en mogelijke verschuivingen naar de toekomst toe.

Initieel hoorde bij deze eerste incentive van het Impulseofonds ook een tweede luik met daarin een extra financiering via het participatiefonds met gratis begeleiding gedurende de eerste 18 maanden na het opstarten van de praktijk, maar sinds de overdracht van Federaal niveau naar de Vlaamse Gemeenschap wordt dit luik niet langer toegepast. Uit een onderzoek van Domus Medica waarin de verstrekte begeleiding geëvalueerd werd bleek echter dat deze begeleiding als zeer positief werd beschouwd en dat er een duidelijke nood was aan deze organisatorische ondersteuning (22).

Ter ere van het tienjarige bestaan van het Impulseofonds werd via het Kenniscentrum een evaluatie van de bestaande maatregelen verricht(5). Hieruit bleek dat er eerder een toename is in het aantal zones die in aanmerking komen voor de financiële ondersteuning bij opstart van een praktijk. Slechts 21 van de 180 zones kon overgaan naar een 'niet-prioritaire zone', 93 behielden deze titel en 51 werden tussen 2010 en 2015 opgenomen in de lijst prioritaire zones

(figuur 3). Er werd geen statistisch significant verband gevonden tussen het toekennen van het Impulseofonds en het aantal huisartsen in een bepaalde regio.



Figuur 3: Evoluties binnen de impulszones tussen 2010 en 2015

Een diepte-interview toonde aan dat de renteloze lening en premie door artsen als positief werd ervaren en zeker heeft geholpen bij de start in een prioritaire zone, maar voor geen van de geïnterviewden was dit een doorslaggevend argument voor de keuze van de werkplaats. Als suggestie werd wel vaak gegeven dat ondersteuning buiten het louter financiële zeker welkom zou zijn zoals bijvoorbeeld een meer algemene begeleiding bij het opstarten van een praktijk.

4. Methode

4.1. Oriënterende literatuurstudie

Internationale literatuur rond het onderwerp werd opgezocht via PubMed met gebruik van de volgende trefwoorden: Physisians/supply & distribution, Primary Health Care/ manpower, Rural Health. Op basis van de abstract werd een eerste selectie gemaakt naar relevantie voor deze masterproef. Rond het onderwerp bestaat veel Angelsaksische literatuur, voornamelijk uit Canada, Australie, Verenigde staten en het Verenigd Koninkrijk. Omdat elk van deze landen zijn specifieke problemen heeft rond verdeling van huisartsen maar geen van hen echt overeenkomt met de situatie in België werd voornamelijk gezocht naar artikels met een brede scope om een zo groot mogelijk aantal voorgestelde interventies te vinden en deze daarna toe te spitsen op de Belgische situatie.

Voor literatuur op nationaal niveau werden verschillende bronnen gebruikt: Huisarts Nu, Tijdschrift voor Geneeskunde en KCE-rapporten. Het archief van Huisarts Nu werd doorgenomen, relevante artikels werden weerhouden. De KCE rapporten gepubliceerd van 2004 tot nu werden bekeken om zo relevante artikels te verzamelen. Het archief van het tijdschrift voor geneeskunde werden artikels met betrekking tot “huisartsgeneeskunde” weerhouden en beoordeeld op relevantie. Eerdere masterproeven uit het archief van het Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding die relevant waren voor het onderwerp werden ook geraadpleegd.

Op basis van dit literatuuronderzoek werden vragenlijsten opgesteld om factoren die een rol spelen bij de keuze voor een werkplaats in een huisartsarme zone te beoordelen.

4.2. Opstellen en verspreiden vragenlijsten

Het opzet van de studie en het opstellen van de vragenlijsten zijn deels gebaseerd op een onderzoek uit 2009 in Canada waarbij via vragenlijsten onderzoek gebeurde naar strategieën die gebruikt werden om studenten aan te trekken in rurale gebieden (23). Deze vragenlijsten werd aangevuld met gegevens vanuit de literatuurstudie en aangepast naar de Belgische situatie.

Bij het opstellen van de vragenlijst werd gekozen voor de termen ‘stedelijk’ en ‘niet-stedelijk’ gebied in tegenstelling tot ‘prioritaire’ zones, aangezien deze voor de deelnemers van de vragenlijst veel gemakkelijker te interpreteren zijn. Binnen de internationale literatuur wordt ook meest ‘rural’ en ‘remote areas’ gebruikt om deze problematiek te bespreken, het verschil in Vlaanderen is natuurlijk minder uitgesproken dan in landen zoals Australië en Canada.

Naast algemene informatie over de ondervraagde populatie werden verschillende stellingen voorgelegd onder de vorm van een Likertschaal, waarbij een score van 1 ‘Absoluut niet akkoord’ en een score van 5 ‘Absoluut wel akkoord’ betekende.

Gegevensverzameling gebeurde aan de hand van drie verschillende vragenlijsten, die telkens werden goedgekeurd door de Ethische Commissie van het Universitair Ziekenhuis van Gent. De vragenlijsten werden opgesteld via www.thesistools.nl en werden onder de vorm van een link naar de enquête op deze website verspreid.

Een eerste vragenlijst was gericht aan huisartsen -in-opleiding en werd in september 2017 verspreid via ICHO Actua en als nieuwsbericht op de ICHO-website. Op basis van literatuuronderzoek werden factoren die in andere (buitenlandse) studies naar voor kwamen bij de keuze van een werkplaats geselecteerd en opgenomen in de vragenlijst.

Een tweede vragenlijst was gericht aan jonge huisartsen en werd eveneens in september 2017 verspreid, ditmaal via Jong Domus. Deze vragenlijst was grotendeels gebaseerd op de

vragenlijst gericht aan de HAIO's met nodige aanpassen om deze toepasselijk te maken voor afgestudeerde huisartsen.

Een derde vragenlijst had als doel de haalbaarheid van enkele mogelijke interventies om jonge artsen aan te trekken in een huisartsarme zone te laten beoordelen door collega-huisartsen. Hiervoor werd een vragenlijst opgesteld, gebaseerd op literatuuronderzoek en resultaten uit de bovenvermelde vragenlijsten. Deze vragenlijst werd verspreid via de Huisartsenkoepel Waasland.

4.3. Verwerken resultaten

Resultaten werden verwerkt aan de hand van het statistische programma SPSS Statistics 25. Grafieken werden uitgetekend met behulp van Microsoft Excel.

Gezien het hierbij om een oriënterend onderzoek gaat werd vooral de nadruk gelegd op de beschrijvende statistiek. Voor de beschrijving van de onderzoekspopulatie werd vooral gebruik gemaakt van percentages en frequenties. Bij analyse van de Likertschalen werd eveneens gebruik gemaakt van de percentages en frequenties gezien het hierbij gaat om ordinale variabelen. De mediaan is minder afhankelijk van extreme waarden in vergelijking met het gemiddelde, beiden werden gerapporteerd.

Bij vergelijking tussen twee populaties werd gebruik gemaakt van de Chi-kwadraattest, aangezien het hier gaat om vergelijking tussen categorische variabelen. Een verschil werd als significant beschouwd bij een $p<0.05$.

De vragenlijst gericht aan jonge huisartsen behaalde met 9 volledig ingevulde exemplaren een te lage respons om conclusies te trekken en wordt verder niet besproken.

5. Resultaten

5.1. Vragenlijst huisartsen-in-opleiding.

Beschrijving onderzoekspopulatie

De vragenlijst werd door 75 personen ingevuld. Hiervan hebben er twee geen uitdrukkelijke toestemming gegeven om de gegevens te gebruiken voor het onderzoek, waardoor er 73 bruikbare vragenlijsten waren. Van deze vragenlijsten waren er 5 die onvolledig werden ingevuld, deze werden eveneens uit de analyse gehaald waardoor er uiteindelijk 68 ingevulde vragenlijsten overbleven voor verdere analyse.

De overgrote meerderheid van de ondervraagde HAIO's vervolledigde de basisopleiding in 2016 en 2017 (respectievelijk 34 en 46 personen), samen goed voor 88 %.

Er werden studenten van de vier grote universiteiten van Vlaanderen bereikt, namelijk 28 studenten van de Universiteit Gent, 25 van de Katholiek Universiteit Leuven, 8 afkomstig uit Universiteit Antwerpen en 7 hadden hun basisopleiding genoten aan de Vrije Universiteit Brussel. Andere universiteiten werden niet vertegenwoordigd in dit onderzoek.

De verdeling tussen de geslachten sprak in het voordeel van de vrouwen, maar liefst 81 % van de respondenten was vrouw. Dit komt overeen met bestaande cijfers over de verdeling man-vrouw binnen de opleiding.

De beslissing om huisartsgeneeskunde te studeren valt voor de meesten vrij laat in de opleiding, maar liefst 54% van de respondenten gaf aan dat ze pas tijdens hun praktijkstages de keuze voor huisartsgeneeskunde maakten. Daartegenover staat 19 % waarbij de beslissing al voor aanvang van de studies vastlag.

Wanneer wordt gevraagd naar de beïnvloedende factoren bij het kiezen voor huisartsgeneeskunde staan de stageplaatsen huisartsgeneeskunde met stip op de eerste plaats, namelijk bij 90 % speelde deze een doorslaggevende rol. De top drie werd vervolledigd door de stageplaatsen in het ziekenhuis (56% van de ondervraagden) en de lesgevers binnen de opleiding geneeskunde (28%).

Bij navragen naar eerdere stageplaatsen huisartsgeneeskunde blijkt dat er iets meer stage wordt gevolgd in een niet-stedelijk gebied, namelijk 79% van de ondervraagden geeft aan stage te hebben gelopen in niet-stedelijk gebied tegenover 63% in stedelijk gebied. Studenten konden hier beide antwoordmogelijkheden aanvinken, naargelang hun stage-ervaringen. Hierdoor is de totale som meer dan 100%.

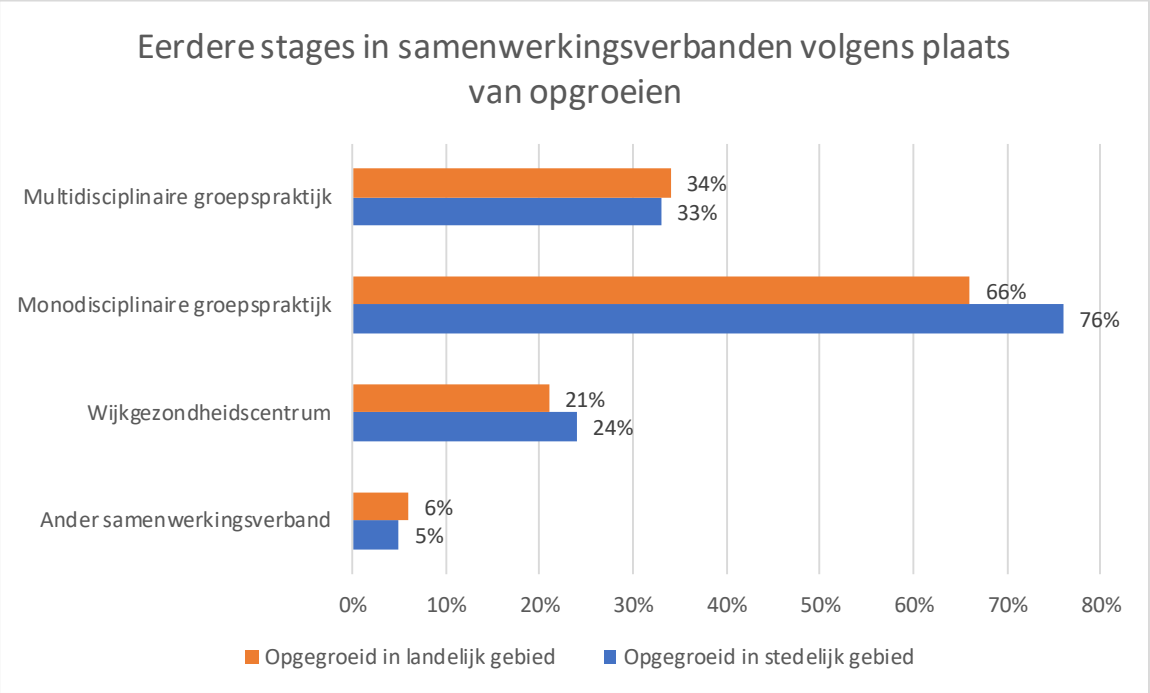
Op vlak van samenwerkingsverbanden komen de meeste studenten in contact met groepspraktijken met enkel huisartsen (69% van de studenten), 38% van de studenten hebben reeds kennis kunnen maken met multidisciplinaire praktijken.

Als we deze cijfers opsplitsen naar de achtergrond van de studenten, meer bepaald of ze afkomstig zijn uit stedelijk gebied of niet, merken we enkele verschillen tussen beide groepen.

Eerst en vooral geven studenten afkomstig uit stedelijk gebied vaker aan dat ze stage hebben gelopen in een stedelijke praktijk, namelijk 76% ten opzichte van 62% in een niet-stedelijke praktijk. Bij studenten afkomstig uit niet-stedelijk gebied zien we net het omgekeerde: 87% heeft stage gelopen in een niet-stedelijk gebied tegenover 57% in stedelijk gebied. Ook hier konden de studenten meerder antwoordmogelijkheden aanvinken waardoor de som meer dan 100% bedraagt.

Als we vervolgens kijken naar de types samenwerking die de studenten op hun stage hebben gezien zijn in beide groepen de verhoudingen tussen verschillende samenwerkingsverbanden

ongeveer gelijk: het grootste aandeel was voor groepspraktijken met enkel huisartsen, gevolgd door multidisciplinaire praktijken en wijkgezondheidscentra op een 2e en 3e plaats. Als we de percentages per type samenwerking vergelijken zien we dat studenten uit stedelijk gebied iets vaker stage lopen bij wijkgezondheidscentra (24% tegenover 21%) en monodisciplinaire groepspraktijken (76% tegenover 66%) (figuur 4).



Figuur 4: Ervaringen met samenwerkingsverbanden tussen huisartsen onder de vorm van eerdere stages, opgesplitst volgens plaats van opgroeien van student.

