Afscheid nemen of doorgaan?
Kwalitatief onderzoek naar de pensioenbeslissingen van 60-plus huisartsen

Dr. Van Aelst Maïté, HAIO Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Lieve Peremans, Universiteit Antwerpen
Co-promotor: Prof. Dr. Bart Van Rompaey, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2022 – 2025

©Copyright by KU Leuven

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Met uitzondering van het door de wet toegestaan gebruik, is zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur(s) het overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie in verband met het overnemen en/of gebruik van gedeelten uit deze publicatie, wendt u zich tot de KU Leuven, Faculteit Geneeskunde, Campus Gasthuisberg O&N2, Herestraat 49 – bus 400, 3000 Leuven.

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

Abstract

Auteur: Dr. Maïté Van Aelst – KU Leuven – maite.vanaelst@telenet.be
Promotor: Prof. Dr. Lieve Peremans – Universiteit Antwerpen

Titel: Afscheid nemen of doorgaan? Kwalitatief onderzoek naar de pensioenbeslissingen van 60-plus huisartsen.

Context: België wordt geconfronteerd met een nijpend huisartsentekort. De vergrijzing binnen de huisartsenpopulatie voorspelt een verdere afname van het aantal huisartsen. Naast de inkrimping van het aanbod aan huisartsen, leidt de vergrijzing tot meer complexe en chronische zorg en aldus tot een toenemende vraag naar huisartsen. Dit baart grote zorgen over de beschikbaarheid van voldoende huisartsenzorg de komende 5 tot 10 jaar. Dit roept vragen op over wat huisartsen motiveert om langer aan het werk te blijven en welke factoren hun pensioenbeslissing beïnvloeden.

Onderzoeksvraag: Hoe nemen 60-plus huisartsen de beslissing om al dan niet met pensioen te gaan?

Methode: Een kwalitatieve studie werd uitgevoerd via semigestructureerde interviews met vijftien huisartsen ouder dan 60 jaar. De interviews werden getranscribeerd en via een cyclisch proces gecodeerd. De resultaten werden thematisch geanalyseerd via het programma NVivo.

Resultaten: Vier hoofdthema's kwamen naar voren: persoonlijke motivatie, werkcontext, werkdruk en werk na pensioen. Binnen persoonlijke motivatie speelden sociale relaties, gezondheid, werkplezier en de arts-patiëntrelatie een belangrijke rol. Ook het bijblijven via bijscholing en de wens om niet als 'oude dokter' te worden gezien, kwamen aan bod. Binnen de werkcontext ervaarden solo-artsen meer druk en minder flexibiliteit, terwijl groepspraktijken meer ondersteuning, overleg en afbouwmogelijkheden boden. Wat werkdruk betreft, werden vooral wachtdiensten en administratieve verplichtingen als belastend ervaren. Het thema werk na pensioen behandelde financiële overwegingen en de mogelijkheid om nog te werken als huisarts voor patiënten zonder vaste arts, waarbij drempels zoals regelgeving en administratie aan bod kwamen.

Conclusie: De beslissing van 60-plus huisartsen om al dan niet met pensioen te gaan, blijkt het resultaat van een complex samenspel tussen persoonlijke motivatie, werkcontext en werkdruk. De resultaten onderstrepen de nood aan begeleiding bij de uitstroom van oudere artsen. Beleidsmaatregelen zoals vroegtijdige coachingtrajecten, aangepaste bijscholing, versoepelde wachtdienstplicht en administratieve ondersteuning kunnen een cruciale rol spelen in het duurzaam inzetten van deze ervaren groep artsen. Verder onderzoek en beleidsinitiatieven zijn nodig om deze inzichten te vertalen naar de praktijk.

Inhoud

Abstract **3**

Woord van dank **5**

1. Inleiding **5**

2. Literatuurstudie **6**

Introductie *6*

Methodologie *6*
Zoektermen 6
Databronnen 7

Resultaten *7*
1. Hoeveel huisartsen werken nog na de pensioenleeftijd? 7
2. Wat stimuleert 60-plus huisartsen om toch in het vak te blijven? 8

Besluit *11*

3. Veldonderzoek **12**

Methodologie *12*
Onderzoekspopulatie 12
Datacollectie 12
Data-analyse 12

Resultaten *12*
Demografische gegevens 12
Analyse interviews 13

4. Discussie **27**

5. Conclusie **30**

6. Bronnen **31**

7. Bijlagen **33**

7.1 Goedgekeurd protocol *33*

7.2 Goedkeuring Ethisch Comité Antwerpen *38*

7.3 Uitnodiginsbrief *40*

7.4 Informed consent huisarts *41*

7.5 Demografische vragenlijst *46*

7.6 Semi-gestructureerd interview huisarts *47*

Woord van dank

Graag wil ik mijn promotor, prof. Dr. Lieve Peremans, bedanken voor de nuttige feedback en de aanmoedigende woorden bij het schrijven van deze thesis. Prof. Dr. Lieve Peremans leerde me de verschillende stappen die nodig waren voor de totstandkoming van deze kwalitatieve masterproef en heeft me goed begeleid bij het kwalitatief onderzoek en het interpreteren van de resultaten. Daarnaast gaat mijn oprechte dank uit naar de deelnemende huisartsen die tijd konden vrijmaken om uitgebreid mee te werken met mijn onderzoek.

1. Inleiding

Meerdere gemeenten in België worden op heden geconfronteerd met een nijpend huisartsentekort (1, 2). Een recente grootschalige bevraging toonde aan dat ongeveer één vijfde van de huisartsen reeds een patiëntenstop invoerde door de toenemende werkdruk (3). Drie huisartsen op vier ervaren de werkdruk als hoog tot zelfs zeer hoog. Dit zien we ook in de beschrijving van de ideale werkweek; deze bevat 38 tot 40 uur voor de gemiddelde huisarts, echter in de realiteit werkt de helft van de artsen 50 tot 64 uur per week. Uit de cijfers blijkt ook dat het gemiddeld aantal werkuren toeneemt met de leeftijd van de huisarts (3). Jongere artsen willen niet meer de rol innemen van de oudere huisarts die 80 uur per week werkte, maar leggen hun focus meer op een goede work-life balans. Hierdoor moet gemiddeld één oudere huisarts vervangen worden door 1,5 tot 2 jongere artsen.

Bovendien voorspelt de verdere vergrijzing van het huisartsenberoep een verdere afname van het aantal huisartsen. In 2018 waren 18,7% van de Belgische huisartsen ouder dan 65 jaar (4). In 2021 was iets minder dan de helft (44,6%) van de huisartsen 55 jaar en ouder (5).

Naast de inkrimping van het aanbod aan huisartsen, leidt de vergrijzing tot meer complexe en chronische zorg en aldus tot een toenemende vraag naar huisartsen (6). Tevens ligt het aantal contacten per jaar per patiënt voor 75-plussers gemiddeld hoger dan voor de jongere populatie (6). Rekening houdend met de vergrijzingstsunami, zal de werkdruk voor de huisartsen alleen nog meer toenemen.

Deze problematiek onderstreept het belang van waakzaamheid om de instroom van nieuwe huisartsen te verzekeren, zodat de verwachte uitstroom in de nabije toekomst opgevangen kan worden. In dat kader besliste de Vlaamse regering om vanaf 2026 geen beperking meer op te leggen aan het aantal artsen dat toegang krijgt tot de opleiding huisartsgeneeskunde (7). Uit het KCE-rapport van 2024 blijkt dat eerdere inspanningen om pas afgestudeerde artsen aan te trekken tot het beroep reeds resultaat opleverden: het percentage afgestudeerden dat voor huisartsgeneeskunde koos steeg van 26,3% in 2011 naar 38,3% in 2021 (5).

Van de Belgische huisartsen zegt 8% binnenkort op pensioen te gaan. Van de huisartsen in solopraktijken zegt zelfs 17% binnenkort te stoppen, wat logisch is gezien de oudere huisartsenpopulatie in individuele praktijken (7). Dit baart grote zorgen over de beschikbaarheid van de huisartsenzorg de komende 5 tot 10 jaar. De uitstroom van oudere artsen zal een nóg grotere druk zetten op de andere artsen die het nu al zeer moeilijk hebben.
Het is niet geweten wat huisartsen kan motiveren om op latere leeftijd verder te werken in de praktijk.

Zo kwamen we bij de onderzoeksvraag voor deze masterproef:
“Hoe nemen 60-plus huisartsen de beslissing om al dan niet met pensioen te gaan?”.
Subvraag: **“Wat zou hen kunnen ondersteunen om langer te werken?”**

De bevindingen van dit onderzoek kunnen belangrijke inzichten bieden om beter te kunnen inspelen op de uitdagingen waarmee de huisartsenzorg geconfronteerd wordt en kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van beleid en praktijken die de beschikbaarheid en kwaliteit van huisartsenzorg in de toekomst kunnen waarborgen.

2. Literatuurstudie

Introductie

Voorafgaand ondernemen we een literatuurstudie met twee onderzoeksvragen.

1. Hoeveel huisartsen werken nog na de pensioenleeftijd?
2. Wat stimuleert 60-plus huisartsen om toch in de klinische praktijk te blijven?

Methodologie

Zoektermen

De zoekmethode voor het literatuuronderzoek werd gestart eind april 2023 en liep tot eind maart 2024. Voor vraag één werden volgende zoektermen toegepast: “General practice physician (MeSH)” AND “Age distribution (MeSH)”. In het Nederlands op Google scholar werd dit dan “Huisarts” EN “Leeftijdsverdeling” OF "Pensioenleeftijd".

Voor vraag twee werden volgende zoektermen toegepast: eerst “General practice physician (MeSH)” OR “Family physician (MeSH)” AND “Retention”. Dan ook “General practice physician (MeSH)” AND “Retirement (MeSH)”.

Volgende in- en exclusiecriteria werden gebruikt.
Inclusiecriteria

- Studies in Europa, UK, Australië en Canada.
- Artikels mogen maximaal 10 jaar oud zijn.
- Publicaties in het Engels, Nederlands of Frans.
- De artikels moeten 'fulltext' beschikbaar zijn.

Exclusiecriteria

- Studies in het Midden-Oosten, Afrika en Azië.

Databronnen

Er werd gebruik gemaakt van PubMed. Er werd ook gezocht in Google Scholar , Web of Science en de database van Eurostat.

We begonnen met de zoektocht op **PubMed.** Voor vraag één vonden we aanvankelijk (met reeds bovenstaande selectiecriteria) 22 artikels. Na screening op titel en abstract weerhielden we 2 artikels. Voor vraag twee vonden we met de eerste zoektermen aanvankelijk 82 artikels. Na screening op titel en abstract weerhielden we 16 artikels. Met de tweede zoektermen vonden we aanvankelijk 16 artikels, waarvan er 9 overbleven na screening op titel en abstract. Hiertussen waren er 4 artikels die nog niet gevonden waren met de vorige zoektermen. In **Web of Science** weerhielden we geen artikels voor vraag één en slechts 1 toegankelijk artikel voor vraag twee. Een bijkomende zoektocht in de Nederlandstalige grijze literatuur met **Google scholar** leverde 4 artikels voor vraag één en geen artikel voor vraag twee. Omwille van het geringe aantal relevante artikels op medische databases voor vraag één, verrichte ik nog een tweede zoektocht **online**. Dit gebeurde in mei 2023 en februari en maart 2024 . Op 2 websites (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en Eurostat) werd hierbij bijkomende nuttige informatie gevonden.

In totaal werden 29 artikels geïncludeerd in deze literatuurstudie.

Resultaten

1. Hoeveel huisartsen werken nog na de pensioenleeftijd?

Uit een artikel van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn in **Brussel** bleek dat in 2018 bijna één op de drie artsen tussen de 55 en 64 jaar oud was en 14% van de artsen 65 plus was (8).