Stellingen rond opleidingspraktijk

In de enquête werd gepeild naar factoren die de keuze van de opleidingspraktijk hadden beïnvloed, de resultaten zijn samengevat in tabel 3.

Naar praktijkvorm toe verkozen de meeste HAIO's een praktijk gelijkaardig aan hun eerdere huisartsenstages, 53% antwoorde positief op deze vraag. Een multidisciplinaire praktijk was ook zeer in trek, maar liefst 72% gaf aan deze praktijkvorm te verkiezen, het antwoord 'absoluut niet' werd hier door niemand aangevinkt. Solopraktijken zijn niet meteen de ideale opleidingsplaats, 83% geeft aan absoluut niet of eerder niet in dergelijke praktijk te starten.

Er zijn praktijkopleiders die zich eveneens engageren als lesgever aan de vakgroep huisartsgeneeskunde van de verschillende universiteiten en die op die manier al met veel potentiële HAIO's in contact komen. Artsen die betrokken zijn bij de opleiding huisartsgeneeskunde lijken niet meteen een voorsprong te hebben bij de ondervraagde HAIO's in de keuze van hun opleidingspraktijk, 50 % antwoord neutraal, de overige groep is verdeeld met 25% die dit eerder niet verkozen tegenover 25% die wel een praktijkopleider met academisch engagement verkozen.

Op vlak van infrastructuur was de mogelijkheid van huisvesting voorzien in de buurt van de praktijk zeker een pluspunt, 60% zou zijn of haar keuzen hierdoor laten beïnvloeden.

Bij het aanbod van een incentive of de mogelijkheid tot een vaste werkplaats waren de meningen iets meer verdeeld. Op vlak van incentive antwoordt 27% negatief, 26% is neutraal

en 47% positief. Mogelijkheid tot vast is voor 41% niet van belang, 38% zou hier wel rekening mee houden en 21% blijft neutraal.

De kans om ervaringen met vorige HAIO's uit te wisselen is voor vele HAIO's belangrijk, slechts 6% antwoordt hier negatief, 9% hebben geen duidelijke mening hierover.

Op vlak van praktijkorganisatie verkiest driekwart van de HAIO's een praktijk die op afspraak werkt (mediaan 4,00), slechts 26% heeft een duidelijke voorkeur voor een forfaitaire betaling tegenover 46% die betaling per prestatie verkiezen.

Een kleine meerderheid van de HAIO's gelooft niet dat ze meer uren zullen moeten werken in een landelijke praktijk, 45% tegenover 38%. Het idee dat men meer geïsoleerd is in niet-stedelijk gebied en minder gemakkelijk een professioneel netwerk kan uitbouwen wordt door de meeste HAIO's als niet waar beschouwd, respectievelijk 48,5% en70% antwoordde negatief op deze stellingen. Wel verwachten de meeste HAIO's dat je in landelijk gebied meer tijd spendeert aan huisbezoeken.

Op vlak van samenwerking verkiezen de meeste HAIO's samenwerking met een secretariaat, maar liefst 79% scoort dit positief. Andere populaire samenwerkingen zijn deze met een psycholoog, een verpleegkundige en een kinesist.

De aanwezigheid van een wachtpost zou bij 80,9% van de HAIO's de keuze voor een bepaalde praktijk kunnen beïnvloeden.

Vergelijking van bovenstaande stelling tussen de beide geslachten of tussen al dan niet opgegroeid in stedelijk gebied gaf geen significante verschillen.

Stellingen rond toekomstvisie

Er werden eveneens verschillende stellingen rond toekomstperspectief gegeven waarop men moest antwoorden door middel van een Likertschaal. De resultaten worden samengevat in tabel 4.

Naar praktijkvorm wenst vrijwel iedereen enige vorm van samenwerkingsverband, slechts 4% antwoord hierop negatief tegenover 93% die positief antwoorden. Een multidisciplinaire samenwerking spreekt 78% van de respondenten aan. Over de werkplaats zijn de meningen verdeeld: ongeveer 28% verkiest niet-stedelijk gebied, 24% zou liever wel in een stad werken en 31% heeft niet meteen een voorkeur.

De vraag of men voltijds werken zou verkiezen leidt eveneens tot een grote spreiding in voorkeuren: 32% geeft aan dat dit niet tot de verwachtingen behoort, 56% zou hier de voorkeur aan geven. Ongeveer evenveel respondenten (56%) wenst naast het huisartsenberoep nog een bijberoep uit te voeren.

Ongeveer de helft van de respondenten (51%) zou graag terugkeren naar de regio waar ze zijn opgegroeid om daar te werken, 31% zou dit liever niet doen.

De aanwezigheid van opvangmogelijkheden voor kinderen zou voor 43% de keuze voor een latere werkplaats beïnvloeden. 65% geeft aan dat ondersteuning door lokale besturen een invloed zou kunnen hebben op hun keuze. De carrière van de partner zou voor 74% een rol spelen in de keuze van een latere werkplaats.

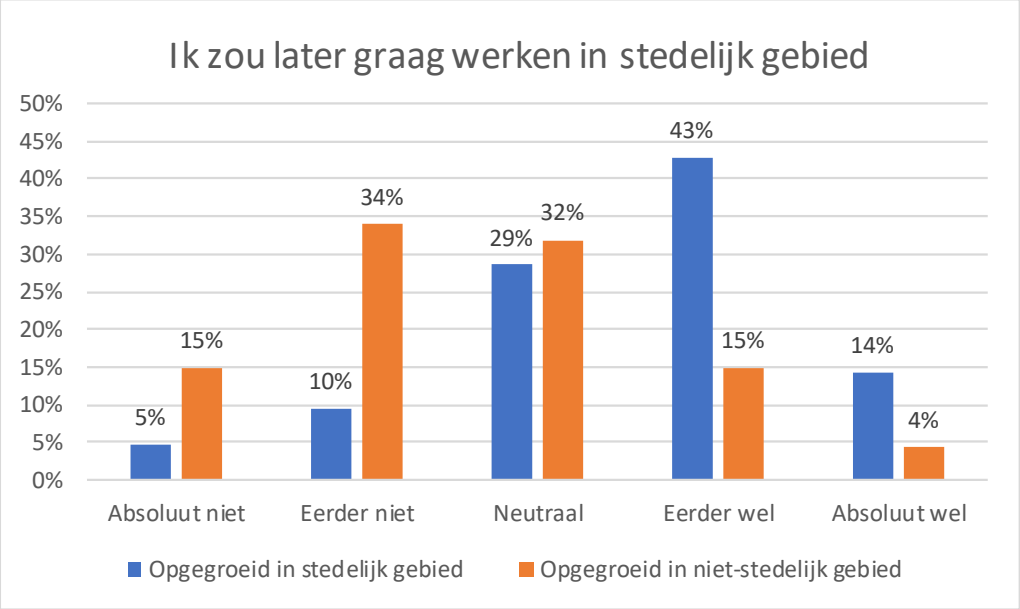
85% hecht belang aan flexibele uren binnen een vast werkschema, een duidelijke scheiding tussen werk en privé is voor 46% absoluut wel belangrijk, 3% geeft aan hier eerder niet mee

in te zitten. Opvallend is dat bij deze laatste twee stellingen niemand koos voor antwoordoptie 'Absoluut niet'.

Het idee om in een regio met wachtpost te werken werd door niemand negatief onthaald, 10% bleef neutraal, 62% gaf aan dit absoluut wel te willen.

Ongeveer de helft (54%) van de ondervraagde HAIO's zou in een huisartsarme regio willen werken omdat nieuwe artsen daar het meeste nodig zijn. Een financiële incentive zou voor 68% een invloed kunnen hebben op hun keuze voor een huisartsarme regio.

Als we een vergelijking maken tussen de groep studenten die zijn opgegroeid in stedelijk gebied tegenover zij die in niet-stedelijk gebied opgroeiden vinden we een significant verschil bij de stelling "Ik zou later graag werken in stedelijk gebied" (p-waarde van 0,02). De meerderheid (57%) van de HAIO's uit stedelijk gebied geeft daarbij aan dat hij of zij graag zou werken in een stad, tegenover slechts 19% bij HAIO's uit niet-stedelijk gebied. In beide groepen antwoord ongeveer 1/3 neutraal op deze vraag (figuur 5).



Figuur 5 Antwoorden op de stelling 'Ik zou later graag werken in stedelijk gebied', opgesplitst volgens plaats van herkomst.

Een niet significant maar toch wel opvallend verschil zien we ook bij de stelling of de HAIO later naast het huisartsenberoep een bijberoep zou uitvoeren. Studenten uit stedelijk gebied antwoorden hierop zeer positief: maar liefst 81% geeft aan dit eerder of absoluut wel te wensen. Studenten uit landelijk gebied zijn hier meer terughoudend: 26% antwoordt negatief, 30% is neutraal en 44% is te vinden voor een bijberoep. De exacte inhoud van dit bijberoep werd hierbij niet verder gedefinieerd.

Bij de vergelijking tussen mannelijke en vrouwelijke HAIO's kwamen enkele opvallende trends aan het licht. Mannelijke HAIO's lijken positiever te staan tegenover werken in een solopraktijk. Een ander significant verschil tussen de geslachten is het vooruitzicht naar voltijds werken(p= 0.001): Alle mannelijk respondenten antwoorden hier positief, voor de vrouwen is dit slechts 45%.

Vervolgens werden de HAIO's opgedeeld volgens universiteit waar ze hun basisopleiding hadden voltooid. Hierbij werden geen significante verschillen tussen de verschillende universiteiten gevonden.

Tabel 4 Antwoorden van de 68 ondervraagde HAIO's op stellingen met betrekking tot de keuze van een opleidingspraktijk.

Stelling	Absoluut niet	Eerder niet	neutraal	Eerder wel	Absoluut wel	Gemiddelde	Mediaan
Ik wou mijn opleiding graag volgen in een praktijk gelijkaardig aan mijn eerder huisartsenstages	6%	15%	27%	32%	21%	3,47	4
Ik wou graag mijn opleiding volgen in een solopraktijk.	63%	21%	12%	3%	2%	1,59	1
Ik wou graag mijn opleiding volgen in een multidisciplinaire groepspraktijk	0%	13%	15%	43%	29%	3,88	4
Ik wou graag mijn opleiding volgen bij een arts die ook betrokken is geweest bij de opleiding huisartsgeneeskunde	4%	21%	50%	21%	4%	3,00	3
De mogelijkheid van huisvesting voorzien in de buurt van de praktijk zou mijn keuze voor deze praktijk kunnen beïnvloeden.	7%	18%	15%	38%	22%	3,50	4
Een incentive om mijn opleiding te volgen in een bepaalde regio zou mij n keuze voor deze praktijk kunnen beïnvloeden.	4%	22%	27%	32%	15%	3,31	3
De mogelijkheid om vast te kunnen beginnen in mijn opleidingspraktijk zou mijn keuze voor deze praktijk kunnen beïnvloeden	18%	24%	21%	24%	15%	2,94	3
Het uitwisselen van ervaringen met oud-HAIO's zou mijn keuze voor een opleidingspraktijk kunnen beïnvloeden	2%	3%	9%	52%	35%	4,16	4
Ik zou graag werken in een praktijk die enkel op afspraak werkt	2%	7%	15%	43%	32%	3,99	4
Een praktijk die werkt met forfaitaire betaling lijkt mij aantrekkelijker dan betaling per prestatie	16%	29%	28%	16%	10%	2,75	3
Volgens mij verwacht een opleidingspraktijk in een niet-stedelijk gebied dat ik meer uren zal moeten werken dan in een stedelijk gebied	6%	38%	16%	34%	4%	2,93	3
In niet-stedelijk gebied ben je meer geïsoleerd van andere collega's en ziekenhuizen	4%	44%	18%	27%	7%	2,88	3
Het is moeilijker om een professioneel netwerk uit te bouwen in een niet-stedelijk gebied.	16%	53%	19%	7%	3%	2,27	2
In niet-stedelijke gebieden moet je volgens mij meer tijd spenderen aan huisbezoeken.	2%	18%	19%	54%	7%	3,49	4
De aanwezigheid van een secretariaat in de opleidingspraktijk zou mijn keuze voor deze praktijk kunnen beïnvloeden.	2%	4%	12%	37%	43%	4,18	4
De aanwezigheid van een verpleegkundige in de opleidingspraktijk zou mijn keuze voor deze praktijk kunnen beïnvloeden.	10%	19%	28%	27%	16%	3,19	3
De mogelijkheid tot samenwerking met een diëtist binnen de opleidingspraktijk zou mijn keuze voor deze praktijk kunnen beïnvloeden.	10%	27%	29%	27%	6%	2,91	3
De mogelijkheid tot samenwerking met een kinesist binnen de opleidingspraktijk zou mijn keuze voor deze praktijk kunnen beïnvloeden.	7%	24%	24%	40%	6%	3,13	3
De mogelijkheid tot samenwerking met een psycholoog binnen de opleidingspraktijk zou mijn keuze voor deze praktijk kunnen beïnvloeden.	6%	15%	22%	44%	13%	3,44	4
De aanwezigheid van een wachtpost in het wachtgebied van mijn opleidingspraktijk zou mijn keuze voor deze praktijk kunnen beïnvloeden.	4%	4%	10%	35%	46%	4,13	4

Tabel 5 Antwoorden van de 68 ondervraagde HAIO's op de stellingen met betrekking tot het toekomstperspectief van de HAIO.

Stelling	Absoluut niet	Eerder niet	Neutraal	Eerder wel	Absoluut wel	Gemiddelde	Mediaan
Ik zou graag samenwerken in een groepspraktijk, wijkgezondheidscentrum of een ander samenwerkingsverband.	2%	3%	3%	28%	65%	4,51	5,00
Ik zou later graag werken in een multidisciplinaire praktijk.	2%	9%	9%	40%	38%	3,96	4,00
Ik zou later graag werken in een solopraktijk.	66%	18%	7%	4%	2%	1,49	1,00
Ik zou later graag werken in stedelijk gebied.	12%	27%	31%	24%	7%	2,88	3,00
Ik zou later liefst voltijds werken.	3%	29%	12%	38%	18%	3,38	4,00
Ik zou graag werken in de regio waar ik ben opgegroeid.	7%	24%	18%	28%	24%	3,37	4,00
De carrièrekeuze en mogelijkheden van mijn eventuele partner zijn van belang voor de keuze van mijn latere werkplaats.	2%	9%	16%	49%	25%	3,87	4,00
De aanwezigheid van opvangmogelijkheden voor kinderen kunnen mijn keuze voor een latere werkplaats beïnvloeden.	3%	9%	25%	43%	21%	3,69	4,00
Ondersteuning door lokale besturen (bijvoorbeeld beschikbaar stellen van een praktijkruimte) kan mijn keuze voor een latere werkplaats beïnvloeden.	2%	7%	27%	53%	12%	3,66	4,00
Flexibele uren binnen een vast werkschema zijn voor mij belangrijk.	0%	3%	12%	50%	35%	4,18	4,00
Duidelijke scheiding van wek en privé is voor mij belangrijk.	0%	3%	13%	38%	46%	4,26	4,00
Ik zou graag werken in een regio met een huisartsenwachtpost.	0%	0%	10%	28%	62%	4,51	5,00
Ik voel mij aangetrokken tot werken in een huisartsarme regio omdat ze mij daar zeker nodig hebben en ik dit engagement wil waarmaken.	0%	16%	29%	38%	16%	3,54	4,00
Een financiële incentive kan mijn keuze voor een huisartsarme regio beïnvloeden.	2%	7%	24%	49%	19%	3,76	4,00
Ik zou graag naast het huisartsenberoep een bijberoep uitoefenen (CRA, Kind & Gezin,…)	3%	18%	24%	32%	24%	3,56	4,00

5.2. *Vragenlijst huisartsen.*

Beschrijving onderzoekspopulatie

In totaal vulden 30 artsen de enquête in. Hiervan werden 9 vragenlijsten onvolledig ingevuld, deze werden uit de analyse gehaald waardoor er uiteindelijk 21 bruikbare vragenlijsten overbleven.

Onder de 21 huisartsen die de vragenlijst hadden ingevuld waren er 7 solo-artsen, 8 artsen uit groepspraktijken met enkel artsen, 2 artsen uit een multidisciplinaire groepspraktijk en 4 artsen uit een wijkgezondheidscentrum (Figuur 6). Tien artsen gaven aan dat ze uit stedelijk gebied kwamen tegenover 11 artsen uit niet-stedelijk gebied. Van alle artsen waren er 6 geregistreerd als praktijkopleider.



Figuur 6 Verdeling ondervraagde huisartsen volgens praktijkvorm.

Stellingen met betrekking tot het opleiden van huisartsen.

De huisartsen kregen verschillende stellingen met betrekking tot het opleiden van huisartsen voorgesteld, om zo de haalbaarheid van enkele interventies in te schatten. Deze stellingen werden gescoord aan de hand van een Likertschaal. De resultaten worden samengevat in tabel 5.

Het voorstel om studenten geneeskunde stage te laten lopen in de praktijk werd door de meeste artsen positief onthaald, 14 zagen dit zeker zitten. Slechts twee artsen gaven aan dit eerder niet te willen.

Het voorstel om samen te werken met middelbare scholen en studenten te woord te staan bij een eventuele keuze voor de studie geneeskunde wordt iets minder warm onthaald, 10 artsen willen zich hier niet voor engageren tegenover 7 die dit wel zouden zien zitten.

Een rol als lesgever binnen de opleiding huisartsgeneeskunde werd eveneens met beperkt enthousiasme onthaald, een kleine meerderheid antwoorde hierop negatief, zowel voor de stelling met de bedoeling om het huisartsenberoep te promoten als om in contact te komen met nieuwe HAIO's of toekomstige collega's.

De motivatie om al dan niet praktijkopleider te worden is verdeeld. Zo geven 6 artsen aan dat ze dit zouden doen om een nieuwe collega te vinden die in de praktijk kan stappen, 8 artsen blijven neutraal bij deze stelling en een derde geeft aan dat het vinden van een nieuwe collega geen motivatie is of zou zijn om praktijkopleider te worden.

Bij de artsen die nog geen praktijkopleider zijn zouden 8 van de 15 artsen dit wel overwegen mocht de werkbelasting lager zijn, 10 artsen geven aan dat ze hun praktijk mits financiële steun zou kunnen aanpassen om een HAIO te kunnen opleiden.

Het voorstel om een HAIO te delen wordt met 15 positieve antwoorden door de meerderheid van de artsen als een haalbaar alternatief gezien.

Over de selectieprocedure van HAIO's zijn de meningen verdeeld. Zo denken 9 van de 21 artsen dat praktijken uit steden populairder zijn bij studenten, waardoor deze ook steeds de 'betere' HAIO's kunnen kiezen, tegenover 5 die niet akkoord zijn met deze stelling. Als men hierbij de vergelijking maakt tussen praktijkopleiders en artsen die geen HAIO's opleiden lijken vooral praktijkopleiders akkoord te gaan met deze stelling, namelijk 4 van de 6 praktijkopleiders gaan hiermee akkoord.

Het voorstel om de koppeling van HAIO aan een praktijkopleider door het ICHO te laten gebeuren wordt door de meerderheid van de artsen niet als een aanvaardbare oplossing gezien, 14 artsen zijn er niet mee akkoord dat dit eerlijker zou zijn. De contactavonden zijn volgens een derde van de artsen een gemakkelijkere manier voor artsen van het platteland om contacten met HAIO's te leggen, 13 artsen blijven neutraal bij deze stelling.

Een financiële incentive voor HAIO's die hun opleiding in een huisartsarme regio doen zou het volgens 11 van de 21 artsen gemakkelijker maken om jonge artsen te motiveren om in deze zones te werken. Volgens 10 de artsen zou een verplicht jaar in een huisartsarme zone tijdens de opleiding eveneens de kansen vergroten om jonge artsen aan te trekken tot de regio.

Stellingen met betrekking tot het aantrekken van nieuwe collega's.

De huisartsen kregen eveneens verschillende stellingen met betrekking tot het aantrekken van of samenwerken met nieuwe collega's, om ook hier de haalbaarheid van deze interventies in te schatten. De resultaten worden samengevat in tabel 6.

De ondervraagde huisartsen zijn zeker bereid om samen te werken met andere collega's, maar er zijn wel enkele drempels. Zo zouden 13 artsen dit overwegen indien er professionele begeleiding rond organisatie en opstart beschikbaar zou zijn. Ongeveer de helft van de artsen geeft aan dat ze mits financiële ondersteuning hun praktijk zouden willen uitbreiden om ruimte te bieden aan een nieuwe collega. Volgens 11 artsen is het de verantwoordelijkheid van de lokale besturen om woon- en werkruimte beschikbaar te stellen aan nieuwe artsen. Als gevraagd wordt of artsen zelf bereid zouden zijn om een wagen ter beschikking te stellen van een collega zodat deze de investering (nog) niet moet doen ziet men een tegenovergestelde houding: 14 artsen geven aan dit niet te willen doen, slecht 2 zouden dit overwegen. De huisartsen zijn wel bereid om in het uurrooster enige flexibiliteit voorop te stellen: 13 willen onderhandelen over bijvoorbeeld een bepaald aantal uren per dag, bepaalde dagen in de week,…

Uit de enquête bij de HAIO's bleek dat samenwerken, en dan vooral multidisciplinair, erg in trek was. Er werd in de enquête gepeild naar hoe de huisartsen tegenover deze samenwerking staan. Om een jongere collega aan te trekken zouden 9 van de 21 huisartsen samenwerking met paramedische beroepen zoals een verpleegkundige of kinesist overwegen. Het oprichten van deze praktijken is volgens 13 artsen niet de taak van lokale besturen. De huisartsen zijn

wel bereid om hier samen met andere paramedici in te investeren, 10 artsen antwoorden hier positief.

Een belangrijk punt voor de HAIO's was de aanwezigheid van een wachtpost in de regio waar ze zouden werken. Slechts 5 van de ondervraagde huisartsen willen zich engageren bij het oprichten of ondersteunen van een wachtpost.

Binnen de internationale literatuur wordt het gebrek aan ondersteuning vanuit tweede lijn vaak aangehaald als een van de redenen waarom werken in een landelijk gebied als onaantrekkelijk wordt beschouwd. In de enquête geven 10 artsen aan dat betere contacten met ziekenhuizen het werken in een huisartsarme regio aangenamer zou maken. Daarnaast wenst een even groot aantal huisartsen een beter aanbod aan opleidingsinitiatieven.

Tabel 6 Antwoorden van de 21 ondervraagde huisartsen op de stellingen met betrekking tot het opleiden van huisartsen.

Stelling	Absoluut niet	Eerder niet	Neutraal	Eerder wel	Absoluut wel	Gemiddelde	Mediaan
Ik ben bereid om studenten geneeskunde stage te laten lopen in mijn praktijk om zo huisartsgeneeskunde te promoten.	0 (0%)	2 (10%)	5 (24%)	4 (19%)	10 (48%)	4,05	4
De mogelijkheid om de opleiding van een HAIO te delen met een andere collega zou het voor artsen veel haalbaarder maken om praktijkopleider te worden.	0 (0%)	2 (10%)	4 (19%)	8 (38%)	7 (33%)	3,95	4
Ik ben praktijkopleider geworden (of zou dit overwegen) omdat ik, onder andere, op zoek ben naar een collega om mee in de praktijk te stappen.	4 (19%)	3 (14%)	8 (38%)	1 (5%)	5 (24%)	3,00	3
Praktijken uit steden zijn populairder en krijgen daardoor steeds de 'betere' HAIO's.	1 (5%)	4 (19%)	7 (33%)	7 (33%)	2 (10%)	3,24	3
Via de contactavonden van het ICHO is het voor praktijken uit het platteland gemakkelijker om contacten te leggen.	0 (0%)	1 (5%)	13(62%)	6 (29%)	1 (5%)	3,33	3
Een systeem waarbij het ICHO zelf een HAIO aan een PO koppelt zou veel eerlijker zijn.	9 (43%)	5 (24%)	5 (24%)	2 (10%)	0 (0%)	2,00	2
Mits financiële steun (van overheid, gemeente, ICHO,…) zou ik mijn praktijk op bouwkundig en/of logistiek vlak kunnen aanpassen om een HAIO te kunnen opleiden.	2 (10%)	1 (5%)	5 (24%)	12(57%)	1 (5%)	3,43	4
Ik zou het opleiden van een HAIO overwegen als de werkbelasting opgelegd door het ICHO minder zwaar zou zijn.	2 (10%)	4 (19%)	7 (33%)	5 (24)%	3 (14%)	3,14	3
Een financiële incentive vanuit het ICHO om als HAIO tijdens de opleiding te kiezen voor een huisartsarme regio zou het gemakkelijker maken om jonge artsen te motiveren om in dergelijke zone te werken.	1 (5%)	4 (19%)	5 (24%)	8 (38%)	3 (14%)	3,38	4
Ik wil mij engageren om samen te werken met middelbare scholen om studenten te woord te staan bij een eventuele keuze voor de studie geneeskunde.	4 (19%)	6 (29%)	4 (19%)	4 (19%)	3 (14%)	2,81	3
Ik zou een rol in de opleiding huisartsgeneeskunde willen overwegen om zo in contact te komen met potentiële HAIO's of nieuwe collega's.	3 (14%)	8 (38%)	4 (19%)	4 (19%)	2 (10%)	2,71	2
Ik zou een rol in de opleiding huisartsgeneeskunde willen overwegen om het huisartsenberoep te promoten.	4 (19%)	8 (38%)	3 (14%)	3 (14%)	3 (14%)	2,67	2
Een verplicht jaar werken in een huisartsarme zone tijdens de opleiding tot huisarts vergroot de kansen om jonge artsen aan te trekken in dergelijke zone.	0 (0%)	4 (19%)	7 (33%)	8 (38%)	2 (10%)	3,38	3

Tabel 7 Antwoorden van de 21 ondervraagde huisartsen op de stellingen met betrekking tot het aantrekken van nieuwe collega's.

Stelling	Absoluut niet	Eerder niet	Neutraal	Eerder wel	Absoluut wel	Gemiddelde	Mediaan
Mits financiële ondersteuning van lokale besturen bij het op- en verbouwen of inrichten van een praktijkruimte zou ik overwegen mijn praktijk uit te breiden om ruimte te bieden aan een nieuwe collega.	1 (5%)	1 (5%)	9 (43%)	8 (40%)	2 (10%)	3,43	3
Lokale besturen in huisartsarme regio's zouden een werk- en/of woonruimte beschikbaar moeten stellen door middel van kortdurende huurcontracten zodat jonge artsen niet meteen moeten investeren in huisvesting.	1 (5%)	2 (10%)	7 (33%)	8 (38%)	3 (14%)	3,48	4
Betere contacten tussen regionale ziekenhuizen en huisartsen zou het werken in een huisartsarme regio aangenamer kunnen maken.	1 (5%)	2 (10%)	8 (38%)	7 (33%)	3 (14%)	3,43	3
Ik ben bereid om een wagen ter beschikking te stellen aan een nieuwe collega zodat hij/zij deze investering niet meteen hoeft te doen.	8 (38%)	6 (29%)	5 (24%)	1 (5%)	1 (5%)	2,10	2
Ik zou nauwere samenwerking met paramedische beroepen (verpleegkundige, kinesist, diëtist,…), bijvoorbeeld onder de vorm van een multidisciplinaire praktijk, overwegen om jonge artsen aan te trekken.	2 (10%)	4 (19%)	6 (29%)	5 (24%)	4 (19%)	3,24	3
Ik ben bereid om samen met andere paramedici te investeren in een multidisciplinaire praktijk.	3 (14%)	4 (19%)	4 (19%)	5 (24%)	5 (24%)	3,24	3
Oprichten van multidisciplinaire praktijken is de verantwoordelijkheid van lokale besturen.	6 (29%)	7 (33%)	4 (19%)	4 (19%)	0 (0%)	3,29	2,00
Ik wil mij engageren bij het oprichten/ondersteunen van een wachtpost in de regio.	1 (5%)	7 (33%)	8 (38%)	4 (19%)	1 (5%)	2,86	3,00
Ik ben bereid om nieuwe collega's een flexibel uurrooster aan te bieden (bijvoorbeeld een aantal uren per dag, enkele dagen in de week, ….)	3 (14%)	2 (10%)	3 (14%)	8 (38%)	5 (24%)	3,48	4,00
Ik zou overwegen om met (nieuwe) collega's samen te werken indien professionele begeleiding rond organisatie en opstart beschikbaar zou zijn.	1 (5%)	1 (5%)	6 (29%)	10(48%)	3 (14%)	3,62	4,00
Ik wens een beter aanbod aan opleidingsinitiatieven voor huisartsen op lokaal niveau (vanuit universiteiten, regionale ziekenhuizen,…)	2 (10%)	4 (19%)	5 (24%)	5 (24%)	5 (24%)	3,33	3,00

6. Discussie

Uit onze resultaten kunnen we afleiden dat er voor HAIO's toch wel enkele factoren zijn die een belangrijke rol spelen bij de keuze van een toekomstige werkplaats: de mogelijkheid om investeringen uit te stellen, zoals het reeds beschikbaar zijn van een woon- of werkplaats, is iets waar veel HAIO's rekening mee zouden houden. Daarnaast is samenwerking, zowel binnen de eigen praktijk als binnen grotere verbanden zoals een wachtpost, maar ook met andere disciplines eveneens van belang. Er zijn dus tal van punten waar men rekening mee kan houden bij het opstellen van een beleid om jonge artsen te motiveren in een bepaald gebied aan de slag te gaan. Uit onze enquête bij de huisartsen kunnen we afleiden dat artsen zeker bereid zijn om bepaalde aanpassingen te doen, zoals opstarten van samenwerkingsverbanden of het opleiden van een HAIO, mits de nodige ondersteuning.