Uit data van het **Europees** bureau voor statistiek (Eurostat) blijkt dat er een snelle vergrijzing van de (gezondheids)beroepsbevolking plaatsvindt in veel EU-landen gezien de babyboom-generatie de pensioenleeftijd bereikt. In tien Europese Unie (EU) lidstaten was het aandeel artsen van 55 jaar en ouder in 2021 meer dan 40,0% (9). In Italië en Bulgarije was dit zelfs meer dan 50,0%. Italië had de meeste 55-plus huisartsen met 55,2%. Lagere percentages werden vastgesteld in Malta

(21,9%), Roemenië (20,4%) en Ierland (19,7%). Het totaal aandeel 55-plus artsen in België (43,3%) was hoger dan het gemiddelde van zowel de EU-14 (35,1%) als van de EU-27 landen (37,4%) (5).

Ook uit andere buitenlandse studies blijkt dat de leeftijd van huisartsen toeneemt. In **Hongarije** was de gemiddelde leeftijd in 2007 al relatief hoog (53,3 jaar) en deze steeg in de daaropvolgende tien jaar met nog eens 3,7 jaar (10). In **Nederland** nam het aandeel 60-plus huisartsen toe van 14,1% in 2015 tot 15,2% in 2022 (11). Een Schotse studie uit 2016 toonde bovendien aan dat oudere mannelijke huisartsen sterker vertegenwoordigd zijn dan hun vrouwelijke collega's: bijna een kwart (24,8%) van de mannelijke huisartsen was ouder dan 55 jaar, tegenover slechts 10,8% van de vrouwelijke huisartsen. In totaal was 53,2% van de huisartsen in deze studie vrouw (12).

2. Wat stimuleert 60-plus huisartsen om toch in de klinische praktijk te blijven?

Positieve factoren

Uit een review uit 2017 betreffende de lidstaten van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) landen bleek dat subspecialisatie (bv. dermatologie of pediatrie), carrièremogelijkheden buiten de klinische praktijk en jobtevredenheid de belangrijkste factoren waren die het behoud van huisartsen leken te beïnvloeden. Jobtevredenheid en -ontevredenheid (beiden significante voorspellers voor behoud van artsen) werden beïnvloed door drie factoren: stressoren op het werk (bijvoorbeeld werkdruk), kenmerken van de job (bijvoorbeeld autonomie in het werk) en andere omstandigheden (bijvoorbeeld de locatie van de praktijk). Hoewel lage beloning een bron van ontevredenheid op het werk kan zijn, blijkt uit onderzoek dat een verhoging van het inkomen niet alle andere bronnen van ontevredenheid, zoals werkdruk, compenseert (13).

Daarnaast onderzocht een kwalitatieve studie uit 2019, uitgevoerd bij 183 huisartsen uit acht Europese landen (waaronder België, Frankrijk, Duitsland en Finland), welke factoren bijdragen aan **tevredenheid** binnen de klinische praktijk. Vijf volgende grote thema's kwamen naar boven in alle landen: de huisarts als persoon, vaardigheden en competenties van de huisarts, de arts-patiënt relatie, autonomie op de werkvloer en een goede work-life balans. Enkel in Polen en Slovenië werd het thema onderwijs en leren niet teruggevonden. Nu volgt een toelichting van de thema's. '**De huisarts als persoon'** gaat over houden van je job, het huisartsberoep als een roeping ervaren eerder dan een financieel doel, een groot aanpassingsvermogen aan verschillende situaties hebben en voldoende tijd hebben voor persoonlijke ontwikkeling buiten het werk. Het thema '**vaardigheden en competenties van de huisarts in de praktijk'** verwijst naar het professionele plezier dat huisartsen halen uit het stellen van correcte diagnoses in complexe situaties met beperkte technische ondersteuning. De huisarts ervaart de langdurige arts-patiëntrelatie als positief. Het thema '**arts-patiënt relatie'** heeft daarnaast ook nog betrekking op de dankbaarheid van de patiënt, wederzijds vertrouwen en respect en vaak langdurige zorg voor volledige families. '**Autonomie op de werkvloer'** betreft de vrijheid om de werkomgeving en collega's te kiezen, evenals flexibiliteit in de praktijkvoering. Huisartsen hebben behoefte aan beleidsondersteuning voor goed beheerde praktijken en goede wachtdiensten om hun optimale

‘**work-life balans’** (tijd voor familie en sociaal netwerk) te behouden. Geld was niet het belangrijkste, maar het inkomen moest voldoende zijn voor een comfortabel gezinsleven. ‘**Onderwijs’** werd gezien als essentieel om nieuwe medische kennis op te doen, waarbij het aanleren en uitwisselen van vaardigheden met jongere collega’s als bijzonder waardevol werd ervaren (14).

Ten slotte bracht een **Deense** kwalitatieve studie de motivatie van 1152 huisartsen in kaart. Ze analyseerden vier belangrijke dimensies van motivatie: extrinsieke motivatie (bv. loon), intrinsieke motivatie (bv. plezier in het werk) , patiëntoriëntatie (bv. goed willen doen voor patiënten) en motivatie voor openbare dienstverlening (bv. goed willen doen voor de maatschappij). Meer dan de helft van de huisartsen (53,2%) gaf aan dat het hen ‘minder om het geld’ ging: hun intrinsieke motivatie, patiëntoriëntatie en maatschappelijke motivatie lagen boven het gemiddelde, terwijl extrinsieke motivatie lager lag. Een tweede groep (26%) scoorde gemiddeld of hoger op alle vier de dimensies (‘het gaat over alles’) (15).

Negatieve factoren

Veel onderzoek naar negatieve factoren die bijdragen aan vroegtijdige pensionering vond plaats in het **Verenigd Koninkrijk**, gezien men daar te maken had met een aanzienlijke huisartsentekort (‘GP workforce retention crisis’) en de studies doelden op het vinden van maatregelen om het behoud van huisartsen te verbeteren. Een cross-sectionele studie uit 2015 identificeerde verschillende onderliggende redenen om vervroegd te stoppen: de hoge werkdruk, de tijd besteed aan “onbelangrijke taken”, de invoering van een zeven dagen werkweek en een gebrek aan baantevredenheid (16). Bijna duizend huisartsen vulden tussen 2014 en 2017 een online vragenlijst in, waaruit bleek dat vooral de intensiteit en hoeveelheid van het werk de belangrijkste redenen waren om eerder dan gepland met pensioen te gaan (17).

Een kwalitatieve studie uit 2016 bij 23 huisartsen tussen 50 en 60 jaar in het zuidwesten van Engeland bevestigde gekende risicofactoren zoals hoge werkdruk, gezondheidsproblemen door veroudering, de impact op het gezins- en privéleven en organisatorische veranderingen. Daarnaast kwamen ook andere redenen naar voren om (vroegtijdig) te stoppen: onzekerheid over de toekomst van de huisartsenpraktijk, een dalende moraal als gevolg van negatieve mediaberichtgeving (‘media bashing’) en het gevoel voortdurend achter doelstellingen aan te hollen door toenemende ‘overheidsbemoeienis’ en ‘micromanagement’ (18). Een vervolgstudie door dezelfde auteur, Sansom et al. (2018), bij 41 huisartsen uit dezelfde regio bracht drie onderliggende thema’s aan het licht die bijdragen aan de beslissing om te stoppen met directe patiëntenzorg: (1) een verstoorde persoonlijke en professionele identiteit, mede veroorzaakt door een gevoel van onderwaardering binnen het gezondheidssysteem; (2) bezorgdheid over risico’s zoals medische aansprakelijkheid en toenemende administratieve complexiteit; en (3) de behoefte aan keuzevrijheid, gedreven door persoonlijke, sociale, financiële en professionele overwegingen (19).

Ten slotte bleek uit interviews met 12 huisartsen uit Londen in 2019 dat de combinatie van toenemende eisen (zoals hoge werkbelasting en een klachtencultuur) met verminderde

autonomie leidde tot een aanzienlijke druk op zorgverleners. Dit verminderde de tevredenheid die zij uit hun werk haalden en beïnvloedde uiteindelijk hun beslissingen rond pensionering (20).

Associatie met pensionering

Uit een studie met 739 **Deense** huisartsen bleek dat de risicoverhouding voor pensionering lager was indien de arts werkzaam was in een groepspraktijk versus een solopraktijk. Er werd geen statistisch significante associatie gevonden tussen pensionering en betrokkenheid bij gerechtelijke klachten of een hogere werklast (21). Uit een andere **Deense** studie bleek dat er een associatie is tussen pensionering en jobontevredenheid (odds ratio: 2.5) (22). Ook uit een **Australische** studie (2009-2011) bleek dat pensionering geassocieerd was aan lagere jobtevredenheid en logischerwijs hogere leeftijd (23).

Mogelijke maatregelen voor een beter behoud van huisartsen

Voortvolgend uit de hierboven beschreven cross sectionele studie uit het **Verenigd Koninkrijk** naar de negatieve factoren, werden volgende maatregelen geïdentificeerd als vereisten om de personeelscrisis aan te pakken: het verminderen van de intensiteit en omvang van de werklast, verminderen van administratieve activiteiten, met meer tijd voor patiëntenzorg, geen out-of-hour verplichtingen, meer flexibele werkomstandigheden en meer klinische autonomie. Bovendien werden financiële beloningen, een verhoogd salaris en beschermde tijd voor onderwijs en training ook als belangrijk beoordeeld (16). Ook bij een volgende studie stelden duizend huisartsen uit het Verenigd Koninkrijk een verhoogde financiering voor (17). Daarnaast werden meer huisartsen, betere voorlichting van de patiënten en uitbreiding van ondersteunend paramedisch personeel aangehaald als interventies m.b.t. retentie.

Negen huisartsen afkomstig uit het zuidwesten van Engeland en London vulden in 2018 een online vragenlijst in om 54 beleidsmaatregelen te beoordelen ter bevordering van huisartsbehoud in de UK. Strategieën die als passend werden beoordeeld, omvatten onder andere het ondersteunen van praktijken met een verhoogd risico op uitstroom, het faciliteren van collegiale ondersteuning en welzijnsbevordering, het aanbieden van flexibele loopbanen en het beperken van de werkdruk. Deze maatregelen zouden kunnen bijdragen aan het verhogen van jobtevredenheid voor huisartsen (24).

In Derbyshire in 2021 gebeurde een studie naar het effect van longitudinale ondersteuningsnetwerken (*longitudinal support network* of LSN) in de huisartspraktijk. LSN's hebben als doel het samenbrengen van huisartsen uit verschillende generaties om intergenerationele collegialiteit te bevorderen en mogelijkheden te bieden voor ondersteuning gedurende de hele loopbaan van een huisarts. Door verschillende carrièrestadia van huisartsen samen te brengen, wordt beoogd hiërarchische grenzen te doorbreken en intergenerationele gesprekken tussen huisartsen mogelijk te maken. 39 huisartsen uit verschillende carrièrestadia werden samengevoegd in kleine teams, waarbij werd aangemoedigd om virtueel bijeen te komen en alle aspecten van de huisartspraktijk te bespreken gedurende zes maanden. Resultaten toonden aan dat LSN's de huisartsen ondersteunden dankzij een toename in klinische en niet-

klinische kennis, in communicatie tussen artsen, in 'networking' en in ondersteuning door collega's ('peer support') met als gevolg een toename van veerkracht en mentaal welzijn (25).

Afgelegen gebieden

De meerderheid van de nieuwe artsen op het platteland verlaten de praktijk binnen de 5 jaar na aanvang van hun dienstverband (26), aldus gebeurde veel onderzoek naar het behoud van huisarten in afgelegen gebieden.

Uit een systematische review van 2020 over het behoud van huisartsen in plattelands- en afgelegen gemeenschappen bleek dat 11 categorieën meespeelden : persoonlijk, gezondheid, familie, opleiding, praktijk, werk, professioneel, salaris, gemeenschap, regionaal en systeem/wetgeving. De drie meest genoemde categorieën waren opleiding (bv. een universiteit in plattelandsgebied), persoonlijk (bv. het hebben van een plattelandsachtergrond vóór de medische opleiding) en een aantrekkelijke praktijk (bv. praktijken die een breed scala aan taken bieden overeenkomstig met de interesses van de artsen, flexibele werkuren en betaalde studiedagen) (27) .