Hieronder volgt een bespreking van mogelijke maatregelen en interventies, toegepast op de Belgische context. Om een overzicht te bewaren binnen de maatregels wordt opsplitsing van de World Health Organisation gebruikt, namelijk educatief, beleidvorming, financiële maatregelen of professionele en persoonlijke ondersteuning.

6.1. Educatief

Een manier om de instroom van hulpverleners in onderbemande gebieden te verbeteren is door meer mensen te rekruteren die ervoor zouden kiezen om een carrière in deze regio's op te bouwen. Verschillende studies hebben reeds aangetoond dat studenten uit rurale gebieden er sneller voor kiezen om te werken in deze gebieden. Onze enquête lijkt deze resultaten te bevestigen, 49% van de studenten afkomstig uit niet-stedelijk gebied geeft aan liever niet of absoluut niet in stedelijk gebied te werken. Mogelijks bestaan er ook andere factoren die een toekomstige carrière in ruraal gebied kunnen 'voorspellen'. Rabinowitz et al deed in 2000 onderzoek naar voorspellende factoren voor een carrièrekeuze in onderbemande gebieden in de Verenigde Staten (24). Hij vond eveneens dat een afkomst uit een ruraal gebied een sterk voorspellende factor was, maar in zijn studie haalde hij ook nog enkele andere factoren aan zoals lid zijn van een minderheid met minder toegang tot zorg, duidelijke interesse in werken in een onderbemand gebied en eerdere deelname aan het '*National Health Service Corps'*, een organisatie die zich specifiek inzet om zorg te verlenen in gebieden waar een duidelijk tekort is. Op het laatste aspect na gaat het hier allemaal om karakteristieken die reeds voor het inschrijven aan een universiteit te beoordelen zijn. Een mogelijke interventie is het beter bereiken van studenten met dit profiel, in het bijzonder studenten afkomstig uit landelijke gebieden om hen op die manier te motiveren om de studies geneeskunde aan te vatten. Dit zou men kunnen bereiken door hen al voor het kiezen van een universitaire opleiding in contact te laten komen met huisartsen uit de regio, bijvoorbeeld bij infoavonden over studiekeuze. Dit vraagt natuurlijk een zeker engagement van de huisartsen uit de regio, die vaak al een volle agenda hebben. Uit de enquête blijkt dat 33% van de ondervraagde huisartsen wel bereid zou zijn om zich hiervoor in te zetten.

Een andere manier om studenten uit rurale gebieden te bereiken is om de universiteiten naar hen toe te brengen. Het oprichten van lokale campussen wordt in landen zoals Australië als een belangrijke factor gezien in het rekruteren van studenten uit landelijke gebieden, aanbieden van lokale stages en ondersteunen van de artsen die in deze regio's werken (24) . In de Belgische context zijn rurale gebieden minder geïsoleerd door afstand dan op andere plaatsen in de wereld waardoor deze interventie voor ons minder noodzakelijk lijkt.

Nog een ander mogelijk interventiepunt is het vroegtijdig opnemen van lessen huisartsgeneeskunde tijdens het curriculum, meer bepaald geneeskunde in landelijke setting. Als huisarts moet men het vaak met minder middelen stellen dan in een ziekenhuis, waardoor de besliskunde in de huisartsenpraktijk sterk verschilt met deze van andere

specialisaties. Bij huisartsgeneeskunde in landelijke gebieden is dit verschil vaak nog meer uitgesproken, wat doet vermoeden dat lessen gegeven door huisartsen uit deze regio's een meerwaarde kunnen geven. Deze lesgevers kunnen ook helpen om het beeld dat men heeft van landelijke geneeskunde zo correct mogelijk weer te geven. Bij de vragenlijst onder HAIO's blijkt alvast dat lesgevers tijdens de opleiding een belangrijke rol kunnen spelen bij de keuze voor huisartsgeneeskunde, maar liefst 28% geeft aan dat de lesgevers binnen de opleiding een invloed hadden op hun keuze voor huisartsgeneeskunde. Als we peilen naar het idee dat studenten hebben over werken in een landelijke omgeving merken we dat ze dit over het algemeen niet zo anders inschatten in vergelijking met werken in stedelijk gebied. Enkel de stelling dat er in niet-stedelijk gebied meer tijd wordt gespendeerd aan huisbezoeken wordt door de meerderheid als waar beschouwd. Over het aantal werkuren zijn de meningen verdeeld. Hier kunnen lesgevers dus op inspelen om bepaalde vooroordelen recht te zetten, zoals het al dan niet meer moeten werken, of hun ervaringen met specifieke situaties, bijvoorbeeld tijdens huisbezoeken, over te brengen naar de studenten. Hiervoor zijn natuurlijk gemotiveerde lesgevers nodig die hun ervaringen in het werkveld op een gemotiveerde wijze kunnen overbrengen naar de studenten. Ongeveer een derde van de ondervraagde huisartsen zou zich willen engageren in de opleiding.

Daarnaast zijn de praktijkstages ook van onschatbare waarde, gezien dit voor veel studenten het eerste echte contact met het beroep van huisarts is. Deze ervaringen laten natuurlijk een grote indruk na, dit wordt ook duidelijk aangegeven in onze enquête waarbij maar liefst 90% van de studenten aangaf dat hun stage huisartsgeneeskunde een beïnvloedende factor was bij de keuze voor de huisartsenopleiding. Het belang van de huisartsenstage wordt ook onderstreept door het feit dat de meerderheid van de HAIO's hun vervolgopleiding wensen te doen in een praktijk vergelijkbaar met hun eerdere stage-ervaringen. Men kan er wellicht van uit gaan dat een positieve stage-ervaring in een landelijk gebied ook motiverend werkt om in de verdere carrière voor een landelijke regio te kiezen. Dit vraagt eveneens een engagement van artsen uit landelijke regio's, maar hier staan artsen duidelijk voor open. Uit ons onderzoek blijkt dat de meerderheid van de artsen bereid zou zijn om een stagiair geneeskunde mee te laten lopen in hun praktijk.

Een andere manier om studenten intensief kennis te laten maken met werken in een huisartsarme regio is om hen hun opleiding tot huisarts hier te laten afronden. Maar liefst 39% van de HAIO's geeft aan dat ze bij hun keuze voor een opleidingspraktijk toch ook rekening houden met de mogelijkheid om vast te kunnen beginnen in deze praktijk. Een toename van het aantal HAIO's in een huisartsarme regio zorgt dus niet alleen voor extra artsen tijdens de opleidingsjaren, de kans bestaat dat HAIO's na hun opleiding in de praktijk of in de streek blijven werken. Om het aantal HAIO's te vergroten zijn er natuurlijk voldoende praktijkopleiders nodig. Via de vragenlijst voor de huisartsen werd gezocht naar wat artsen motiveert of tegenhoudt om zich in te zetten als praktijkopleider. Net geen derde van de PO's geeft aan praktijkopleider te zijn geworden met de bedoeling om een nieuwe vaste collega te vinden. Het is met andere woorden voor beide partijen een kans om een vaste samenwerking uit te testen. Bij de artsen die (nog) geen praktijkopleider zijn geeft een meerderheid aan dat ze dit engagement wel zouden overwegen indien enerzijds de werkbelasting opgelegd door het ICHO lager zou zijn en anderzijds indien zij mits financiële steun de nodige aanpassingen kunnen doen aan hun praktijk om een HAIO te accommoderen. Flexibele contracten zoals het delen van een HAIO met een andere collega wordt door de meerderheid van de artsen als een haalbare oplossing te zien om een HAIO te kunnen opleiden.

Een moeilijk punt blijft het (tijdig) in contact komen met een geschikte HAIO, zo is 9 van de 21 ondervraagde artsen van mening dat praktijken uit steden door hun populariteit de 'betere' HAIO's kunnen aantrekken. Het voorstel om de koppeling van een praktijkopleider

met een PO volledig in de handen van het ICHO te leggen en zo de populariteit van de stedelijke praktijken te omzeilen wordt over het algemeen negatief ontvangen, deze maatregel wordt door slechts 2 artsen als een eerlijkere oplossing gezien. Via de contactavonden krijgen praktijken uit niet-stedelijk gebied wel de kans om de nodige contacten met HAIO's te leggen. In de praktijk ziet men echter dat, ondanks de ingestelde 'sperperiode' voor de contactavonden waarin geen contracten mogen worden afgesloten, er vaak reeds mondelinge afspraken zijn waardoor veel artsen op de contactavonden toch geen HAIO vinden. Men zou de populariteit van de stedelijke praktijken kunnen weerleggen door het invoeren van een financiële incentive voor HAIO's die hun opleiding volbrengen in een praktijk in een huisartsarme regio. Volgens iets meer dan de helft van de artsen zou deze incentive het gemakkelijker maken om jonge artsen te motiveren om in deze zones te werken. Een verplicht jaar in een huisartsarme zone tijdens de opleiding is volgens de helft van de artsen ook een oplossing. Dwingende maatregelen hebben inderdaad een effect op korte termijn, maar op lange termijn kan deze dwingende maatregel tot ontevredenheid leiden bij de artsen, die hierdoor na het volbrengen van de verplichte periode zo snel mogelijk weer vertrekken.

Er werden geen significante verschillen gevonden tussen studenten van de verschillende universiteiten van Vlaanderen. Dit kan zijn doordat de verschillende universiteiten in ongelijke mate vertegenwoordigd werden, waarbij het overgrote deel van de studenten afkomstig was van de universiteiten van Gent en Leuven. Het is natuurlijk ook mogelijk dat huisartsgeneeskunde binnen de verschillende universiteiten op een gelijkaardige manier wordt aangeboden, waardoor de precieze universiteit waar men zijn basisopleiding heeft voltooid een minder grote invloed heeft op de latere keuze van een werkplaats.

6.2. Financieel

Financiële incentives onder de vorm van een return-of-service contract worden in Canada en de Verenigde Staten vaak gebruikt. Hierbij worden bijvoorbeeld de kosten van de studies deels vergoed, op voorwaarde dat de student na het afstuderen voor een bepaalde periode aan de slag gaat in een bepaalde regio met een tekort aan artsen(25, 26). Onderzoek lijkt echter uit te wijzen dat deze beurzen vaak worden aangevraagd door studenten die reeds van plan zijn om in een bepaalde regio te werken. Ze werken niet zozeer motiverend om voor een bepaalde regio te kiezen, maar zijn een aangename ondersteuning voor studenten die reeds besloten hebben waar ze gaan werken. Vooral in landen waar verdere studies hoge kosten met zich meebrengen, zoals de Verenigde Staten, kunnen deze maatregelen motiverend werken. In België ligt het inschrijvingsgeld veel lager, waardoor vooral studenten die reeds besloten hebben om in een bepaalde regio te gaan werken gebruik zullen maken van dergelijke maatregelen.

Daarnaast bestaan er ook financiële incentives waar men pas beroep op kan doen na het afstuderen. In België bestaat deze maatregel onder de vorm van het Impulseofonds. Hierbij krijgen artsen financiële steun bij het starten van een praktijk in een prioritaire zone. Een prioritaire zone is een afgegrensde zone in het kader van het grootstedenbeleid of is een huisartsenzone met een tekort aan huisartsen. Uit de evaluatie door het KCE blijkt echter dat deze financiële maatregel zelden de doorslaggevende factor is om in zo'n regio aan de slag te gaan (5) . In onze enquête geeft 68% van de HAIO's wel aan dat een financiële incentive hun keuze zou beïnvloeden. Financiële ondersteuning blijft zeker welkom bij de opstart van een nieuwe praktijk, maar vermoedelijk spelen ook andere, eerder beleidsmatige en persoonlijke factoren een rol alvorens de knoop wordt doorgehakt.

Een andere financiële maatregel is het verbeteren van het salaris voor artsen in onderbemande zones. Deze maatregel zou het gevoel van waardering voor deze artsen tegoed doen, maar deze interventie vereist natuurlijk een duidelijke afgrenzing van de

onderbemande zones, voldoende transparantie in het proces waarmee men deze zones bepaalt en de nodige controle om misbruik te voorkomen.

6.3. Bestuursmatig

Een verplichte periode van werken in een huisartsarme regio, voor alle afstuderende artsen, is een meer dwingende maatregel, die in verschillende landen wordt toegepast (27). Op korte termijn zorgen deze maatregelen inderdaad voor een verhoogde beschikbaarheid van artsen in bepaalde regio's, lange termijneffecten blijven vaak uit door ontevredenheid bij de hulpverleners in kwestie, die na het aflopen van hun termijn weer vertrekken. Dwingende maatregelen worden het best gecombineerd met initiatieven om het professionele en persoonlijke leven van artsen in deze regio's te verbeteren, om zo de tevredenheid te vergroten en ook de zin om langer in deze gebieden te werken.