Een meta-synthese uit 2021 toonde aan dat het behoud van huisartsen in afgelegen gebieden in **Canada** en **Australië** werd beïnvloed door zowel positieve als negatieve factoren. Positieve factoren omvatten collegiale en professionele ondersteuning, organisatorische ondersteuning en de aantrekkelijke levensstijl van het werken in afgelegen gebieden. Tegelijkertijd speelden ook negatieve elementen zoals burn-out, familiale kwesties en culturele of gendergerelateerde moeilijkheden een rol (28).

In de afgelopen 10 jaar werd onderzoek gedaan naar interventies om het behoud van huisartsen te verbeteren in medisch minder bedeelde gebieden (of 'medical deserts'). De interventies kunnen ingedeeld worden in vier categorieën: onderwijs, professionele en persoonlijke ondersteuning, financiële beloning en regelgeving. Educatieve interventies richten zich bijvoorbeeld op het aanbieden van lokale trainingsprogramma's en cursussen, terwijl ondersteunende maatregelen gericht zijn op advies en begeleiding, het verbeteren van communicatiemiddelen en het opzetten van netwerken van gezondheidsprofessionals. Vaak worden deze strategieën gecombineerd in overlappende programma's. Educatieve en ondersteunende interventies werden het meest gerapporteerd, maar vaak werden overlappende strategieën gezien (29).

Besluit

De literatuur toont aan dat het aandeel oudere huisartsen in Europa, en ook in België, toeneemt. Factoren die 60-plus huisartsen stimuleren om in het vak te blijven zijn onder meer plezier in het werk, autonomie, een goede arts-patiëntrelatie en een gebalanceerde work-life balans. Groepspraktijken, bijscholing en het kunnen delen van ervaring met jongere collega's blijken daarbij ondersteunend. Tegelijk vormen hoge werkdruk, administratieve lasten en het gevoel van

beperkte waardering belangrijke drempels. Maatregelen die het behoud bevorderen, variëren van structurele ondersteuning en flexibilisering van werkuren tot intergenerationele netwerken en gerichte bijscholing. In afgelegen gebieden spelen ook contextuele factoren zoals lokale opleiding en gemeenschapsintegratie een rol.

3. Veldonderzoek

Methodologie

Het veldonderzoek bestaat uit een kwalitatief descriptief onderzoek met als onderzoeksvraag: “Hoe nemen 60-plus huisartsen de beslissing om al dan niet met pensioen te gaan?”.

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie omvat een zo gevarieerd mogelijk doelgericht staal met betrekking tot de volgende demografische gegevens: leeftijd, geslacht en werkcontext (solo- of groepspraktijk). Inclusiecriteria zijn: huisartsen 60-plus, nog werkzaam in de praktijk of < 1 jaar gestopt.

Datacollectie

De data werden verzameld door middel van semi-gestructureerde interviews. In de periode tussen 28/04/2024 en 30/07/2024 werden 15 semi-gestructureerde interviews uitgevoerd bij 60-plus huisartsen in Antwerpen en Brussel, met als doel inzicht te krijgen hoe het beslissingsproces rond hun pensioen verloopt of verliep. De interviews werden allen afgenomen bij de huisarts thuis of in de praktijk of online, na ondertekening van het informed consent. Deze interviews duurden gemiddeld 45 - 75 minuten. Alle interviews werden getranscribeerd en geanalyseerd.

Data-analyse

De data werden geanalyseerd door middel van een thematische analyse. De interviews werden verbatim uitgetypt. De eerste stap bestond uit familiarisatie van de data waarbij de transcripten werden gelezen en memo’s werden toegevoegd. In een tweede stap werden de teksten gecodeerd (descriptieve codes). Deze werden nadien door een proces van interpretatie gereorganiseerd tot hogere codes (interpretatieve codes). In een laatste fase werden ze ondergebracht onder thema’s. Voor de analyse werd gebruikgemaakt van het programma NVivo 15.

Resultaten

Demografische gegevens

Onder de 15 huisartsen waren vier vrouwen en elf mannen (*tabel 1*). De jongste en oudste arts waren respectievelijk 62 en 73 jaar. De meeste artsen waren werkzaam in een groepspraktijk; slechts 3 artsen werkten op het einde van hun carrière nog solo en 2 artsen waren binnen de

afgelopen 5 jaar overgestapt van een solo- naar groepspraktijk. De wachtdienst werd vaak stopgezet rond de leeftijd van 65 jaar.

Tabel 1. Demografische gegevens van de geïnterviewde huisartsen

Interviews	Geslacht	Leeftijd	Jaren als huisarts	Praktijkvorm	Wachtdienstsituatie
1	Man	70	45	Groepspraktijk sinds 5 jaar, voordien solopraktijk	Nee
2	Man	65	41	Groepspraktijk	Nee
3	Vrouw	64	40	Groepspraktijk	Nee
4	Vrouw	62	35	Groepspraktijk	Ja
5	Vrouw	65	40	Groepspraktijk	Nee
6	Man	67	42	Solopraktijk sinds 1 jaar, voordien groepspraktijk	Nee
7	Man	68	44	Solopraktijk	Nee
8	Vrouw	61	37	Solopraktijk sinds 2 jaar, voordien groepspraktijk	Ja
9	Man	66	41	Groepspraktijk	Nee
10	Man	69	43	Groepspraktijk sinds 4 jaar, voordien solopraktijk	Nee
11	Man	67	43	Groepspraktijk	Nee
12	Man	67	42	Groepsprakijk sinds 12 jaar, voordien solopraktijk	Nee
13	Man	73	45	Groepsraktijk	Nee
14	Man	67	40	Groepspraktijk	Ja
15	Man	67	41	Groepspraktijk	Nee

Analyse interviews

De data-analyse resulteerde in vier hoofdthema's: (1) persoonlijke motivatie, (2) werkcontext, (3) werkdruk en balans, en (4) werk na pensioen. Binnen elk thema werden subthema's geïdentificeerd die de onderliggende motivaties en barrières verduidelijken.

1. Persoonlijke Motivatie

Huisartsen benoemden **familiale en sociale** factoren als een bepalende rol in hun beslissing om te pensioneren of langer door te werken. Sommigen kozen voor pensionering om meer tijd door te brengen met hun partner (zeker als de partner reeds gepensioneerd was), ouders of kleinkinderen. Anderen haalden aan dat het behouden van een sociaal netwerk (bijvoorbeeld na het overlijden van een partner) een reden was om langer actief te blijven. Hobby's en reizen werden vaak genoemd als belangrijke invulling van het pensioen.

> *"Ik heb een man van zeventig die ook wel nog heel actief is en nog graag vanalles wil doen samen. Dus we moeten dat ook geen jaren meer uitstellen. Als ik nu zeg, ik werk nog vijf jaar langer, dan is hij ook vijf jaar ouder." (Interview 5)*

> *"Stel dat mijn kinderen nu rapper aan kleinkinderen begonnen waren, was ik misschien ook al rapper gestopt, hè." (Interview 3)*

> *"Ja, de sociale contacten vind ik ook wel belangrijk, dus dat is zeker ook wel een reden om te blijven werken, om niet... Wat ik niet wil zeggen dat je ineens gedeconnecteerd bent, maar door het feit dat je in een werkmilieu zit, bouw je ook een stuk van je contacten naast je familie. En door het feit dat je daar uit geraakt, ga je ook een stuk daar afstand van nemen. En dat is een reden om toch contact, al was het in mindere mate, te houden. Dat is een extra motivatie, los van het feitelijke werk." (Interview 2)*

> *"De reden dat ik verder doe is met het wegvallen van mijn vrouw, voor het menselijk contact." (Interview 9)*

De **fysieke en mentale gezondheid** werden als cruciale factoren benoemd. Ouderdomsgerelateerde beperkingen zoals gehoor- en zichtproblemen, verminderde stressbestendigheid en algemene vermoeidheid werden vaak aangehaald als redenen om te stoppen. Artsen benadrukten het belang van voldoende mentale en fysieke gezondheid als voorwaarde om verder te werken. Sommigen gaven aan dat ze wilden profiteren van hun goede gezondheid zolang dit nog mogelijk was en besloten daarom te pensioneren. Daarentegen waren er ook huisartsen die aangaven dat het 'fris blijven' dankzij hun werk een motivatie was om door te gaan. Ook na pensionering uitten sommige artsen de wens om op een actieve manier betrokken te blijven – via vrijwilligerswerk of interims – als manier om mentaal en fysiek gezond ouder te worden. Daarnaast werd ook de angst om als 'oude dokter' gezien te worden of om de waardigheid te verliezen als reden genoemd om te stoppen.

> *"Maar ik hoor slechter, ik zie slechter. Je begint zo je limieten wel te vinden. Waardat ik mij ook niet altijd gerust in voel. Dus ik ga als ik ga ausculteren rapper denk ik een foto laten nemen dan iemand anders. En ook dat je denkt... , ik kan lichamelijk ook niet meer... het slechter horen, het slechter zien , daar voel ik mij soms onzeker in. Allé, dat is geen ramp, maar het is de onzekerheid om mee te kunnen, van mee te kunnen blijven. Dat versnelt, allé, dat vergemakkelijkt wel die beslissing van 'het is goed geweest'." (Interview 3)*

"Het nadeel is dat je fysiek toch wat minder goed uit de voeten kunt, gelijk vroeger. Dat er ook kwalen of andere dingen op kunnen treden. En als ik zelf voel: het begint minder goed te gaan, dat ik dat wel zou stoppen, ja." (Interview 9)

"Om, ja, wat je realiseert nu, ik ben nog fysiek goed, ik ben niet ziek, ik wil ook nog profiteren van mijn lijf, dingen doen, 3x per week gaan wandelen, ik heb zoiets van, ga maar gauw met pensioen, dan kun je daar nog wel van profiteren. (...) Huisartsen zijn daar de grote uitzondering op, de meeste mensen op 65j is het gedaan met werken. Dus je moet een keer stoppen, liever als je nog goed bent, dan dat ze achter je rug zeggen van het is tijd dat die eindelijk stopt, of dat collega's zeggen dat het tijd is." (Interview 1)

"En vandaag de dag, zonder dat ik erg ziek ben, want dat is niet, moet ik toch wel zeggen dat het mijn lichaam is dat zegt dat het genoeg geweest is. Dus zo'n volle dag werken, dat bekoop ik dan de dag daarna. Dus ik kan dat eigenlijk minder goed aan dan vroeger. Dus eigenlijk moet ik gewoon achteruit. Dat is eigenlijk het idee. Hoezeer het mij ook spijt." (Interview 14)

"Als men niet aan jou de indruk geeft dat je een beetje aan het knoeien bent, dan kun je toch maar best voortwerken. Ik heb de indruk dat als je langer werkt dat u dat ook fris houdt. (...) Maar anderzijds heb ik zo het gevoel van pensioen dat je zo maatschappelijk afval geworden bent. Ik vind dat je zou moeten kunnen toch nog altijd ergens iets doen, iets maatschappelijks. Ken je de blauwe zones? Dat zijn zo gebieden in de wereld waar mensen heel oud worden. Bijvoorbeeld in Okinawa, Sardinië. Dus mensen die honderd en meer worden en daar veel hogere levensverwachtingen hebben. En weet je, in Okinawa, pensioen bestaat niet. Dus de mensen blijven werken, maar ze blijven werken op een rustigere manier. Dus ik denk, ... Pensioen voor mij zou zijn, dat je je ergens nog verdienstelijk kan maken... Binnen je mogelijkheden. Ik heb wel gedacht van soep te gaan koken in een school, zoiets." (Interview 6)

"Dus ik denk 66 dat je de eer aan uw eigen moet houden. Zoals nu dokter (...) werkt tot 80 jaar. Ja, proficiat, maar... Dat zie ik voor mezelf niet zitten. Ik denk dat je op den duur een karikatuur van uw eigen wordt... Maar oké, ze mogen hè." (Interview 8)

"Ik denk ook van, als je zinvol kunt bezig zijn, kan je ook gezonder ouder worden. Dus het ene heeft met het andere te maken. Je ziet te veel mensen in de praktijk die plots ineens een stuk van hun leven moeten achterlaten, geen connectie meer hebben en vaak ook een beetje verloren gaan en dan heel veel mentale problemen hebben. Dat is niet nodig, je kunt mensen zinvol laten bezig zijn op verschillende manieren, ook in de geneeskunde." (Interview 2)

De **arts-patiëntrelatie** werd vaak genoemd als motivatie om langer te blijven werken. De langdurige vertrouwensband met patiënten maakt het emotioneel moeilijk om afscheid te nemen. Daarnaast voelden sommige artsen een verantwoordelijkheid naar patiënten toe om de zorg niet abrupt te beëindigen zonder opvolging, wat het voor solo-artsen vaak moeilijk maakte om te stoppen.

"Ja, ik heb natuurlijk met een aantal patiënten een hele grote band opgebouwd. En dat worden die nu ook gewaar, nu ik op pensioen ga. Die missen dat natuurlijk wel, hè. Ja, en ik laat die noodzakelijkerwijs in de steek, maar... Als ik dat niet doe, kan ik nooit op pensioen gaan. Maar dat helpt dan toch wel om het wat langer vol te houden." (Interview 11)

"Ja, je hebt een speciale band met je patiënten, dus dat het ook moeilijk is om afscheid daarvan te nemen. Dus ik denk dat dat ook een reden is dat je toch een stuk langer blijft werken." (Interview 8)

"En mensen vinden ook geen andere dokter, want er zijn overal stops. Het is heel moeilijk, want er zijn mensen bij die je al meer dan dertig jaar kent. En ja, je hebt een band en je voelt je ook zo verplicht om voor die mensen te zijn. En wat doet u natuurlijk verder werken? Dat je die loyaliteit hebt tegenover die patiënten die u zo lang kennen en dat je die niet zomaar ineens kunt laten vallen. Ik heb soms echt pijn dat ik denk, ik zie mensen komen en denk van ik ga die nooit meer zien als ik hier stop." (Interview 6)

"Ik vind nog altijd dat de relatie die ik heb met de patiënten, een boel daarvan ken ik veertig jaar, nog altijd een ongelooflijke kracht geeft." (Interview 15)

Het **plezier in het werk zelf** werd als een belangrijke reden genoemd om verder te blijven werken. Huisartsen gaven aan dat ze hun job nog steeds met enthousiasme en voldoening uitoefenden, wat hen motiveerde om hun pensioen uit te stellen. Ook het kunnen doorgeven van **kennis en ervaring aan jongere collega's** werd als een waardevolle en stimulerende factor benoemd.

"De reden dat ik verder doe is het feit dat ik mijn job graag doe. In dat gebied zitten wij in een van de mooiste beroepen. Je kunt mensen helpen. Wat op zich prettig is, wat voldoening geeft." (Interview 9)

"Ik denk dat de beslissing om huisarts niet meer te zijn, dat dat moeilijker is dan om het wel nog te zijn. Want ik denk iedereen die nog huisarts is op 60 jaar, betekent als die dat tegen zijn goesting deed, dan had hij al veel langer afgehaakt. Een huisarts die 60 jaar is en nog huisarts is, die doet zijn vak graag. En iets wat je graag doet, dan stop je om een wel bepaalde reden. Bijvoorbeeld de gezondheid of de gezondheid van de partner. Meestal ben je niet geneigd om te stoppen." (Interview 1)

"Ik doe het nog altijd graag. Ik doe mijn job gewoon graag. Ik zou gerust nog wat door kunnen doen. Ze zeggen altijd, kijk je er niet naar uit? Veel mensen kijken uit naar hun pensioen, die tellen af. Ik zeg nee eigenlijk niet. Ik zeg, ik ga het waarschijnlijk missen. Ik zeg, ik doe mijn werk eigenlijk nog altijd heel graag." (Interview 5)

Up-to-date blijven met richtlijnen en wetenschappelijke ontwikkelingen werd door veel artsen als een intrinsieke motivatie en zelfs als een voorwaarde gezien om op een kwalitatieve manier actief te blijven in de praktijk. De blijvende wil om bij te leren werd benoemd als een belangrijke persoonlijke drijfveer. Wanneer bijscholing echter niet meer voldoende lukte, was dit voor sommige artsen een reden om te pensioneren. In groepspraktijken werd het bijblijven als haalbaarder ervaren dankzij gezamenlijke casuïstiekbesprekingen, overlegmomenten en samenwerking met jongere collega's (zeker met huisartsen in opleiding). Een groepspraktijk fungeerde als een vorm van kwaliteitsbewaking doordat collega's elkaars functioneren mee opvolgen. Dit werd als waardevol ervaren, zeker in het licht van de bezorgdheid om als oudere arts niet meer volledig mee te zijn met de evoluties in de geneeskunde. Solo-artsen daarentegen

stonden er vaak alleen voor, waardoor ze bijblijven als een grotere uitdaging beschouwden. Sommige artsen benadrukten het belang van een kritische houding ten opzichte van de toenemende stroom aan richtlijnen, die soms als betuttelend werden ervaren en een beperking vormden van de professionele vrijheid.

> *"Eigenlijk is huisartsgeneeskunde een discipline in de geneeskunde die je zeker nog een hele tijd kunt doen na je 60. Maar er zijn natuurlijk voorwaarden aan. Dat wil zeggen dat je wel de basis taken kunt blijven doen en twee dat je natuurlijk ook bijblijft. Want ja, anders is het toch wel gevaarlijke geneeskunde. Geneeskunde gaat snel en je moet up-to-date blijven." (Interview 2)*

> *"En dat wil ik, ja, als ik huisarts wil zijn, wil ik goede kwaliteit kunnen leveren, moet ik bijblijven. En daar hoort eigenlijk een heel zwaar taakpakket bij. En vandaar dat ik ook wel nu al heb besloten, ik ga stoppen op mijn 66ste. Ik kan niet meer een beetje huisarts zijn. Ik denk, als ik zo nog een beetje doe, dat de kwaliteit van mijn functioneren achteruitgaat. Nogmaals, ik denk dat je niet meer een beetje huisarts kunt zijn. Toch niet om de goede kwaliteit te leveren, alle richtlijnen, om mee te blijven in de geneeskunde zoals die nu vliegensvlug evolueert. Dus veel meer afbouwen denk ik dat dat niet goed gaat zijn voor mijn kwaliteit. (...) Ik vind het ook een hele uitdaging om bij school te blijven. Ik ben heel blij dat we hier een HAIO hebben, dat we echt zeer regelmatig nog richtlijnen doen." (Interview 4)*

> *"Van up-to-date te blijven heb ik ook schrik, maar ze houden mij bij de les. Dus al dat evidence-based, soms een beetje té... Dat komt er wel door (door overleg wekelijks) en ik heb dat mee. Maar dan denk ik dat je een groep moet hebben die u daarin meeneemt. En als je alleen bent, denk ik dat je dat mist. Als je als solo-arts bent, dat je dat gaat missen. Dus de groep is eigenlijk wel heel belangrijk voor je mee te trekken." (Interview 3)*

> *"Toen ik begon was er een collega van 90 die nog werkte. Ja, ik heb afgesproken met mijn associé, ja als het niet goed gaat, en ik zie het zelf niet , dat zij het zeker moet zeggen." (Interview 9)*

Één huisarts uitte scherpe kritiek op de bijscholing voor het verwerven van accreditatie, die volgens de arts onvoldoende afgestemd was op de praktijkrealiteit en daardoor weinig leerrendement opleverde.

> *"De accreditering, ik heb dat altijd een farse gevonden. Van ons kent ons, en heb jij een stempeltje nodig, dan krijg jij een stempeltje. En de meeste mensen zitten daar in slaap, te dommelen. Het is ook niet logisch dat jij na een hele werkdag, s'avonds om negen uur tot elf uur, nog moet naar de les gaan. Dan ben je niet meer geconcentreerd. En wat er dan hier in gaat, dat gaat er langs daar uit. Dus ik vind dat een farse. Ik ben niet tegen bijscholing, maar ze moeten de bijscholing goed... Ik ging graag naar de Leuvense dagen. Dat was dikwijls drie, vier dagen. Dat was zeer interessant. Dat was een hele dag les. Maar dan zit je met een frisse kop. En ik vond dat heel goed. Dat was dus ook afgestemd op noden van de huisartsen. Tegen de accreditering... Maar mijn accreditering liep af en we moesten dan online een accrediteringsles volgen. Ik heb dat een paar keer gedaan, maar ik vond dat zo... Zo waardeloos. Ik zat me hier een uur en half te ambeteren en rond te kijken. Toen zei ik, ik stop ermee met de accreditering. En als mijn accreditering afloopt, stop ik als dokter. Want*

ik wil dus niet, hoe zou ik zeggen, een "zondendokter" zijn, omdat ik niet meer geaccrediteerd ben." (Interview 1)

Ook het aantal **gepresteerde uren in de praktijk** werd gezien als een bepalende factor: voldoende klinische activiteit hielp om betrokken te blijven bij patiëntenzorg en medische evoluties. Artsen die hun uren sterk hadden verminderd, gaven aan zich minder verbonden te voelen met de patiëntenzorg.

"En ik heb wel gezegd, ik wil nog voldoende blijven werken om er nog bij te horen. Dus ik vind, als ik drie dagen in de week kom, dan ben ik nog mee met de patiënten ook, met de dossiers, met de verslagen, de labo's die binnenkomen. En ik denk, als je minder gaat werken, dat dat heel moeilijk wordt. Dus als je nu zou zeggen, ik kom nog twee halve dagen in de week, dan vind ik dat dat meer is om jezelf bezig te houden en te zeggen van... Ik werk nog, ik hoor er nog bij. Dan dat je echt nog erbij hoort, nee. En dat wil ik niet. Dus ik heb gezegd, ik doe dit jaar nog uit en dan stop ik." (Interview 5)

2. Werkcontext

2.1 Solopraktijk versus groepspraktijk

Werken in een solo- of een groepspraktijk bleek een belangrijke factor in de pensioenbeslissing van huisartsen. **Solo-artsen** droegen alleen de verantwoordelijkheid voor de continuïteit van zorg, wat resulteerde in beperkte mogelijkheden tot het afbouwen van werkuren, beperkte flexibiliteit bij het opnemen van vakantie en verhoogde stress bij de zoektocht naar een geschikte opvolger. Deze verhoogde werkdruk droeg bij aan de beslissing om te pensioneren.

"Ik heb het altijd graag gedaan, maar ik ben gestopt omdat ik de arbeidsvoorwaarden ...dat ik daar niet meer mee kon mee leven. Het feit dat je van 7 tot 19u continu beschikbaar moest zijn dat was voor mij een enorme druk. (...) Maar van vrienden die zijn blijven doorwerken, die in de groespraktijk werkten, die stoppen zo achteraan de 60. Maar die werken dan halftijds en dan nog drie halve dagen in de week en twee halve dagen in de week en dan stoppen ze tegen de 70. En als ik in een groespraktijk had gezeten, dan had ik het vermoedelijk ook zo gedaan. Maar dat is het voordeel van een groepspraktijk op dat moment. Dat op het moment dat je stopt, je gaat naar huis en je kunt doen wat je wilt. En in een solopraktijk... Zelfs in kalme dagen... Je bent in het midden eigenlijk vrij. Je wilt toch iets doen, maar omdat ik dan C.R.A was in een home, belden ze dan 'er is iemand uit bed gevallen, er is iemand kortademig'. Het was de wet van Murphy altijd. Telkens als je dacht van, ja, ik heb wat vrij, ik ga een boodschap doen. Hups, terug weg. En dat heeft mij doen stoppen." (Interview 7)

"Je kunt veel rustiger op vakantie gaan. Toen ik solo was, dierf ik niet langer dan 14 dagen op vakantie te gaan en dan had ik een patiënt, dat ging toen ook nog, die ik gewoon 14 dagen preventief hospitaliseerde, omdat ik weg was. Dus dat is veel rustiger vakantie gaan in een groepspraktijk." (Interview 11)

Groepspraktijken daarentegen boden meer flexibiliteit gezien de continuïteit van zorg gedeeld werd. Een gedeelde praktijkorganisatie en de mogelijkheid tot een geleidelijke afbouw van werkuren, droegen bij aan een betere work-life balans. Pensionering binnen een groepspraktijk werd dan ook als minder abrupt en beter voorbereid ervaren. Daarnaast werd de collegiale ondersteuning – zowel op sociaal als professioneel vlak – als een belangrijk voordeel benoemd. Ook de patiëntenzorg kon op een georganiseerde manier worden overgedragen, waardoor huisartsen niet het gevoel hadden hun patiënten plotseling in de steek te moeten laten.