In rijkere landen worden eerder artsen uit het buitenland gerekruteerd om te werken in huisartsarme gebieden. Dit creëert echter grote problemen in het land van herkomst van deze artsen, waardoor de ongelijkheid in zorg in deze landen nog groter wordt. Op lange termijn is dit dus geen geschikte oplossing voor het tekort aan huisartsen.

Men kan een tekort aan huisartsen compenseren door hen te laten bijstaan door andere eerstelijnsmedewerkers die een deel van de taken van de huisarts op zich nemen. Dit kan door middel van taakdelegatie, maar men kan hier ook op inspelen door het introduceren van nieuwe functies met een korte, aangepaste opleiding en specifiek afgelijnd takenpakket dat wordt ingericht naar gelang de noodzaak binnen de patiëntenpopulatie. In de internationale literatuur spreekt men vaak van zogenaamde 'Lay Health Workers', waarbij men mensen uit onderbemande gebieden gaat opleiden om specifieke taken rond preventie en begeleiding. Vooral in gebieden met een tekort aan eerstelijnswerkers leveren deze gezondheidswerkers een belangrijke bijdrage bij het opvangen van de zorgnood van de populatie (28).

6.4. Professionele en persoonlijke ondersteuning

Dit onderdeel vraagt interventies op een meer lokaal niveau dan de hierboven reeds vermelde maatregelen en kunnen dus gemakkelijk door de huisartsarme regio's zelf worden ingevuld. Het kan gaan om een zeer brede set aan aanpassingen, die allen samen ervoor moeten zorgen dat de werkplek voor (startende) artsen een stuk aantrekkelijker wordt. Zoals eerder vermeld houden een deel van de HAIO's bij het kiezen van een opleidingspraktijk reeds rekening met de optie om vast te beginnen in deze praktijk. Het lijkt dan ook interessant om al tijdens de opleidingsjaren in te zetten op een aangename werk- en leeromgeving. Ondersteuning van praktijkopleiders bij het aanpassen van hun praktijk(organisatie) om een HAIO te kunnen opleiden zou op zich ook een interventiepunt kunnen zijn, om zo jonge artsen naar een bepaalde regio te mobiliseren.

Professioneel

Op professioneel vlak kunnen we mogelijke maatregelen in twee categorieën opsplitsen: enerzijds meer materiële zaken zoals het aanbieden van een praktijkruimte, medisch materiaal of het beschikbaar stellen van een auto en anderzijds meer de organisatorische aspecten van werken in een bepaalde praktijk.

De maatregelen met betrekking tot materiaal en vastgoed moeten vooral de investeringen van jonge artsen, die nog geen groot kapitaal hebben opgebouwd, zoveel mogelijk beperken. Uit de resultaten van de enquête blijkt dat HAIO's hier wel mee bezig zijn, zowel voor hun opleidingsplaats als voor een latere werkplaats. Zo geeft de meerderheid van de HAIO's aan dat huisvesting in de buurt van de opleidingspraktijk de keuze voor deze praktijk zou beïnvloeden. Het voorzien van huisversting door de praktijkopleider zorgt voor een hogere belasting voor de opleider en zal vermoedelijk de grens tussen werk en privé doen vervagen.

Lokale besturen kunnen echter wel, in samenwerking met de praktijkopleider, huisvesting voorzien. De korte periode tussen het tekenen van een contract met de opleidingspraktijk en de start van de verdere opleiding zorgt er immers vaak voor dat het zoeken naar een nieuwe woonplaats moeilijk verloopt. Als dit obstakel al bij de contactavond zou kunnen worden besproken en opgelost is dit meteen al een last van de schouders van de HAIO en een succes voor de praktijkopleider.

Naar de toekomst toe schat 65% van de studenten in dat ondersteuning door lokale besturen bepalend zou kunnen zijn voor hun keuze van een werkplaats, ongeveer een kwart houdt zich hierin neutraal. Het lijkt dus zeker een interessante denkpiste voor prioritaire zones om jonge artsen op deze manier te motiveren om in hun regio aan de slag te gaan. Onder ondersteuning kunnen verschillende zaken vallen, de belangrijkste wellicht voorzien van een woon- en of werkruimte. Bij de huisartsen geeft de helft aan dat lokale besturen woon- en werkruimte zouden moeten beschikbaar stellen om zo jonge artsen bij de opstart van een nieuwe praktijk te ondersteunen.

De ondervraagde huisartsen zijn bereid om samen te werken met een nieuwe collega, maar zien duidelijk het financiële als een drempel om hun praktijk aan te passen aan nieuwe samenwerkingsverbanden. De helft van de artsen geeft aan dat ze hun praktijk zouden uitbreiden om met een nieuwe collega te associëren mits financiële steun.

De organisatorische kant heeft vooral als doel de werksfeer zo goed mogelijk te houden. Uit onderzoek bleek dat de voornaamste redenen voor burn-out bij Vlaamse huisartsen te weinig tijd, een te hoge werkdruk en problemen met collega's waren (16). Voor de eerste twee punten zitten we meteen met een dilemma: om de druk te verlagen geven artsen aan dat ze minder buiten 'kantooruren' willen werken, zoals avonden en weekends. Er is echter een noodzaak tot permanentie waar men als arts niet omheen kan. Er moet dus gezocht worden naar een oplossing voor deze permanentie. Een mogelijke optie is samenwerking, waarbij deze uren onder een (grotere) groep artsen verdeeld worden zodat deze per individu tot een minimum beperkt worden. In gebieden met een duidelijk huisartsentekort zijn er natuurlijk minder artsen om deze onaantrekkelijke uren over te verdelen, waardoor de individuele belasting hoog blijft. Samenwerking vraagt natuurlijk ook goede en duidelijke afspraken, wat bij een grote groep natuurlijk niet evident is. Een voorbeeld van samenwerken om permanentie te voorzien zijn de wachtposten, waarbij artsen vanuit een grote regio de wachten onder elkaar verdelen. Bijkomend voordeel van een wachtpost is dat er meestal een extern bestuur is, dat instaat voor de praktische organisatie en de nodige afspraken. Uit de enquête wordt het belang van goede afspraken rond wachtdiensten duidelijk onderstreept: vrijwel iedereen verkiest een toekomstige werkplaats in een regio met een huisartsenwachtpost. Ook bij de keuze voor een opleidingspraktijk speelt dit reeds een duidelijke rol, slechts 8% geeft aan dat de aanwezigheid van een wachtpost hun keuze voor een bepaalde praktijk niet zou beïnvloeden. Het oprichten en ondersteunen van een wachtpost vraagt natuurlijk enige inzet die niet voor iedereen vanzelfsprekend is. Onder de ondervraagde huisartsen was slechts een kwart bereid om zich in te zetten voor een wachtpost in de regio. Idealiter wordt het oprichten en managen voor een groot stuk door een extern bestuur op zich genomen, natuurlijk met de nodige inspraak van de huisartsen.

Naast de verschillende risicofactoren voor burn-out zijn er natuurlijk ook verschillende aspecten van het huisartsenberoep die een positief effect hebben op de werksfeer en de bevlogenheid van een arts ondersteunen. Een belangrijke factor in deze bevlogenheid is ervaring, oudere artsen zijn meer bevlogen dan jongere artsen (17). Dit is natuurlijk niet iets wat men door middel van interventies kan versnellen, maar door overlegomenten zouden oudere artsen hun ervaring met jongere artsen kunnen delen en hen zo bijstaan, als het ware een verlengstuk van de begeleiding die de HAIO van zijn praktijkopleider krijgt.

Andere factoren die de bevlogenheid doen toenemen zijn autonomie, eigen regelruimte, vrijheid om eigen interesses na te streven en de mogelijkheid tot overleg en feedback. Overleg en feedback kunnen binnen een groepspraktijk gemakkelijk gebeuren onder de samenwerkende collega's. Een andere optie om overlegmomenten te hebben is via de LOK-vergaderingen die in elke regio gehouden worden. Hier speelt natuurlijk wel eens een onderlinge concurrentie, maar binnen regio's met een tekort aan huisartsen is de werkdruk vaak zo hoog dat deze concurrentie minder uitgesproken wordt. Een optie is natuurlijk ook om een overleggroep op te richten met artsen uit andere regio's, maar dit wordt organisatorisch moeilijk. Autonomie, eigen regelruimte en eigen interesses nastreven zijn vaak zeer moeilijk om te bekomen, zeker als solo-arts is de werkdruk vaak zo hoog dat je weinig ademruimte krijgt om zelf je dag naar eigen wensen in te vullen. Binnen samenwerkingsverbanden wordt de werkdruk meer verdeeld, waardoor je meer controle ervaart over je eigen agenda en de kans krijgt om je vaardigheden verder uit te breiden binnen je eigen interesses wat op zich het gevoel van bevlogenheid kan doen toenemen.

Samenwerken lijkt de oplossing voor veel obstakels binnen de huisartsgeneeskunde, maar dit dient natuurlijk op een goede manier te gebeuren. Problemen met collega's worden frequent aangehaald als reden tot uitstap uit het huisartsenberoep, en hoe meer collega's hoe groter de kans op problemen of conflicten. Artsen zijn in de eerste plaats medisch geschoold, zij hebben geen ervaring met het managen van een heel team. Men kan dit opvangen door het aanbieden van opleidingen rond dit onderwerp of door het aanbieden van professionele ondersteuning bij opstarten van samenwerkingsverbanden. Bij de huisartsen geeft alvast de meerderheid aan dat ze samenwerken zouden overwegen indien er professionele begeleiding voorhanden zou zijn. Een vorm van begeleiding bij opstart van een praktijk werd een tijd lang door Domus Medica aangeboden in kader van het Impulseofonds, maar deze is stopgezet. De begeleiding werd echter door veel artsen als positief en nuttig beschouwd (22). Uit het evaluatierapport van Domus Medica bleek dat de meeste vragen betrekking hadden op praktijkorganisatie, samenwerking met collega's en financiële aspecten.

Dat de nieuwe generatie artsen samenwerken verkiest werd alvast duidelijk uit de enquête, 92% van de ondervraagde HAIO's wenst in de toekomst samen te werken in een samenwerkingsverband. Slechts 6 procent geeft aan te willen werken in een solopraktijk Vooral mannelijke HAIO's lijken positiever te staan tegenover werken in een solopraktijk, maar dit kan ook zijn doordat vrij weinig mannen de enquête hebben ingevuld wat vergelijking tussen de beide geslachten minder betrouwbaar maakt.

Maar wat voor soort samenwerking verkiezen jonge artsen ? Een multidisciplinaire praktijk spreekt bijna meer dan driekwart van de ondervraagden aan. Als gepeild wordt naar de disciplines waarmee ze wensen samen te werken zijn de voorkeuren als volgt: op nummer 1 staat een secretariaat, gevolgd door psycholoog, verpleegkundige, kinesist en diëtist. Zeker een secretaresse of een verpleegkundige kunnen bepaalde taken van de huisarts overnemen, voornamelijk dan administratieve taken en/of routine handelingen. Hierdoor zal de werkbelasting voor de arts afnemen en komt er meer tijd vrij om te spenderen aan eigen interesses en de kerntaken van de huisarts. Over de exacte invulling van het takenpakket van een secretaresse of verpleegkundige in de huisartsenpraktijk is reeds veel geschreven, maar binnen deze masterproef zou ons dit te ver brengen en wordt er niet verder over uitgebreid(15). Huisartsen willen alvast samenwerking met paramedici overwegen om zo nieuwe collega's aan te trekken. Opvallend is wel dat ze de investering in deze praktijk liever zelf doen, samen met andere paramedici. Slechts 19% van de ondervraagde artsen vond dat het oprichten van multidisciplinaire praktijken de taak was van lokale besturen.

In de enquête werden ook vragen gesteld over wat de HAIO's belangrijk vonden bij een toekomstige werkplek, hieruit kwamen enkele factoren die aansluiten bij wat hierboven

gezegd is in verband met bevlogenheid vergroten: een duidelijke scheiding van werk en privé is voor de meerderheid van de HAIO's zeer belangrijk .Op vlak van organisatie verkiezen de meeste HAIO's een praktijk die op afspraak werkt, met een betalingssysteem per prestatie. De meerderheid wenst de mogelijkheid tot flexibele werkuren en zou graag een bijberoep zoals Kind & Gezin of als Coördinerend en Raadgevend Arts (CRA) uitoefenen. Deze komen allen overeen met de verschillende aspecten die de bevlogenheid binnen het werk vergoten en burn-out zouden moeten tegengaan: voldoende vrije tijd, ruimte om de agenda zelf in te richten en vrijheid om eigen interesses verder uit te werken. Dit doet vermoeden dat jonge artsen naast de materiële zaken ook de organisatorische zaken in overweging nemen bij het kiezen van een nieuwe werkplaats. Huisartsen lijk bereid te zijn om hierover te onderhandelen, 13 van de 21 artsen zijn ermee akkoord om nieuwe collega's een flexibel contract van bijvoorbeeld enkele dagen in de week aan te bieden.

Persoonlijk

Naast professionele factoren zijn er ook talrijke persoonlijke factoren die een rol spelen bij de keuze van een werkplaats en waar huisartsarme regio's dus op kunnen inspelen. Zo gaf de meerderheid van de studenten aan dat de aanwezigheid van opvangmogelijkheden voor kinderen een rol zou kunnen spelen bij de keuze van een latere werkplaats. De carrière van de partners was bij de meerderheid eveneens van belang bij de keuze van een werkplek, maar dit is voor de regio's zelf minder gemakkelijk op in te spelen. Men kan wel proberen om de bestaande werkgelegenheden in de kijker te zetten bij solliciterende artsen.

6.5. Sterktes en zwaktes

Als jonge artsen werden enkel HAIO's bereikt. Nieuw onderzoek waarbij ook jonge artsen, die reeds afgestudeerd zijn en de beslissing voor een vaste werkplaats hebben gemaakt, kan andere prioriteiten en factoren aan het licht brengen die nu niet gedetecteerd zijn via vragenlijsten.