> *"Het is gemakkelijker, met die grote groepspraktijken, is het handiger om af en toe tijd voor jezelf te hebben. Groepspraktijken zijn nodig, minder uren werken zijn nodig, die week verlof is nodig om het vol te houden." (Interview 3)*

> *"Het heeft eigenlijk voornamelijk voordelen omdat we voor elkaar opvangen. Iedereen kan een dag thuis zijn en kan toch gerust zijn. Mijn collega's vangen mijn patiënten op. De continuïteit is er." (Interview 4)*

> *"Wat voor mij heel belangrijk was in de associatie, is dat er continuiteit is geregeld voor mijn patiënten. Als je solo bent, dan moeten die patienten ergens anders terecht. Maar hier is er geen enkel probleem. (...) Dan vragen mensen hoe lang ik ben bezig. Dan is de boodschap ook: je moet maar eens rondkijken binnen de praktijk , bij wie je dan graag zou willen gaan, want over vijf jaar ben ik het misschien niet meer. Dus dat is het eerste voordeel. Het feit dat je samen het werk kunt doen, dat je kan doorschuiven, kan delegeren, dat je overleg kan hebben." (Interview 15)*

> *"Ik ben begonnen in een groepspraktijk voor de continuïteit, maar nu heb je natuurlijk dat je bij je collega terecht kunt bij vragen, niet alleen voor de vakantie, maar ook als er iets is." (Interview 9)*

> *"Mijn overstap heeft veel voordelen voor iedereen. In de eerste plaats voor mijzelf. Ik heb geen zorgen meer voor een eigen praktijk. En ik kan mijn afbouwschema uitvoeren. Dat zijn mijn voordelen voor mijzelf. Geen zorgen meer. Ik betaal. Ik moet niks meer doen. En gedaan. Maar voor de patiënten heeft het ook een voordeel. Want zij konden mee overstappen met mij. En die zijn allemaal blij dat ze niet zelf naar een nieuwe huisarts zijn moeten gaan zoeken. Die er niet is, of die er wel is, maar een patiëntenstop heeft. Dus zij komen niet bij een echt vreemde dokter terecht en het medisch dossier is al in orde daar." (Interview 10)*

> *"En ze leren mij... Ik heb een tijd nog stagiairs gehad en die leerden u wel dingen. Dus ik leerde van de jongeren wel, hè. Met heel dat computergedoe en dat... En ook dat ze geduld met mij hebben als ik het niet snap. Ze leggen het uit . Of komen het voor mij oplossen, als ik vastzit. Dus dat is zeker een meerwaarde." (Interview 3)*

> *"Dus ik kan stoppen, terwijl ik niet het gevoel heb dat ik mijn mensen in de steek laat. Ik heb de luxe positie dat ik kan stoppen. Moest ik nu solo werken en ik heb geen opvolger, dan zou ik dat een heel andere situatie vinden. Maar dat is niet, hè. Ik heb dat goed voorbereid." (Interview 5)*

2.2 Overgang van solo- naar groepspraktijk

Verschillende solo-artsen gaven aan dat ze op latere leeftijd wilden overstappen naar een groepspraktijk om hun loopbaan op een haalbare manier te kunnen verlengen, maar dat **praktische en financiële drempels** dit bemoeilijkten. Zo werd het vinden van een geschikte praktijkruimte bemoeilijkt door zowel reglementaire als financiële beperkingen. Ook bleek het aantrekken van een associé vaak problematisch, onder meer door de vrees van jongere collega's om bij het pensioen van de oudere arts alleen achter te blijven met de praktijk. Daarnaast werd algemene financiële onzekerheid genoemd als een belemmering voor een vlotte transitie naar een groepspraktijk. Daardoor zagen sommige solo-artsen zich genoodzaakt te stoppen, hoewel ze aanvankelijk de intentie hadden om op een rustiger tempo verder te blijven werken. Één solo-arts haalde aan spijt te hebben niet vroeger begonnen te zijn met het zoeken naar een associé. Een andere solo-arts suggereerde dat artsensyndicaten of huisartsenkringen zouden kunnen helpen door zichtbaar te maken welke huisartsen ook op zoek zijn naar een samenwerking, om zo gemakkelijker 'matches' te vinden.

> *"En hij zei, ik heb minder patiënten, maar dan heb ik meer tijd voor mijn patiënten. En dat is eigenlijk om van te dromen. En je hebt dan dus zo, in een praktijk waar dat jongeren zijn, die toch een beetje zo wat de acute problemen aanpakken. En dan de mensen die met jou samen oud geworden zijn. Terwijl dat die jongeren nu ook een beetje een oogje in het zeil houden, dat je geen steken laat vallen en je op tijd daarop wijzen. Ja, wat mij zou kunnen helpen om toch nog langer verder te werken is een plaats waar er met jongeren en ouderen wordt samengewerkt. (...) Is er een andere collega gekomen en die is dus vorig jaar weggelopen omdat die voelde dat ik op pensioen zou gaan en dat ze dus met de miserie zou zitten van een hele praktijk… Dus ik zit echt met het mes op de keel. Ik ga moeten stoppen volgend jaar, denk ik. En een heleboel patiënten, gewoon een herder die zijn schapen loslaat en zegt trekt uw plan. Maar ja, ik denk nog tot volgend jaar te werken waarschijnlijk. Dus 67,5 jaar . Omdat ik noodgedwongen moet, maar dat was niet hetgeen wat ik wilde." (Interview 6)*

> *"Wat ik heel hard heb gemist en waar dat bij ons de praktijk dan op is stukgelopen, is van 'oké, wij zitten hier te krap'. En ik hoor dat van andere praktijken ook. We zouden eigenlijk groter willen, maar waar? Je moet een aangename, mooie ruimte hebben waar je terecht kunt. Maar die heb ik niet gevonden. Ja, oké, we hebben een stuk grond gezien. Ah ja, oké. Dan gaan we hier met de vier collega's een huis bouwen. En dan hebben we zes kabinetten. Ah ja, tof. 'Ah nee', zegt de gemeente, 'dat mag niet. Dat is een straat en daar moet een huis in komen'. Ja, niet dan, hè. Dus dan doen we dat niet. In plaats van dat ze dan zeggen 'ja, oké, graag, we hebben huisartsen nodig, dank u'. (...) We vonden een andere praktijk, we willen uitbreiden, want we willen met meer artsen zijn, we hebben een kabinet extra nodig, dus wij gaan onze garage gebruiken. 'Ah', zeggen ze van de stad, '5000 euro eerst betalen, anders mag u de garage niet gebruiken'. Ja, maar zeggen de artsen 'wij hebben geen garage nodig, want wij zijn hier een dokterspraktijk en er moet niemand zijn auto binnenzetten'. 'Ja, nenene, 5000 euro'. (...) Ja, en bijvoorbeeld een andere praktijk, dat is aan een groot plein, de tram rijdt erdoor. En die artsen moeten, geloof ik, elk jaar ook 5.000 euro, omdat ze geen parkeerplaats hebben aan hun praktijk... Maar ja, daar mag je niet staan, want de tram rijdt erin. Dus die kunnen daar geen parkeerplaats maken voor hun patiënten te parkeren. Ja, dat is vervelend. Iedereen komt te voet of met de fiets, maar die moeten wel elke keer daarvoor jaarlijks betalen. Ja, dat zijn allemaal zo van die dingen...belachelijk." (Interview 8)*

"Maar op die drie, vier jaar dat ik zo annonces had gezet, heb ik drie keer een reactie gehad. Die hadden wat schrik na een verloop van tijd... Ik was 61, 62, 63, 64 jaar. Op mijn 64 begon ik al echt te denken, ik ga gaan stoppen. En dat was echt zo van, ik ga een paar maanden samen werken en dan moet ge het overpakken. Dat was schrik. Eén iemand wou het eventueel proberen omdat ze zegt, ik kan misschien iemand vinden om met twee uw praktijk over te pakken, maar die vond geen tweede. Maar achteraf gezien had ik dus op mijn 55 jaar mensen moeten zoeken om te associëren. Dan had ik echt kunnen aanbieden. Mijn ruimte is groot genoeg om hier twee raadplegingen van te maken. En dan was dat misschien wel gelukt als ik kon zeggen 'ik werk nog tien jaar, hè'." (Interview 7)

Daarnaast werd gewezen op de praktische moeilijkheden die gepaard gaan met de overstap van solo- naar groepspraktijk. Een arts pleitte voor het opstellen van een '**roadbook'** of stappenplan om deze overgang te vergemakkelijken. Een gestructureerde aanpak zou de overstap van solo- naar groepspraktijk toegankelijker en aantrekkelijker kunnen maken voor oudere huisartsen.

3. Werkdruk en balans

Wachtdiensten werden vaak genoemd als een zware belasting, vooral op oudere leeftijd. Verminderde fysieke en mentale weerbaarheid maakten nachtdiensten moeilijker te combineren met een voltijdse praktijk. Stoppen met de wachtdienst werd gezien als een motivator om langer verder te werken.

*"Je moet dus de maandagmorgen om acht uur bereikbaar zijn voor je praktijk. Dat was echt hollen van de wachtpost naar je praktijk. Terwijl je amper geslapen hebt. En ik had daar de laatste jaren heel veel moeilijkheden mee. Ik had hartkloppingen en ik lag wakker en als de telefoon ging dan sprong ik in de lucht. Sowieso, wachten is al niet gemakkelijk. Maar als je ouder wordt, kun je daar ook minder mee om . Je kunt ook niet meer zo goed slapen." (*Interview 6*)*

*"Dat als je de oudere huisarts aan het werk wilt laten, moet je die wel faciliteiten geven. En dus ik ben heel opstandig over de wachtdiensten geweest. Dat men zegt, ja, zolang je in de week kunt werken, kan je ook in het weekend werken... Ik ben dan wel goed van lijf en leden, ik ben niet ziek, maar ik ben toch 68. Op mijn 68 kan ik niet meer hollen achter die 38-jarige. En dus er wordt echt verondersteld dat je op je 64 hetzelfde aankon als een 34-jarige, en dat was niet het geval." (*Interview 7*)*

"Als je een nacht niet hebt geslapen, dan kun je nog wel werken, maar niet zo fris als je zou moeten zijn. Dus ik denk dat dat het leeftijdseffect is dat je wel voelt. Ik zou dat nu niet meer kunnen: twee keer per nacht opstaan en dan toch doorslapen. Je slaapt iets minder diep. Je laadt wat adrenaline op. Er is toch altijd een stresssituatie erbij. Vroeger kon dat wel, toen ging dat perfect." (Interview 2)

"En dan de wachten stoppen is heel goed. Toen heb ik gedacht oké, nu kan ik nog jaren verder. Geen wachten meer. Dus dat geeft je een impuls om verder te kunnen." (Interview 3)

"Ja, moest ik nu nog wachten zou moeten doen zou ik gestopt zou zijn." (Interview 12)

De toenemende **administratieve verplichtingen** werden door veel huisartsen als belastend ervaren en vormden voor sommigen zelfs een aanleiding om met pensioen te gaan. Hoewel digitalisering door enkele artsen als een efficiënt hulpmiddel werd beschouwd, gaven anderen aan dat de bijkomende technologische en administratieve complexiteit eerder leidde tot extra stress. Sommige artsen gaven aan dat de toename aan controle , 'regeltjes' en adminstratieve verplichtingen als belemmerend werden ervaren en ten koste van de tijd voor de patiënt. Daarnaast kwam ook frustratie naar voren over het hoge aantal administratieve taken die als weinig zinvol werden ervaren.

"Wij moeten de afspraken vastleggen, wij moeten brieven doorsturen, wij moeten... Eigenlijk, ja, ik vind dat administratieve stuk heel moeilijk. Of toch heel zwaar." (Interview 4)

"Wel, de administratie, bijvoorbeeld rustoorden, kan ik dan zeggen: ik ga niet meer naar het rustoord. Maar stel dat de administratie hier erg zou toenemen, zou een reden zijn misschien om sneller te stoppen. De ondersteuning voor mij zou goed zijn als die administratieve dingen worden overgenomen. Tot en met het invullen van de belastingsaangifte, bij wijze van spreken." (Interview 9)

"Dat is ook een van de redenen waarom ik op pensioen ga: heel dat computer en mail gebeuren, dat maakt het voor mij te veel." (Interview 3)

"Die computer heeft ook voor een hele hoop voordelen gezorgd. Ja en er is natuurlijk een hele hoop administratie, ze zeggen dat dat toegenomen is tegenover vroeger. Ik denk dat de hoeveelheid formulieren die wij moeten invullen inderdaad wel toegenomen is, maar er zijn er een hele hoop rapper in te vullen omdat het nu gedigitaliseerd is. Als ik vroeger tien keer iets moest voorschrijven, dan waren dat toen tien voorschriftjes. En nu zijn dat tien toetsaanslagen. Dat is enorm veel korter. Dus vind ik de administratie eigenlijk niet belastender dan vroeger." (Interview 11)

"Enfin, ik heb er geen, maar ik zou wel een blauwe krokodil kunnen zetten op heel veel papierwerk. Als ik bijvoorbeeld moet beoordelen of iemand fysiek en mentaal bekwaam is om een jachtgeweer te hebben, dan vraag ik me eigenlijk af op wat ik dat moet baseren. En hoe ik dat in godsnaam zou kunnen attesteren. Om maar iets te noemen, hè. Dus dat is voor mij allemaal ook nog wel een probleem." (Interview 14)

"Algemeen zie ik dat de arbeidsorganisatie niet goed is. Zwaar beïnvloed is door te weinig orde op zaken stellen, te veel bureaucratie, te veel regeltjes, een overheid die heel ambivalent is, van positief tot negatief, en een zekere onzekerheid van welke richting het uit gaat. Bijvoorbeeld het aandeel van administratie. Heel mijn carrière is een zware aanslag geweest op de tijd om bv. wat wetenschappelijk onderzoek te doen. Als je voor honderdvijftig medicaties een categorie BF-toelating moet vragen en dat dat dikwijls dan nog mislukt en dat dat moet herhaald worden en nog een keer en nog een keer ... Dan merk je dat heel die betutteling enorm veel energie heeft

weggenomen en dat alles wat in de marge erbij kwam eigenlijk weggeschoven geweest is. Ik heb dikwijls afgewimpeld om mee te helpen bij een wetenschappelijk onderzoek van een universiteit op basis van te hoge werkdruk. (...) Dus die werkdruk is al hoog en dan die administratie, voor één vijfde er nog bij. Ik heb ooit uitgerekend dat ik per jaar 15.000 nutteloze handtekeningen plaats. Als je die seconden bij elkaar telt, dan ben je al moe om er aan te denken. Alleen al handtekeningen..." (Interview 13)

Een belangrijke aanbeveling die uit de interviews naar voren kwam, was de behoefte aan **vereenvoudiging** van **administratieve processen** en meer administratieve **ondersteuning** - bijvoorbeeld via praktijkmanagers - om de werkbelasting te verlichten.

"En een praktijkmanager, hé. Dat zou de droom zijn, hé. Mijn eerste HAIO, die zit in Nieuw-Zeeland. En die is daar gewoon gebleven. Die is daar eerst zo gewoon twee jaar, je kent dat hé, zo eens gaan kijken. En dan is hij terug naar België gekomen. Heeft er een jaar gezeten en zegt hij, nee ik zie dat niet zitten, ik ga terug naar Nieuw-Zeeland. En de belangrijkste reden is dat hij zegt, die randvoorwaarden, ik moet me daar geen zorgen over maken. Ik kan ook gewoon eens een tijd daar werken, eens daar werken. Hij zegt, dit wordt allemaal voor mij gedaan. Dat zou wel een droom zijn, dat je zo kon werken." (Interview 6)

"Ik denk, ja, voor de gemiddelde huisarts, dat er toch meer ondersteuning kan zijn qua management. Want ik denk dat dat vaak een moeilijke is en aan de andere kant is dat ook het aantrekkelijke, hé. Het aantrekkelijke van als huisarts toch een stuk je eigen leiderschap en management te kunnen doen. Maar anderzijds is dat natuurlijk wel zwaar naast de andere dingen, dus ik denk dat daar soms wat meer ondersteuning kan zijn. Wij hebben nu het geluk in de praktijk ook een coördinator te hebben. Dat kunnen we doen, omdat we een forfaitaire praktijk zijn. Maar ik denk dat dat voor vele praktijken een goede zaak zou zijn als je een stuk management en coördinatie van zo'n praktijk zou kunnen delegeren. Dan gaan er een aantal dingen automatisch ook gebeuren en kun jij als arts ook nog wel de gaten vullen waar het nodig is." (Interview 2)

Sommige huisartsen gaven aan dat **variatie** in hun werk, zoals academische activiteiten of andere vormen van zorgverlening buiten de praktijk, hielp om de werkdruk te verlagen doordat het de mogelijkheid bood om af en toe afstand te nemen van het intensieve individuele patiëntencontact.

"Ik heb altijd gecombineerd met academische activiteit of met onderzoek, dus ik heb nooit eigenlijk echt vijf dagen op vijf in een praktijk gewerkt. (...) Maar ik zie meer mensen nu eigenlijk ervoor kiezen om te zeggen, ik kan geen 5/5^{e} werken, ik werk maar 4/5^{e}, want ik moet die dag hebben om dat evenwicht te houden. En dat ervaar ik ook wel een beetje, maar in mijn geval is dat wat anders omdat je dat wat kunt verdelen. Dus je kunt een beetje afstand nemen van de praktijk door juist iets anders te doen en dan ben je toch fulltime bezig... En ik denk dat dat voor veel huisartsen ook wel een oplossing zou zijn om 3/5e of 4/5e te werken, maar op 1 of 2 dagen iets anders te doen binnen de gezondheidszorg. Om los te komen van dat individuele patiëntencontact dat toch redelijk wat druk geeft." (Interview 2)

"Ik heb afwisseling genoeg gehad. Ik heb het ook gezocht. En zo willen doen. Anders was ik misschien geen huisarts gebleven. Dat weet ik niet. Maar ik kan mij wel voorstellen dat voor bepaalde mensen het feit van er iets anders bij te doen of het op een andere manier te doen ook leuk is. Dus, allee. Vroeger deden wij kind en gezin. Dus dat zijn ook altijd wel leuke dingen om eens iets anders te doen." (Interview 14)

4. Werk na pensioen

Financiële overwegingen speelden voor sommige artsen een rol in de beslissing om langer door te werken. Artsen gaven aan bewust langer door te werken om aan 45 dienstjaren te komen en zo recht te hebben op een volledig pensioen. Er was frustratie over fiscale afstraffing bij doorwerken na 65 jaar. Enkele artsen suggereerden dat financiële beloningen of belastingvoordelen het aantrekkelijker zouden maken om na de pensioenleeftijd nog actief te blijven. Daarnaast werd de nood aan gerichte financiële coaching benadrukt, zowel tijdens de loopbaan als in de aanloop naar pensionering, om artsen beter te ondersteunen in het plannen van hun uitstroom.

"En dus door twee en een half jaar langer te werken heb ik mijn volledige loopbaan van 45 jaar voor een volledig pensioen te krijgen. Als je als dokter begint, kun je maar aan 40 jaar geraken als je op je 65 stopt. Maar op een bepaald moment kon je pensioenjaren afkopen. En ik heb drie pensioenjaren afgekocht. Zodanig dat ik er eigenlijk nog maar 2,5 moest bijdoen voor aan die 45 te geraken ja. En bij Amonis hoe langer je afdraagt hoe groter je pensioenopbouw is." (Interview 11)

"Ik ken collega's die moéten blijven werken, omdat hun pensioen te klein is. (...) Je moet wel een beetje kijken naar je centen en zo, dat je dat wat verstandig doet. Je mag zogezegd oneindig bijwerken, bijverdienen, maar je wordt daar wel op belast. Je zet dat bij uw inkomen van je pensioen en dit en dat. Dus ik denk dat iedereen die op pensioen gaat, daar best op tijd naar kijkt. Dat dat toch een beetje voorbereid wordt, de financiële loopbaan, vanaf prepensioen, pensioen, na-pensioen. (...) Het is belangrijk van daar goede begeleiding in te hebben, hoe je een carrière financieel afsluit. Er zijn een aantal mensen die dat goed onder de knie hebben, maar ook daar weet ik van een aantal collega's die ook verschoten zijn, negatief verschoten zijn, van de impact dat het stoppen van een carrière heeft op bijvoorbeeld het afsluiten van een vennootschap . En wat de overheid daar dan nog allemaal afpingelt." (Interview 15)

"Dan, uiteindelijk is er bij mij nog één hete angel en dat is de financiële afstraffing door de overheid. U weet, na 65 jaar krijgen wij een wettelijk 'pensioentje'. Maar als je gaat bijverdienen, dan gooit de overheid dat allemaal op één hoop. En word je dus veel meer belast terug. En moet ik eigenlijk mijn pensioen terugbetalen. Leuk is anders. Nu, voor dat pensioen hebben we 40 jaar gewerkt. Eigenlijk zouden ze daar moeten afblijven, daar hebben we al voor gewerkt en hebben we al voor afbetaald ook. Ik denk, als men vanuit de overheid huisartsen langer zou willen laten werken en aantrekkelijker en aangenamer aan de slag willen houden, dat men die twee moet scheiden. Sowieso. Dat het ook financieel iets meer mag zijn." (Interview 10)

"Op een bepaald moment moet je naar de fiscaliteit en naar het draaiend houden van die vernootschap kijken en zien of het dan eigenlijk allemaal nog wel de moeite loont. En dat is jammer, vind ik, want dat zou beter kunnen... Het uitlopen van huisartsen zou sociaal en fiscaal beter kunnen gebeuren zodanig dat mensen er hun broek niet aan scheuren door minder te gaan werken." (Interview 14)

"Dus voor mij persoonlijk, ik vind dat er wel maatregelen moeten zijn als collega's naar de 65 toe minder werken, dat zij daarvoor niet financieel gestraft worden." (Interview 13)

Daarnaast werd de mogelijkheid besproken om na het pensioen nog als **huisarts te werken voor patiënten zonder vaste arts**. Hoewel dit voor sommigen een haalbare optie leek – gezien het ontbreken van langdurige verantwoordelijkheden en randvoorwaarden – werden er ook duidelijke kanttekeningen bij geplaatst. Zo hechtten veel huisartsen sterk aan de opvolging en continuïteit in de zorg, aspecten die in deze context ontbreken. Voor de meeste artsen woog het verlies aan diepgang in de arts-patiëntrelatie zwaarder dan het voordeel van een meer vrijblijvende rol. Bovendien is het huidige wettelijk kader nog niet aangepast aan deze vorm van praktijkvoering: wie geen voltijdse praktijk met continuïteit aanbiedt, is niet erkend. Bijgevolg halen een aantal artsen aan dat de beslissing om al dan niet verder te werken na pensioen afhangt van de administratieve voorwaarden die daaraan verbonden zijn.