De bestaande huisartsenpopulatie is zeer divers, het is dan ook onmogelijk om algemene conclusies te vormen als we afgaan op het antwoord van enkele artsen. Bij de vragenlijst over mogelijke interventies zijn we vrij algemeen gebleven. Om een goed inschatting te maken van de haalbaarheid van interventies in een bepaalde regio is het vooral belangrijk om een beleid op te stellen dat afgestemd is op deze specifieke regio en om dit te overleggen met de huisartsen uit deze regio.

Jonge artsen motiveren om in huisartsarme regio's aan de slag te gaan kan op verschillende manieren aangepakt worden. De bedoeling van deze masterproef was om de verschillende mogelijke maatregelen in kaart te brengen en af te toetsen op de huidige situatie in België. Het gaat hierbij om een oriënterend onderzoek, het is aan de bewuste regio's om zelf een inschatting te maken van de mogelijke werkpunten en interventies die voor hen haalbaar lijken.

7. Besluit

Dit onderzoek had vooral de bedoeling om de bepalende factoren bij het zoeken naar een nieuwe werkplek bij jonge artsen in kaart te brengen. Hieruit kwamen enkele opvallende bevinden: eerst en vooral verwachten jonge artsen enige flexibiliteit, zowel naar uurrooster waarbij ze vooral hopen op een duidelijke scheiding tussen werk en privé, als naar invulling waarbij de meerderheid toch wel aangeeft dat hij of zij graag een bijberoep naast het huisartsenberoep wil uitvoeren. Hierdoor komt minder tijd vrij voor het werk in de praktijk zelf en dus moeten er oplossingen gezocht worden om dit op te vangen. De meest voor de hand liggende oplossing hiervoor is samenwerken met verschillende artsen om zo deze minder populaire werkuren te verdelen. En juist samenwerking is een tweede opvallende bevinding van dit onderzoek, maar liefst 95% van de ondervraagde HAIO's geeft aan later te willen werken in samenwerkingsverband. De meeste jonge artsen verkiezen zelfs een multidisciplinaire praktijk, samenwerken met paramedici laat immers meer overleg toe alsook de mogelijkheid van taakdelegatie wat op zich de werkbelasting doet afnemen. Daarnaast merken we ook dat jonge artsen terughoudend zijn om investeringen te doen bij de opstart van een praktijk, maatregelen met betrekking tot financiële ondersteuning of het beschikbaar stellen van een woning of werkplaats worden alvast zeer positief onthaald.

Inspelen op de verwachtingen van jonge artsen is in theorie zeer veelbelovend, maar de interventies moeten ook haalbaar zijn. Artsen die momenteel reeds aan het werk zijn geven aan bereid te zijn tot verschillende aanpassingen, zoals aanpassingen doen aan de praktijk om samenwerken met een HAIO of een nieuwe collega mogelijk te maken of samenwerkingsverbanden met andere artsen of paramedici aangaan, mits de nodige financiële ondersteuning en professionele begeleiding. Dit zijn allebei zaken die door lokale besturen kunnen worden aangeboden.

7.1. Eigen beschouwingen

Betekent dit nu dat we ons huidig systeem volledig moeten aanpassen naar de verwachtingen van de nieuwe generatie artsen? Helemaal niet, maar we kunnen wel openstaan voor alternatieven die naast de huidige praktijkvormen kunnen bestaan. Multidisciplinaire praktijken lijken alvast de praktijk van de toekomst te zijn maar het hoeft hier niet bij op te houden. Gezien de populariteit van wachtposten tijdens nacht- en weekenduren kan men zich de vraag stellen of een gelijkaardig systeem ook overdag zou kunnen functioneren. De locatie, het aanwezige materiaal en eventueel de aanwezigheid van een auto kunnen de investeringen voor startende artsen tot een minimum beperken. Voor jonge artsen vormt het ook een vorm van werkzekerheid, zij kunnen volgens hun eigen schema shiften aannemen zonder dat ze reeds een vaste patiëntenpopulatie moeten hebben opgebouwd. Voor de artsen uit de regio is het een oplossing om acute problemen bij een reeds volle agenda op te vangen en zorgt het voor een permanentie overdag zodat de arts tijd kan maken voor opleidingen, een bijberoep of gewoon tijd voor zichzelf en zijn of haar familie.

Lokale besturen hebben door het zelf aanbieden van een praktijkruimte ook meer zeggenschap over waar nieuwe artsen zich zullen vestigen en kunnen op deze manier inspelen op de noden van de eigen gemeente of deze praktijkruimte combineren met andere zorgverleners: denk maar aan het inrichten van een praktijkruimte in een woonzorgcentrum, dat kan gebruikt worden door de CRA of huisartsen op huisbezoek overdag en in de avond beschikbaar is voor avondconsultaties van de huisarts. Men kan ook per gemeente een analyse doen van de noden en spreiding van de bevolking, om zo de meest ideale of noodzakelijke locatie van een dokterspraktijk te bepalen. Door het zelf inrichting van een praktijkruimte op deze plaats kan men eerstelijnszorg voorzien op de meest geschikte plaats voor de patiënten en niet zozeer de plaats van voorkeur van de arts.

8. Referentielijst

1. Hart JT. INVERSE CARE LAW. Lancet. 1971;1(7696):405-&.
2. : Vlaams Agentschap voor Zorg en Gezondheid.
3. Schoenmakers B, Aertgeerts B, Buntinx F, Vankrunkelsven P, Pottelberg VPGV, Lepeleire JD. De Vlaamse huisarts anno 2013: op kruissnelheid naar verandering. Tijdschrift voor Geneeskunde. 2014;70(12):657 - 65.
4. (ICHO) ICvHO. Jaarverslag 2016 : Master huisartsgeneeskunde academiejaar 2015-2016 2016.
5. Roy KV, Peersman W, Lepeleire JD, Mamouris P, Sutter AD, Maeseneer JD, et al. Evaluatie Impulsfonds - rapport. Ugent en KULeuven. 2017.
6. Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Areas Through Improved Retention: Global Policy Recommendations. Geneva: World Health Organization.; 2010.
7. Turkeshi E, Michels NR, Hendrickx K, Remmen R. Impact of family medicine clerkships in undergraduate medical education: a systematic review. BMJ Open. 2015;5(8):e008265.
8. Brooks RG, Walsh M, Mardon RE, Lewis M, Clawson A. The roles of nature and nurture in the recruitment and retention of primary care physicians in rural areas: A review of the literature. Academic Medicine. 2002;77(8):790-8.
9. Strasser R, Neusy AJ. Context counts: training health workers in and for rural and remote areas. Bull World Health Organ. 2010;88(10):777-82.
10. Grobler L, Marais BJ, Mabunda S. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. The Cochrane database of systematic reviews. 2015(6):CD005314.
11. McGrail MR, Russell DJ, O'Sullivan BG. Family effects on the rurality of GP's work location: a longitudinal panel study. Hum Resour Health. 2017;15:8.
12. Stapleton G, Schroder-Back P, Brand H, Townend D. Health inequalities and regional specific scarcity in primary care physicians: ethical issues and criteria. International Journal of Public Health. 2014;59(3):449-55.
13. Brekke M, Carelli F, Zarbailov N, Javashvili G, Wilm S, Timonen M, et al. Undergraduate medical education in general practice/family medicine throughout Europe - a descriptive study. BMC Med Educ. 2013;13:157.
14. Lorant V, Geerts C, d'Hoore W, Sauwens D, Remmen R, Peremans L. Huisartsgeneeskunde: aantrekkingskracht en beroepstrouw bevorderen. Health Services Research (HSR). brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE reports. 2008;90A.
15. Pee NV, Maeseneer JD, Ryssaert L. Carrièreperspectief van de HAIO: werdruk, zorgsubstitutie en taakdelegatie: Universiteit Gent; 2013.
16. Verraes A, Ryssaert L, Termote L, Avonts D. Waarom verlaten jonge huisartsen het huisartsenberoep? Enquête bij afgestudeerde haio's en hun partner. Huisarts Nu. 2014;43:123-5.
17. Lenaerts R, Goedhuys J. Bevlogenheid van huisartsen: een literatuuronderzoek. Huisarts Nu. 2017;46:104-9.
18. Lenaerts R, Goedhuys J. Hoe bevlogen zijn Vlaamse huisartsen? Een veldonderzoek. Huisarts Nu. 2017;46:110-5.
19. Samyn E, Thoen A, Herweyers K, Comes S, Wens J. Huisarts in vuur en vlam. Enthousiaste huisartsen getuigen. Huisarts Nu. 2015;44(2).
20. Jonckheer P, Borgermans L, Dubois C, Verhoeven E, Rinchard E, Baudewyns A, et al. Welke oplossingen voor de wachtdiensten van huisartsen? . Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg; 2011.
21. Dewulf B, Neutens T, De Weerdt Y, Van de Weghe N. Accessibility to primary health care in Belgium: an evaluation of policies awarding financial assistance in shortage areas. BMC family practice. 2013;14:122.
22. Medica D. Impulseo evaluatie begeleidingen. Intern rapport.

23. Jutzi L, Vogt K, Drever E, Nisker J. Recruiting medical students to rural practice: perspectives of medical students and rural recruiters. Can Fam Physician. 2009/01/22 ed2009. p. 72-3, 3 e1-4.
24. Greenhill JA, Walker J, Playford D. Outcomes of Australian rural clinical schools: a decade of success building the rural medical workforce through the education and training continuum. Rural Remote Health. 2015;15(3):2991.
25. Neufeld SM, Mathews M. Canadian return-for-service bursary programs for medical trainees. Healthcare policy = Politiques de sante. 2012;7(4):82-94.
26. Sempowski IP. Effectiveness of financial incentives in exchange for rural and underserviced area return-of-service commitments: systematic review of the literature. Can J Rural Med. 2004;9(2):82-8.
27. Frehywot S, Mullan F, Payne PW, Ross H. Compulsory service programmes for recruiting health workers in remote and rural areas: do they work? Bull World Health Organ. 2010;88(5):364-70.
28. Lewin SA, Dick J, Pond P, Zwarenstein M, Aja G, van Wyk B, et al. Lay health workers in primary and community health care. The Cochrane database of systematic reviews. 2005(1):Cd004015.

9. Dankwoord

Bij het tot stand komen van deze masterproef wil ik in de eerste plaats mijn promotor, Prof. Dr. Dirk Avonts bedanken. Zijn begeleiding en feedback waren bijzonder waardevol voor het aflijnen van het onderwerp en tijdens het schrijven van deze masterproef. Wanneer het schrijfproces leek vast te lopen kon ik stees op hem rekenen om een originele invalshoek aan te reiken van waaruit we terug verder konden werken.

Ik wil ook graag mevrouw An Stockmans (ICHO), mevrouw Benedicte Dooms (Jong Domus), Joël Wouda (’t HOP) en mevrouw Lise Schepers (Huisartsenkoepel Waasland) bedanken voor hun hulp bij het verspreiden van de verschillende vraaglijsten.

Daarnaast wil ik ook mijn collega’s en ouders bedanken voor hun morele steun en mijn zus Ilse voor het nalezen van deze thesis.

10. Bijlagen

10.1. Vragenlijst HAIO'S

Beste HAIO,
De dienst huisartsgeneeskunde en eerstelijnszorg van de universiteit Gent voert een onderzoek uit naar drijfveren van jonge artsen in de keuze van een nieuwe opleidings-of werkplaats en hoe huisartsame regio's hierop kunnen inspelen.
Voor dit onderzoek vragen we u om de tijd te nemen om deze vragenlijst voor ons in te vullen. Dit zal ongeveer 20 minuten van uw tijd in beslag nemen.
Deze vragenlijst werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZGent. De verzameling van de gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Dirk Avonts.
Deelname aan deze studie zal geen bijkomende kosten meebrengen, maar biedt ook geen financieel voordeel.
De gegevens worden volledig anoniem verwerkt en je kan op elk moment besluiten om te stoppen met de vragenlijst. Vroegtijdig gestopte vragenlijsten zullen niet opgenomen worden in de studie.
Bij het volledig invullen van deze vragenlijst geeft u automatisch uw toestemming tot het gebruiken van de verzamelde gegevens voor het onderzoek.
Alvast bedankt voor uw medewerking
Eva Verberckmoes

1. Toestemming voor deelname: Hierbij geef ik toestemming voor deelname van dit onderzoek
2. Wat is het jaar waarop je bent afgestudeerd van de basisopleiding?
    a. 2013
    b. 2014
    c. 2015
    d. 2016
    e. 2017
3. Aan welke universiteit heb je de basisopleiding gevolgd?
    a. Universiteit Antwerpen
    b. Universiteit Gent
    c. Katholieke Universiteit Leuven
    d. Vrije Universiteit Brussel
    e. Andere
4. Wat is jouw geslacht?
    a. Man
    b. Vrouw
5. Wanneer viel jouw beslissing om huisartsgeneeskunde te studeren?
    a. Voor de start van de opleiding geneeskunde
    b. Tijdens de bacheloropleiding
    c. Tijdens de theoretische masteropleiding
    d. Tijdens de praktijkstages
6. In wat voor type praktijk heb je stage gelopen voor de start van je HAIO-opleiding? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)
    a. Stedelijke praktijk
    b. Praktijk in een niet-stedelijk gebied
    c. Wijkgezondheidscentrum
    d. Groepspraktijk met enkel huisartsen
    e. Multidisciplinaire groepspraktijk
    f. Samenwerkingsverband tussen verschillende praktijken
7. Wat waren voor jou beïnvloedende factoren voor je keuze voor huisartsgeneeskunde? (Meerdere antwoorden zijn mogelijk)
    a. Ouders
    b. Vrienden
    c. Lesgevers binnen de opleiding geneeskunde
    d. Stageplaatsen in het ziekenhuis
    e. Stageplaatsen huisartsgeneeskunde
    f. Medestudenten
8. Ben je opgegroeid in een stedelijk gebied?
    a. Ja
    b. Nee