"Die setting zegt mij weinig, omdat er valt iets weg. Het gemakkelijke nu is dat je uw patiënten kent." (Interview 9)

"Die setting zegt mij totaal niets. Want ik vind juist dat persoonlijk contact zo belangrijk . Dus dat zou ik absoluut niet willen." (Interview 12)

"Natuurlijk misschien met die instroom, doorstroom, dat ik daar een job ofzo kan nemen. Ik zou ook wel blij zijn van niet de hele tijd met die druk te zitten. In de praktijk, ja, dat is niet alleen van 's morgens ga je in de praktijk en 's avonds ga je naar huis, maar je moet ook vooral de randvoorwaarden: het materiaal, medicijnen gaan halen, accreditering aanvragen, urgentietrousse nakijken... Er zijn zoveel dingen die er nog bij komen. Ik zou het leuk vinden als ik alleen mijn job kon doen en niet met al die randvoorwaarden moest zitten." (Interview 6)

Verder gaven enkele artsen aan dat het doorwerken na pensionering **administratief ontmoedigend** kan zijn, aangezien men voor een korte periode dezelfde verplichtingen moet aangaan als voor een volledig jaar. Daarnaast bleken ook de accrediteringsvoorwaarden, zoals deelname aan wachtdiensten, het volgen van bijscholingen en het behalen van een minimum aantal patiëntencontacten, voor sommige artsen een bijkomende drempel om op een rustiger tempo actief te blijven. Dit werd als onnodig complex ervaren en was een reden om volledig te stoppen. Nochtans bestaan er versoepelingen, zoals aangepaste softwaretarieven voor artsen boven de 65 jaar. Dat deze informatie vaak onbekend is, benadrukt het belang van duidelijke begeleiding omtrent uitstroom en pensioen.

"Allé, dat is een voordeel, want die kunnen nog wat verder doen binnen hun vennootschap. Met een vennootschap is dat allemaal handiger. Dat loopt gewoon door, denk ik. Terwijl ik (zonder vennootschap) moet al mijn sociale lasten enz. blijven betalen als ik nog verder werk. En ik weet niet hoever dat ik... gewoon vooral het administratief moet opgelost krijgen. Dus stel dat ik zeg ik werk nog drie maanden verder na mijn pensioen, dan moet ik van alles met de Acerta enz. regelen. Maar dat moet allemaal voor een jaar. Het is zo ingewikkeld dat ik denk het is het niet waard. Ja. Te veel gedoe. Wat mij zou kunnen helpen om toch langer verder te werken is dat ik niks moet doen ivm. administratieve zaken na pensioen." (Interview 3)

"Op dit moment is de beslissing om binnen een maand te stoppen toch ook wel ingegeven door het feit dat het vrij moeilijk is om aan een laag tempo nog bezig te blijven, omdat er zoveel administratieve rompslomp is. Je moet wachtdienst blijven doen om erkend te blijven, je moet bijscholingen doen om erkend te blijven, je moet een aantal patiënten zien om erkend te blijven, enzovoort." (Interview 14)

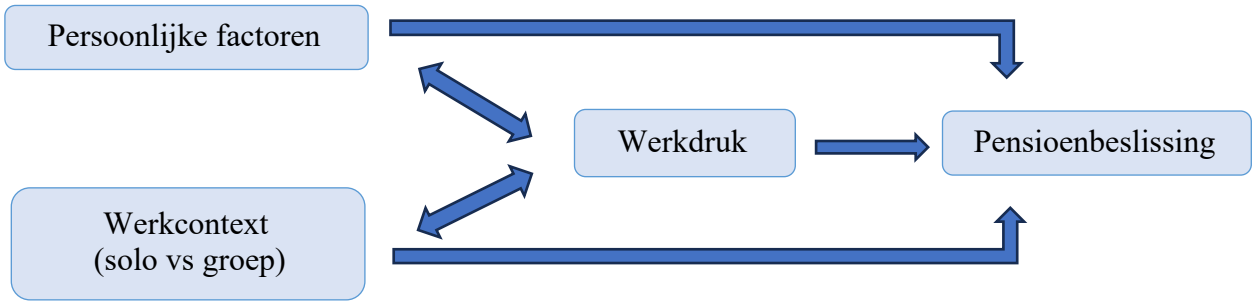
Tot slot werd een oproep gedaan tot het opzetten van **coaching trajecten** omtrent plannen van pensionering. Terwijl er tal van initiatieven bestaan voor beginnende huisartsen, ontbreekt er begeleiding voor artsen die zich voorbereiden op pensionering. Zo werd voorgesteld om sessies te organiseren voor artsen tussen de 50 en 55 jaar, waarin zij bewust worden gemaakt van het belang om tijdig na te denken over hun pensioen en waarin hen praktische hulp wordt geboden om dit te plannen. Het aanbieden van begeleiding zou onder andere kunnen helpen bij het vroeger maken van de overstap naar een groepspraktijk en zo het waarborgen van continuïteit.

"Ik denk, zowel in het opstarten als in de periode waar je dan heel actief bent, als in de periode van uitstroom. Ja, eigenlijk in al die periodes zou er een stuk begeleiding moeten zijn. En als je uitstroom bent, ja, dan is dat denk ik zeker ook qua financies enzovoort, is dat belangrijk om dat te beginnen plannen, niet op je 60j, maar eigenlijk, ja, toch wel tussen je 50 à 55, beginnen nadenken over hoe plan ik dat. Dus je moet dat niet doen 2j voor uw pensioen. Maar dat wil ook niet zeggen dat je iedereen moet laten uitstromen vanaf 55 jaar. Het gaat eigenlijk niet over die uitstroom, het gaat eigenlijk over planning van je activiteiten. En uitstroom is misschien het verkeerde woord, maar het hoort er natuurlijk op een bepaald moment bij dat je dat niet te kort plant, want dat zien we ook: mensen die op hun 63 willen associëren met jonge collega's, dat lukt vaak ook niet. Want waarom zou je die praktijk overnemen, er is geen continuïteit, je kunt even goed zelf een praktijk starten, het huis ernaast. Dus dat soort van planning om continuïteit, en in het voordeel ook van de patiënten, zou dat eigenlijk moeten gebeuren op een termijn dat je tien jaar voordat er cruciale momenten zijn, toch al begint na te denken en plannen. Er is enerzijds het management bij de beginperiode, maar dat is eigenlijk ook het management of coaching die zou moeten gebeuren in die laatste periode." (Interview 2)

"Maar ik denk dat je 2-3 jaar voor de officiële pensioenleeftijd voor uzelf niet alleen een financieel plan moet hebben, maar ook hoe je dat georganiseerd krijgt, ook boodschappen naar de familie toe, naar je vrouw toe.. Misschien dat daar een soort van begeleiding mogelijk is op papier of op een andere manier. Intervisie, noem het gelijk je wilt. Desnoods met een groepje. Maar dat je zegt, kom, we gaan samen zitten en we gaan samen klappen over alles wat er mogelijk is en dan kun je je keuzes misschien beter maken." (Interview 15)

4. Discussie

Dit kwalitatief onderzoek biedt een verdiepend inzicht in de factoren die 60-plus huisartsen beïnvloeden in hun beslissing om al dan niet te pensioneren. Uit de resultaten blijkt dat deze beslissing tot stand komt door een complexe interactie tussen persoonlijke drijfveren, werkcontext en werkdruk. Persoonlijke drijfveren zoals gezondheid, sociale relaties, het plezier in het werk en de band met patiënten spelen hierbij een belangrijke rol. Tegelijkertijd blijkt dat structurele factoren zoals de praktijkvorm (solo versus groep), administratieve belasting en wachtdiensten een grote impact hebben op de haalbaarheid om langer actief te blijven. Solo-artsen ervaren vaak een hogere werkdruk, minder flexibiliteit en moeilijkheden met continuïteit en opvolging, terwijl groepspraktijken meer ondersteuning, gedeelde verantwoordelijkheid en ruimte voor afbouw bieden. De werkdruk blijkt hier een centrale schakel te zijn die zowel persoonlijke motivatie ondermijnt, als beïnvloed wordt door de context waarin men werkt (solo of in groep).



Deze bevindingen sluiten aan bij het onderzoek van Le Floch et al. (2019), waarin Europese huisartsen aangaven dat hun tevredenheid voortkomt uit een combinatie van volgende grote thema's: de huisarts als persoon (houden van je job), de arts-patiënt relatie, autonomie op de werkvloer (vrijheid in de praktijk), ondersteunende maatregelen voor een goede work-life balans (via oa. een goed wachtdienst systeem) en onderwijs (bijscholing) (14). Opvallend is dat ook in dit onderzoek huisartsen aangaven voldoening te halen uit het aanleren van vaardigheden aan jongere collega's en tegelijk ook de meerwaarde ervaarden van up-to-date blijven door diezelfde jongere artsen. Deze wederzijdse leerdynamiek werd in onze studie aangehaald als voordeel van een groepspraktijk, waar bijblijven via casuïstiekbesprekingen en overleg als vanzelfsprekender werd ervaren. Verder sluiten onze bevindingen aan bij een Deense studie uit 2019, waarin werd vastgesteld dat de risicoverhouding voor pensionering lager was indien de arts werkzaam was in een groepspraktijk (21). De voordelen van intergenerationeel samenwerken werden ook aangetoond in een Britse studie waarbij longitudinale ondersteuningsnetwerken (LSN) in de huisartsenpraktijk werden geëvalueerd (25). De studie toonde dat een LSN intergenerationele collegialiteit bevordert en zo een methode vormt die kennisoverdracht, sociale verbondenheid, communicatie, veerkracht en welzijn ondersteunt – en dit over het volledige traject van de huisartsenloopbaan, van geneeskundestudent tot gepensioneerd arts.

Net zoals in verschillende Britse studies werden toenemende werkdruk en de overlast van “onbelangrijke” administratieve taken aangehaald als belangrijke redenen om te stoppen met werken (16, 17). Bijgevolg het verminderen van de werk- en administratieve last, met meer tijd voor patiëntenzorg, werd aangehaald als vereiste om het behoud van artsen te verbeteren. Tevens uitbreiding van paramedisch personeel ter ondersteuning werd voorgesteld door 1.000 Britse huisartsen (17) .

Het financiële aspect werd door enkele artsen aangehaald, maar zelden als hoofdreden om langer te blijven werken. Vaker werd benadrukt dat men zijn of haar job graag moet doen om ze lang vol te houden. Dit komt overeen met een kwalitatieve studie uit Denemarken, waarin werd vastgesteld dat intrinsieke motivatie – zoals werkplezier – zwaarder doorweegt dan loon: “it is less about the money”. Ook een review van de OESO-landen uit 2017 toonde aan dat loonsverhoging op zichzelf onvoldoende is om ontevredenheid door bijvoorbeeld hoge werkdruk te compenseren (13). Desalniettemin werd verhoging van het loon wel aangehaald als belangrijk om het behoud van huisartsen te verbeteren in twee Britse studies (16, 17).

Subspecialisatie (bv. in dermatologie of pediatrie) kwam in ons onderzoek niet naar voren, terwijl deze in de eerder genoemde OESO-review wel genoemd werd als een belangrijke factor in het behoud van huisartsen (13). Carrièremogelijkheden buiten de klinische praktijk, ook een belangrijke factor in de OESO-review, werd wel vernoemd in ons onderzoek. Één huisarts in ons onderzoek vermeldde expliciet dat de combinatie met academisch werk hem hielp om afstand te nemen van de druk die het individuele patiëntencontact met zich meebrengt. De motivatie om langer te werken om mentaal ‘fris’ te blijven, evenals de mogelijkheid tot een geleidelijke uitstroom zonder verlies van kwaliteit of betrokkenheid, zijn elementen in deze studie beschreven die dan weer in de bestaande literatuur minder aan bod komen.