9. Beantwoord volgende stellingen rond de keuze van uw opleidingspraktijk.
   (Antwoordopties: Absoluut niet – eerder niet- neutraal – eerder wel – absoluut wel)
   a. Ik wou graag mijn opleiding volgen in een praktijk gelijkaardig aan mijn eerdere huisartsenstages
   b. Ik wou graag mijn opleiding volgen in een solopraktijk
   c. Ik wou graag mijn opleiding volgen in een multidisciplinaire praktijk
   d. Ik wou graag mijn opleiding volgen bij een arts die ook betrokken is geweest bij de opleiding huisartsgeneeskunde.
   e. De mogelijkheid van huisvesting voorzien in de buurt van de praktijk zou mijn keuze voor deze praktijk kunnen beïnvloeden.
   f. Een incentive om mijn opleiding te volgen in een bepaalde regio zou mijn keuze voor deze praktijk kunnen beïnvloeden.
   g. De mogelijkheid om vast te kunnen beginnen in mijn opleidingspraktijk zou mijn keuze voor deze praktijk kunnen beïnvloeden.
   h. Ik zou graag werken in een praktijk die enkel op afspraak werkt.
   i. Een praktijk die werkt met forfaitaire betaling lijkt mij aantrekkelijker dan betaling per prestatie.
   j. Volgens mij verwacht een opleidingspraktijk in een niet-stedelijk gebied dat ik meer uren zal werken dan in een stedelijk gebied.
   k. In niet-stedelijk gebied ben je meer geïsoleerd van andere collega's en ziekenhuizen.
   l. Het is moeilijker om een professioneel netwerk uit te bouwen in een niet -stedelijk gebied.
   m. In niet-stedelijke gebieden moet je volgens mij meer tijd spenderen aan huisbezoeken.
   n. De aanwezigheid van een secretariaat in de opleidingspraktijk zou mijn keuze voor deze praktijk kunnen beïnvloeden.
   o. De aanwezigheid van een verpleegkundige in de opleidingspraktijk zou mijn keuze voor deze praktijk kunnen beïnvloeden.
   p. De mogelijkheid tot samenwerking met een diëtist binnen de opleidingspraktijk zou mijn keuze voor deze praktijk kunnen beïnvloeden.
   q. De mogelijkheid tot samenwerking met een kinesist binnen de opleidingspraktijk zou mijn keuze voor deze praktijk kunnen beïnvloeden.
   r. De mogelijkheid tot samenwerking met een psycholoog binnen de opleidingspraktijk zou mijn keuze voor deze praktijk kunnen beïnvloeden.
   s. De aanwezigheid van een wachtpost in het wachtgebied van mijn opleidingspraktijk zou mijn keuze voor deze praktijk kunnen beïnvloeden.
10. Indien er nog andere zaken voor jou een rol spelen bij de keuze van een opleidingspraktijk mag je deze hieronder neerschrijven.

    _____

11. Beantwoord volgende stellingen over jouw toekomstperspectief.
    (Antwoordopties: Absoluut niet – eerder niet- neutraal – eerder wel – absoluut wel)
    a. Ik zou graag samenwerken in een groepspraktijk, wijkgezondheidscentrum of een samenwerkingsverband.
    b. Ik zou later graag werken in een multidisciplinaire praktijk.
    c. Ik zou later graag werken in een solopraktijk.
    d. Ik zou later graag werken in stedelijk gebied.
    e. Ik zou later liefst voltijds werken.
    f. Ik zou later graag werken in de regio waar ik ben opgegroeid.
    g. De carrièrekeuze en mogelijkheden van mijn eventuele partner zijn van belang voor de keuze van mijn latere werkplaats.
    h. De aanwezigheid van opvangmogelijkheden voor kinderen kunnen mijn keuze voor een latere werkplaats beïnvloeden.
    i. Ondersteuning door lokale besturen (bijvoorbeeld beschikbaar stellen van een praktijkruimte) kan mijn keuze voor latere werkplaats beïnvloeden.
    j. Flexibele uren binnen een vast werkschema zijn voor mij belangrijk.
    k. Duidelijke scheiding van werk en privé is voor mij belangrijk.
    l. IK zou graag werken in een regio met huisartsenwachtpost
    m. Ik voel mij aangetrokken tot werken in een huisarts-arme regio omdat ze mij daar zeker nodig hebben en ik dit engagement wil waarmaken.
    n. Een financiële incentive kan mijn keuze voor een huisarts-arme regio beïnvloeden.
    o. Ik zou graag naast het huisartsenberoep een bijberoep uitoefenen (CRA, Kind & Gezin,…)

10.2. Vragenlijst huisartsen

Geachte huisarts,
De dienst huisartsgeneeskunde en eerstelijnszorg van de universiteit Gent voert een onderzoek naar drijfveren van jonge artsen in de keuze van een nieuwe opleidings-of werkplaats en hoe huisarts-arme regio's hierop kunnen inspelen.
Voor dit onderzoek vragen we u om de tijd te nemen om deze vragenlijst voor ons in te vullen. Dit zal ongeveer 15 minuten van uw tijd in beslag nemen.
Deze vragenlijst werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZGent. De verzameling van de gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Dirk Avonts.
Deelname aan deze studie zal geen bijkomende kosten meebrengen, maar biedt ook geen financieel voordeel.
De gegevens worden volledig anoniem verwerkt en je kan op elk moment besluiten om te stoppen met de vragenlijst. Vroegtijdig gestopte vragenlijsten zullen niet opgenomen worden in de studie.
Alvast bedankt voor uw medewerking
Eva Verberckmoes

1. Toestemming voor deelname
   Hierbij geef ik toestemming voor deelname van dit onderzoek.
2. Ik ben werkzaam in
   a. Solopraktijk
   b. Groepspraktijk bestaande uit huisartsen
   c. Multidisciplinaire groepspraktijk
   d. Wijkgezondheidscentrum
   e. Netwerkverband tussen verschillende praktijken
3. Ik ben werkzaam in stedelijk gebied.
   a. Ja
   b. Nee
4. Ik ben geregistreerd als praktijkopleider
   a. Ja
   b. Nee
5. Beantwoord volgende stellingen met betrekking tot opleiding van huisartsen.
   (Antwoordopties: Absoluut niet – eerder niet- neutraal – eerder wel – absoluut wel)
   a. Ik ben bereid om studenten geneeskunde stage te laten lopen in mijn praktijk om zo huisartsgeneeskunde te promoten.
   b. De mogelijkheid om de opleiding van een HAIO te delen met een andere collega zou het voor artsen veel haalbaarder maken om praktijkopleider te worden.
   c. Ik ben praktijkopleider geworden (of zou dit overwegen) omdat ik, onder andere, op zoek ben naar een collega om mee in de praktijk te stappen.
   d. Praktijken uit steden zijn populairder en krijgen daardoor steeds de 'betere' HAIO's.
   e. Via de contactavonden van het ICHO is het voor praktijken uit het platteland gemakkelijker om contacten te leggen.
   f. Een systeem waarbij het ICHO zelf een HAIO aan een PO koppelt zou veel eerlijker zijn.
   g. Mits financiële steun (van overheid, gemeente, ICHO,…) zou ik mijn praktijk op bouwkundig en/of logistiek vlak kunnen aanpassen om een HAIO te kunnen opleiden.
   h. Ik zou het opleiden van een HAIO overwegen als de werkbelasting opgelegd door het ICHO minder zwaar zou zijn.
   i. Een financiële incentive vanuit het ICHO om als HAIO tijdens de opleiding te kiezen voor een huisartsarme regio zou het gemakkelijker maken om jonge artsen te motiveren om in dergelijke zone te werken.
   j. Ik wil mij engageren om samen te werken met middelbare scholen om studenten te woord te staan bij een eventuele keuze voor de studie geneeskunde.
   k. Ik zou een rol in de opleiding huisartsgeneeskunde willen overwegen om zo in contact te komen met potentiële HAIO's of nieuwe collega's.
   l. Ik zou een rol in de opleiding huisartsgeneeskunde willen overwegen om het huisartsenberoep te promoten.

m. Een verplicht jaar werken in een huisartsarme zone tijdens de opleiding tot huisarts vergroot de kansen om jonge artsen aan te trekken in dergelijke zone.

6. Beantwoord volgende stellingen rond het aantrekken van nieuwe collega's
   (Antwoordopties: Absoluut niet – eerder niet- neutraal – eerder wel – absoluut wel)
   a. Mits financiële ondersteuning van lokale besturen bij het op- en verbouwen of inrichten van een praktijkruimte zou ik overwegen mijn praktijk uit te breiden om ruimte te bieden aan een nieuwe collega.
   b. Lokale besturen in huisartsarme regio's zouden een werk- en/of woonruimte beschikbaar moeten stellen door middel van kortdurende huurcontracten zodat jonge artsen niet meteen moeten investeren in huisvesting.
   c. Betere contacten tussen regionale ziekenhuizen en huisartsen zou het werken in een huisartsarme regio aangenamer kunnen maken.
   d. Ik ben bereid om een wagen ter beschikking te stellen aan een nieuwe collega zodat hij/zij deze investering niet meteen hoeft te doen.
   e. Ik zou nauwere samenwerking met paramedische beroepen (verpleegkundige, kinesist, diëtist,…), bijvoorbeeld onder de vorm van een multidisciplinaire praktijk, overwegen om jonge artsen aan te trekken.
   f. Ik ben bereid om samen met andere paramedici te investeren in een multidisciplinaire praktijk.
   g. Oprichten van multidisciplinaire praktijken is de verantwoordelijkheid van lokale besturen.
   h. Ik wil mij engageren bij het oprichten/ondersteunen van een wachtpost in de regio.
   i. Ik ben bereid om nieuwe collega's een flexibel uurrooster aan te bieden (bijvoorbeeld een aantal uren per dag, enkele dagen in de week, ….)
   j. Ik zou overwegen om met (nieuwe) collega's samen te werken indien professionele begeleiding rond organisatie en opstart beschikbaar zou zijn.
   k. Ik wens een beter aanbod aan opleidingsinitiatieven voor huisartsen op lokaal niveau (vanuit universiteiten, regionale ziekenhuizen,…)

10.3. Goedgekeurd Protocol

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS

IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

HOE KAN MEN JONGE HUISARTSEN MOTIVEREN OM TE WERKEN IN HUISARTSARME ZONES?

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: AVONTS DIRK
- FUNCTIE: GASTPROFESSOR
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 36 12
- FAX: 09 332 49 67
- E-MAIL: dirk.avonts@ugent.be
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: JAN DE MAESENEER

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: EVA VERBERCKMOES
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0494 83 47 13
- E-MAIL: EVA.VERBERBERCKMOES@UGENT.BE

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: GOEDELE HEYRMAN
- ADRES: KALVERSTRAAT 57 9150 RUPELMONDE
- TELEFOONNUMMER: 03/774.47.33
- E-MAIL: PRAKTIJKDENTOBBEN@GMAIL.COM
- TYPE-PRAKTIJK: GROEPSPRAKTIJK

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

NVT, MASTERPROEF SLUIT NIET AAN BIJ LOPEND ONDERZOEK

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: 20/02/2017 (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: 30/09/2018

7. SOORT ONDERZOEK

- ❑ PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK
  - ❑ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
  - ✓ VRAGENLIJSTEN
  - ✓ INTERVIEW
- ❑ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
  - ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
  - ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
    - ❑ WELKE PERIODE: ….
- ❑ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK
  - ❑ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
    - ❑ FASE I
    - ❑ FASE II
    - ❑ FASE III
    - ❑ FASE IV
    - ❑ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE

- ❑ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
- ❑ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN

❑ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE**,** BLOEDAFNAME, RX,…)

- ❑ MEDICAL DEVICE
- ❑ BLOEDAFNAME, RX,…

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

Volgens het Agentschap Zorg en Gezondheid is er in 56 procent van de Vlaamse gemeenten een tekort aan huisartsen. Nochtans neemt het aantal afstuderende huisartsen jaarlijks toe. Om jonge artsen te motiveren om te werken in huisartsarme regio's (de zogenaamde prioritaire zones) werd Impulseo I in het leven geroepen. Deze maatregel geeft recht op een vestigingspremie van 20.000 euro, met daarnaast ook recht op een renteloze lening, ter ondersteuning van het oprichten van een nieuwe praktijk in een huisartsarme zone. Deze maatregel lijkt echter onvoldoende aangezien het aantal prioritaire zones blijft toenemen.
Het doel van deze masterproef is om na te gaan bij jonge artsen welke factoren een rol spelen bij het kiezen van een nieuwe werkplaats en hoe men als huisartsenregio hierop kan inspelen.
Om hierop een antwoord te geven wordt de onderzoeksvraag opgesplitst in twee subonderzoeken.
In beide gevallen gaat het om een prospectief observationeel onderzoek door middel van vragenlijsten.

Eerst wordt door middel van vragenlijsten bij HAIO's en jonge artsen gepeild naar factoren die een rol spelen bij het kiezen van een nieuwe stage- of werkplaats. Rekrutering gebeurt via het rondsturen van een online enquête naar alle geregistreerde (kandidaat-)HAIO's. Een gelijkaardige lijst wordt verspreid via Jong Domus om zo jonge afgestudeerde huisartsen te bereiken. In de vragenlijst wordt er eveneens gepeild naar bestaande 'vooroordelen' met betrekking tot werken in een huisartsarme regio. De vragenlijst is volledig vrijblijvend en anoniem in te vullen. Te verwachten is dat er uit deze vragenlijst enkele aspecten komen die een invloed hebben op de keuze van een werkplaats, naast de financiële steun van Impulseo I.

Vanuit de resultaten worden een aantal maatregelen geformuleerd die een praktijk aantrekkelijker zou kunnen maken voor een HAIO of nieuwe collega. Inspiratie wordt gehaald uit de hierboven vermelde vragenlijsten en uit literatuurstudie. Deze worden voorgelegd aan praktijkopleiders uit prioritaire zones waarop gescoord wordt in welke mate zij deze maatregelen als haalbaar beschouwen, en zouden willen toepassen in hun eigen praktijk. Ook deze vragenlijst is geheel vrijblijvend en anoniem in te vullen. De vragenlijst kan worden verspreid via het platform van het ICHO, via e-mail en via post.
Deze maatregelen worden ook voorgelegd aan mijn praktijkopleider en haar collega's, die zelf een nieuwe praktijk hebben opgestart met onder andere als doel jonge huisartsen aan te trekken in de regio. Via dit diepte-interview kan er verder worden ingegaan op bepaalde stellingen dan mogelijk is via een enquête.

Door het selecteren van een aantal haalbare maatregelen om een praktijk aantrekkijker te maken kunnen deze geïmplementeerd worden met als gevolg dat er een meer gelijke verdeling ontstaat van het aantal nieuwe artsen. Dit resulteert in een meer gelijke verdeling van huisartsen over geheel Vlaanderen en wordt de zorg voor patiënten gegarandeerd, ook in huisartsarme zones.

9. IS HET ONDERZOEK

- ❑ DIAGNOSTISCH
- ❑ FYSIOLOGISCH
- ❑ MORFOLOGISCH
- ❑ THERAPEUTISCH
- ❑ FYSIOPATHOLOGISCH
- ✓ EPIDEMIOLOGISCH

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ JA
- ✓ NEEN

INDIEN JA

- ❑ 1 ZIEKENHUISDIENST
- ❑ MEERDERE ZIEKENHUISDIENSTEN
  - NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN HET CENTRAAL ETHISCH COMITÉ: …
  - NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ(S) DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK + NAAM VAN DE LOKALE ONDERZOEKER: …

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE UNIVERSITEIT GENT

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

DEELONDERZOEK 1: VRAGENLIJSTEN AAN JONGE ARTSEN.

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?
   - ✓ JA
   - ❑ NEEN

   PATIËNTEN LIJDEND AAN : …
B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?
   - ✓ JA
   - ❑ NEEN
C. AANTAL PROEFPERSONEN: 50 TOT 70 DEELNEMERS
D. LEEFTIJD : 25 – 30 JAAR
E. GESLACHT : MANNEN EN VROUWEN
F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? DE VRAGENLIJST WORDT VERSTUURD NAAR ALLE GEREGISTREERDE (KANDIDAAT-) HAIO'S EN LEDEN VAN JONG DOMUS.

DEELONDERZOEK 2: VRAGENLIJSTEN AAN PRAKTIJKOPLEIDERS.

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?
   - ✓ JA
   - ❑ NEE

   PATIËNTEN LIJDEND AAN : …
B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?
   - ✓ JA
   - ❑ NEEN
C. AANTAL PROEFPERSONEN: 20 TOT 30 DEELNEMERS
D. LEEFTIJD : NIET VAN BELANG VOOR DIT ONDERZOEK.
E. GESLACHT : MANNEN EN VROUWEN
F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? PRAKTIJKOPLEIDERS GEREGISTREERD BIJ HET ICHO, MET EEN PRAKTIJK GEVESTIGD IN EEN HUISARTSARME ZONE WORDEN GEVRAAGD OM DE VRAGENLIJST IN TE VULLEN.

DEELONDERZOEK 3: VRAGENLIJSTEN AAN HUISARTSEN.

G. GEZONDE PROEFPERSONEN ?
   - ✓ JA
   - ❑ NEEN

   PATIËNTEN LIJDEND AAN : …
H. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?
   - ✓ JA
   - ❑ NEEN
I. AANTAL PROEFPERSONEN: 20 TOT 30 DEELNEMERS
J. LEEFTIJD : NIET VAN BELANG VOOR DIT ONDERZOEK.
K. GESLACHT : MANNEN EN VROUWEN
L. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? VOORZITTERS VAN LOK-GROEPEN UIT PRIORITAIRE ZONES WORDEN GEVRAAGD OM DE VRAGENLIJST TIJDENS EEN LOK-BIJEENKOMST DOOR DE LEDEN TE LATEN INVULLEN. EVENTUEEL KOM IK BIJ AANVANG VAN DE LOK-BIJEENKOMST LANGS OM HET ONDERZOEK VERDER TOE TE LICHTEN (NAAST HET BIJGEVOEGDE INFORMATIEFORMULIER).

DEELONDERZOEK 4: DIEPTE-INTERVIEW MET COLLEGA'S

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?
   - ✓ JA
   - ❑ NEEN
B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?
   - ✓ JA
   - ❑ NEEN
C. AANTAL PROEFPERSONEN: 7 - 10
D. LEEFTIJD : NIET VAN BELANG VOOR DIT ONDERZOEK.
E. GESLACHT : VROUWEN

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? PRAKTIJKOPLEIDER EN COLLEGA'S UIT DE EIGEN PRAKTIJK DIE BETROKKEN ZIJN BIJ DE OPSTART VAN EEN NIEUWE PRAKTIJK. COLLEGA-HAIO'S UIT EIGEN VRIENDENKRING EN UIT DE SEMINARIEGROEP WORDEN EVENEENS GECONTACTEERD OM DEEL TE NEMEN AAN EEN DIEPTE-INTERVIEW.

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

- ✓ JA
- ❑ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

- ✓ JA
- ❑ NEEN

MONDELING :

- ✓ JA
- ❑ NEEN

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ?

EIGEN PRAKTIJKOPLEIDER EN COLLEGA'S UIT DE OPLEIDINGSPRAKTIJK.

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...)

- ❑ JA
- ✓ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

- ❑ JA
- ✓ NEEN

C. GAAT HET OM KINDEREN?

- ❑ JA
- ✓ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

- ✓ JA
- ❑ NEEN

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

- ✓ JA
- ❑ NEEN

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.

WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

Zo ja, waar ? Wat was het resultaat ? Waarom wordt het in deze studie hernomen ?
Ja, in 2009 publiceerde het Canadese tijdschrift voor huisartsgeneeskunde (Canadian Family physician) een artikel waarbij men onderzocht welke factoren een invloed spelen op de keuze van geneeskundestudenten voor rurale praktijken, aanwervingsstrategieën die hieruit volgden en hun gepercipieerde effect, zowel volgens geneeskundestudenten en huisartsen.
Het resultaat was dat naast financiële factoren ook levensstijlfactoren een belangrijk invloed hadden op de keuze van geneeskundestudenten. Volgens studenten waren maatregelen om jonge artsen aan te trekken ethisch gepast.

In deze studie wordt het onderzoek hernomen omdat de situatie in Canada zeer verschillend is dan die in België. België kent rurale gebieden, maar deze zijn veel minder afgelegen dan die Canada, wat in Canada juist de grootste drempel is om in rurale gebieden te werken.

(bron: Jutzi L, Vogt K, Drever E, Nisker J. Recruiting medical students to rural practice: perspectives of medical students and rural recruiters. Can Fam Physician. 2009;55(1):72-3, 3 e1-4.)

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?
   - ❑ JA
   - ✓ NEEN

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?
   - ❑ JA, EEN BETERE SPREIDING VAN HUISARTSEN ZORGT VOOR EEN BETER VERDEELDE WERKLAST, EN EEN HOGERE KWALITEIT VAN DE ZORG VOOR PATIËNTEN.
   - ❑ NEEN

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?
   - ❑ JA
   - ✓ NEEN

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:
   - ✓ WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT
   - ❑ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.
     WELK RISICO EN DE FREQUENTIE :
   - ❑ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.
     WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
   (DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

ER WORDT GEEN PREPARAAT GEBRUIKT, ER WORDT ENKEL GEWERKT MET VRAGENLIJSTEN.

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

- ✓ JA
- ❑ NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ?
   EVA VERBERCKMOES

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?
   - ❑ JA, DIT TOEZICHT KAN VERZEKERD WORDEN VIA DE PERMANENTIE EN DE CONTINUÏTEIT VAN DE ZORG IN EEN HUISARTSENPRAKTIJK.
   - ❑ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?
   - ❑ JA, VIA DE HUISARTSENPERMANENTIE
   - ❑ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ?
   EVA VERBERCKMOES

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

NIET VAN TOEPASSING, ER WORDT ENKEL MET VRAGENLIJSTEN GEWERKT.

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

NIET VAN TOEPASSING, ER WORDT ENKEL MET VRAGENLIJSTEN GEWERKT.

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

- ❑ JA
- ✓ NEEN

ZO JA: ...

A. LANGS WELKE WEG ? ...
B. NAAM EN OORSPRONG VAN DE SUBSTANTIE : ...
C. AAN WIE WORDT DE ONTVANGST, OPSLAG, VERDELING EN TERUGSTUREN VAN NIET-GEBRUIKTE CHEMISCHE SUBSTANTIES TOEVERTROUWD ? ...
D. ZULLEN RADIO-ISOTOPEN TOEGEDIEND WORDEN ?
   - ❑ JA
   - WELKE ? ...NEEN

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

NIET VAN TOEPASSING, ER WORDT ENKEL MET VRAGENLIJSTEN GEWERKT.

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

NIET VAN TOEPASSING

25 . FINANCIËLE OVEREENKOMST

- ✓ NIET VAN TOEPASSING
- ❑ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:
  - ❑ ERELOON:
  - ❑ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING
DATUM : 26/2/2017
NAAM : Eva Verbeeckmoes
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER
DATUM : 26/2/2017
NAAM : G. HEYRMAN
HANDTEKENING :

Dr. HEYRMAN G.
1-45818-70-004
Nijverstr. 57 - 9150 RUPEL MONDE

PROMOTOR
DATUM : 24/2/2017
NAAM : D. AVONTS
HANDTEKENING :

COPROMOTOR
DATUM :
NAAM : NVT
HANDTEKENING :

10.4. Gunstig advies Ethische commissie en bijkomende amendementen

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Dirk AVONTS
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be

UW KENMERK	ONS KENMERK	DATUM	KOPIE
	2017/0415	27-apr-17	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Hoe kan men jonge huisartsen motiveren om te werken in huisartsarme zones? (MaNaMa Eva Verberckmoes)

Belgisch Registratienummer: B670201732135

* Antwoord onderzoekers dd. 18/04/2017 op opmerkingen EC dd. 04/04/2017
* Adviesaanvraagformulier (versie 2.1) - cntv. via mail dd. 18/04/2017
* Informatie- en toestemmingsformulier jonge huisartsen (versie 2.1) dd. 18/04/2017
* Informatie- en toestemmingsformulier praktijkopleiders (versie 2.1) dd. 18/04/2017
* Informatie- en toestemmingsformulier huisartsen (versie 2.1) dd. 18/04/2017
* Informatie- en toestemmingsformulier HAIO (versie 2.1) dd. 18/04/2017
* Vragenlijsten
  Vragenlijst jonge huisartsen (versie 2.1) dd. 18/04/2017
  Vragenlijst praktijkopleiders (versie 2.1) dd. 18/04/2017
  Vragenlijst huisartsen (versie 2.1) dd. 18/04/2017
  Vragenlijst HAIO (versie 2.1) dd. 18/04/2017
* Diepte-interview (versie 2.1) dd. 18/04/2017:
  - Informatie voor de deelnemer
  - toestemmingsverklaring
  - thema's

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. D. AVONTS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 18/04/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 18/04/2018, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 18/04/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 18/04/2018, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 18/04/2017
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 18/04/2017

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

./.

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be

UW KENMERK	ONS KENMERK	DATUM	KOPIE
	2017/0415	27-apr-17	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2017/0415

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

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

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. D. AVONTS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys

Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Dirk AVONTS
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 22 66	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@uzgent.be

UW KENMERK	ONS KENMERK	DATUM	KOPIE
	2017/0415	16-aug-17	Zie "CC"

BETREFT

Advies Amendement voor studie met als titel:
Hoe kan men jonge huisartsen motiveren om te werken in huisartsarme zones? (MaNaMa Eva Verberckmoes)

Belgisch Registratienummer: B670201732135
Fase (Phase): NVT/NA

Geachte collega,

Wij ontvingen uw aanvraag op 31/07/2017 voor een amendement betreffende bovenvermelde studie. Het betreft:

- Begeleidende brief Amendement dd.6/07/2017
- Amendement op ICF
  Aangepast ICF voor online vragenlijsten jonge artsen dd. 13/07/2017
  Aangepast ICF voor online vragenlijsten HAIO dd. 13/07/2017
- Vragenlijst
  Bijlage vragenlijst HAIO versie 2.1 dd. 18/04/2017
  +ICF
  Bijlage vragenlijst Jonge huisartsen versie 2.1 dd. 18/04/2017
  +ICF

Dit/deze document(en) werd(en) met bevoegdheidsdelegatie bekeken en goedgekeurd door de voorzitter van het Ethisch Comité 16/08/2017.
Hiervan wordt melding gemaakt in het verslag van de vergadering van het Ethisch Comité dd. 22/08/2017.
Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt.

Indien dit amendement een anderstalig patiënteninformatie en - toestemmingsformulier bevat, dient de promotor garant te staan voor de conformiteit met de nederlandstalige documenten.

Met collegiale groeten,

Prof. Dr. Rubens

i.o.v. Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter EC Gent

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Muriel Fouquet
09/332 33 36
muriel.fouquet@uzgent.be

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys

Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Dirk AVONTS
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0415	14-dec-17	Zie "CC"

BETREFT

Advies Amendement voor studie met als titel:
Hoe kan men jonge huisartsen motiveren om te werken in huisartsarme zones? (MaNaMa Eva Verberckmoes)

Belgisch Registratienummer: B670201732135
Fase (Phase): NVT/NA

Geachte collega,

Wij ontvingen uw aanvraag op 22/11/2017 voor een amendement betreffende bovenvermelde studie. Het betreft:

- Vragenlijst
  Versie 1.4 dd 19/10/17
- Begeleidende brief Amendement dd.13/11/2017

Dit/deze document(en) werd(en) met bevoegdheidsdelegatie bekeken en goedgekeurd door de voorzitter van het Ethisch Comité 6/12/2017.
Hiervan wordt melding gemaakt in het verslag van de vergadering van het Ethisch Comité dd. 19/12/2017.
Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt.

Indien de informatie in dit (deze) document(en) relevant is voor de deelnemer aan het onderzoek dient het in die zin opgenomen te worden in een nieuw informatie en - toestemmingsformulier. In dit geval en zo wij hiervan nog niet in het bezit zijn, kregen wij hiervan graag een kopie.

Met collegiale groeten,

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter EC Gent

cc. FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
UZ Gent - Bimetra Clinics

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Ann Haenebalcke
09/332 22 66