Een belangrijke sterkte van dit onderzoek is de thematische diepgang dankzij de uitgebreide duur van de interviews. Daarnaast biedt het onderzoek praktische aanbevelingen die rechtstreeks voortkomen uit de praktijkervaringen van de huisartsen. Een bijkomend voordeel is de diversiteit in het deelnemersprofiel, met zowel solo- als groepspraktijkhuisartsen, mannen en vrouwen, en uiteenlopende loopbaantrajecten. Een beperking is dat het aantal deelnemers beperkt is tot vijftien, wat weliswaar voldoende is voor data-saturatie in kwalitatief onderzoek, maar generaliseerbaarheid beperkt. Een zwakte is dat de studie onderhevig was aan de vrijwillige medewerking van huisartsen, aldus het gevaar bestaat dat enkele artsen een zeer uitgesproken mening hadden, die niet correleert met de hele populatie.

Aanbevelingen voor een beter uitstroomklimaat

1. Vroegtijdige coaching bij planning pensionering
2. Roadbook overgang solo- naar groepspraktijk
3. Aangepaste bijscholing
4. Wachtdienstplicht versoepelen
5. Administratieve verlichting en meer ondersteuning

De resultaten uit dit onderzoek wijzen op een duidelijke nood aan meer **ondersteuning** bij de planning van pensionering van oudere huisartsen. Syndicaten, overheden en huisartsenkringen kunnen hierin een actieve rol spelen door **coachingtrajecten** op te zetten voor huisartsen idealiter vanaf de leeftijd van 50 à 55 jaar. Zo'n traject kan artsen ondersteunen bij het formuleren of verhelderen van hun individuele **visie** op huisartsgeneeskunde, iets waar oudere collega's niet altijd vertrouwd mee zijn. Het doel van het nadenken over en het uitschrijven van zo'n visie is een blik te werpen op de toekomst en de gewenste situatie op lange termijn te beschrijven voor zichzelf. Daarnaast zou er samen nagedacht kunnen worden over de visie omtrent samenwerking. Hoe ziet de arts samenwerking en wat is de meerwaarde van samenwerken voor zichzelf en voor de patiënt. Hierover reflecteren kan artsen helpen bij het maken van doordachte keuzes over de toekomst. **Financiële begeleiding** binnen dit traject is essentieel, aangezien er veel onzekerheid bestaat rond pensioenplanning, vennootschapsstructuren en praktijkoverdracht. Daarnaast kan het informatie bieden over alternatieve werkvormen zoals consulten voor patiënten zonder vaste huisarts.

Een tweede aanbeveling richt zich op het faciliteren van de **overstap van solo- naar groepspraktijk**. Praktische en financiële drempels maken deze overstap moeilijk. Het ontwikkelen van een concreet **'roadbook'** (stappenplan) kan solo-artsen hierin begeleiden. Daarnaast zouden huisartsensyndicaten of kringen meer transparantie kunnen bieden over praktijken die openstaan voor samenwerking/ associatie. Concreet gaat het erom dat zichtbaar wordt welke praktijken openstaan voor associaties, maar ook welke oudere huisartsen nog graag zouden willen samenwerken of geleidelijk willen afbouwen binnen een groepspraktijk. Op deze manier zouden solo-artsen elkaar gemakkelijker kunnen vinden. Tegelijk moet ook nagedacht worden hoe jonge collega's toch ook warm te maken voor het aannemen van een oudere collega die geleidelijk afbouwt. Er zijn verschillende voordelen van samenwerking met een oudere collega. Zo verloopt de instap rustiger en vermijden jongere artsen een plotse "patiëntentsunami" wanneer een oudere arts abrupt stopt. Bovendien ontstaat er ruimte voor wederzijdse kennisuitwisseling: ervaring enerzijds, recente inzichten en evidence-based werkwijzen anderzijds. Op die manier kunnen ervaring en evidentie elkaar versterken binnen een gedeelde praktijk.

Ten derde blijkt er nood aan **aangepaste bijscholing** op maat van oudere artsen, met aandacht voor haalbaarheid, interesse en praktische toepasbaarheid. Accrediteringstrajecten moeten realistischer en beter afgestemd worden op de noden en mogelijkheden van oudere artsen. Opleidingsvormen die de brug slaan tussen ervaring en evidentie, zoals intergenerationele

praktijkbesprekingen of peer-learning, kunnen oudere huisartsen ondersteunen in het up-to-date blijven met richtlijnen en evidence-based medicine. Dit draagt bij aan kwaliteitsvolle zorg en het behoud van zelfvertrouwen bij het ouder worden. Ook het eerder beschreven coachingtraject kan hierin een ondersteunende rol spelen, door oudere huisartsen actief te begeleiden in hun professionele ontwikkeling. Ook de huidige **activiteitsdrempel** voor **accreditering** (1.250 contacten per jaar) zou herbekeken kunnen worden. Net zoals jonge artsen tijdens hun eerste vier praktijkjaren een verlaagde drempel krijgen, zou ook voor uitstromende huisartsen een flexibelere regeling overwogen kunnen worden.

Een vierde aanbeveling betreft het **flexibiliseren van wachtdiensten** voor 60-plus huisartsen. Het is daarbij belangrijk dat huisartsen voldoende vrijheid behouden om zelf te bepalen in welke mate ze nog willen deelnemen. Niet alle huisartsen willen volledig vrijgesteld worden: sommigen doen nog graag bepaalde diensten, zolang er geen nachten aan verbonden zijn. Er is nood aan meer maatwerk in de wachtdienstregeling en overleg op lokaal niveau. Overleg tussen collega's (jong en oud) en wachtposten kan zorgen voor een werkbare verdeling, met aandacht voor wederkerigheid en haalbaarheid. Tot slot is **structurele ondersteuning** cruciaal om de werkdruk te verlagen. De inzet van praktijkcoördinatoren zou een verschil kunnen verschil maken. Daarnaast blijft **vereenvoudiging van administratieve processen** een belangrijke beleidsprioriteit om het beroep werkbaar te houden tot op latere leeftijd.

5. Conclusie

De beslissing van 60-plus huisartsen om al dan niet met pensioen te gaan, blijkt het resultaat van een complex samenspel tussen persoonlijke motivatie, werkcontext en werkdruk. Huisartsen blijven langer aan de slag omwille van gezondheid, werkplezier en de band met patiënten. Tegelijk worden fysieke belasting, administratieve druk en wachtdiensten als belemmerend ervaren. In een solopraktijk zijn deze factoren vaak moeilijker op te vangen, wat de beslissing tot stoppen kan versnellen. Groepspraktijken daarentegen bieden meer mogelijkheden tot samenwerking, ondersteuning, kwaliteitsvolle bijscholing en stapsgewijze uitstroom, waardoor huisartsen langer op een haalbare manier actief kunnen blijven. Zowel de literatuur als de praktijkervaringen onderstrepen de nood aan begeleiding bij de uitstroom van oudere artsen. Beleidsmaatregelen zoals coachingtrajecten inclusief een roadbook overgang solo- naar groepspraktijk, aangepaste bijscholing, versoepelde wachtdienstplicht en administratieve ondersteuning kunnen hierbij een cruciale rol spelen in het duurzaam inzetten van deze ervaren groep artsen.

6. Bronnen

1. El Bakkali L. Veel Belgische gemeenten kampen met huisartsentekort ondanks hogere instroom. vrtnws. 2023.
2. Ceulemans F. België heeft te weinig huisartsen Domus medica 2019 [
3. Beersmans A, Euben T, Gils M. RAPPORT: ANALYSE TIJDSBESTEDING HUISARTSEN. FOD Volksgezondheid; 2023.
4. J.M., P.S. 18,7% van de actieve huisartsen 65-plus. Medi-sfeer 2019
5. Gerkens Sophie LM, Bouckaert Nicolas, Levy Muriel, Maertens de Noordhout Charline, Obyn Caroline, Devos Carl, Scohy Aline, Vlayen Annemie, Yaras Harun, Janssens Christophe, Meeus Pascal. . Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2024. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Brussel Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Brussel 2024. Report No.: 376A.
6. Dewitte H, Leven K, Smeets R. Iedere patiënt heeft recht op een huisarts: lokaal onderzoek naar huisartsentekort. Huisarts Nu 2024;53:9-13.
7. Ceulemans F. Geen beperking op nieuwe Vlaamse huisartsen Domus medica 2023 [
8. Missinne S, Luyten S. Huisartsen in het Brussels gewest: wie zijn ze, waar houden ze praktijk, en waar zijn er mogelijke tekorten? 2018.
9. Statistics Explained - Healthcare personnel statistics - physicians Eurostat statistics explained [updated 23 February 2024.
10. Papp M, Kőrösi L, Sándor J, Nagy C, Juhász A, Ádány R. Workforce crisis in primary healthcare worldwide: Hungarian example in a longitudinal follow-up study. BMJ Open. 2019;9(7):e024957.
11. Batenburg R, Flinterman, L., Vis, E., Schaaijk, A. van, Kenens, R.J., Duijkers, B. Cijfers uit de Nivel-registratie van huisartsen en huisartsenpraktijken: een actualisering voor de periode 2020-2022. . Utrecht: NIVEL. 2022:26.
12. Blane DN, McLean G, Watt G. Distribution of GPs in Scotland by age, gender and deprivation. Scott Med J. 2015;60(4):214-9.
13. Marchand C, Peckham S. Addressing the crisis of GP recruitment and retention: a systematic review. Br J Gen Pract. 2017;67(657):e227-e37.
14. Le Floch B, Bastiaens H, Le Reste JY, Lingner H, Hoffman R, Czachowski S, et al. Which positive factors give general practitioners job satisfaction and make general practice a rewarding career? A European multicentric qualitative research by the European general practice research network. BMC Fam Pract. 2019;20(1):96.
15. Yordanov D, Oxholm AS, Gyrd-Hansen D, Pedersen LB. Mapping GPs' motivation — it's not all about the money: a nationwide cross-sectional survey study from Denmark. Br J Gen Pract. 2023;73(734):e687-e93.
16. Dale J, Potter R, Owen K, Parsons N, Realpe A, Leach J. Retaining the general practitioner workforce in England: what matters to GPs? A cross-sectional study. BMC Fam Pract. 2015;16:140.
17. Owen K, Hopkins T, Shortland T, Dale J. GP retention in the UK: a worsening crisis. Findings from a cross-sectional survey. BMJ Open. 2019;9(2):e026048.
18. Sansom A, Calitri R, Carter M, Campbell J. Understanding quit decisions in primary care: a qualitative study of older GPs. BMJ Open. 2016;6(2):e010592.
19. Sansom A, Terry R, Fletcher E, Salisbury C, Long L, Richards SH, et al. Why do GPs leave direct patient care and what might help to retain them? A qualitative study of GPs in South West England. BMJ Open. 2018;8(1):e019849.

20. Napier J, Clinch M. Job strain and retirement decisions in UK general practice. Occup Med (Lond). 2019;69(5):336-41.
21. Birkeland S, Bogh SB. Malpractice litigation, workload, and general practitioner retirement. Prim Health Care Res Dev. 2019;20:e23.
22. Kirstine Andersen M, Pedersen LB, Waldorff FB. Retirement, job satisfaction and attitudes towards mandatory accreditation: a Danish survey study in general practice. BMJ Open. 2018;8(8):e020419.
23. Joyce CM, Wang WC, McDonald HM. Retirement patterns of Australian doctors aged 65 years and older. Aust Health Rev. 2015;39(5):582-7.
24. Chilvers R, Richards SH, Fletcher E, Aylward A, Dean S, Salisbury C, Campbell J. Identifying policies and strategies for general practitioner retention in direct patient care in the United Kingdom: a RAND/UCLA appropriateness method panel study. BMC Fam Pract. 2019;20(1):130.
25. Imtiaz-Umer S, Taggar J, Allsopp G. Helping us grow generations of GPs (HUGG): a pilot study evaluating Longitudinal Support Networks (LSNs) on recruitment, retention and resilience of GPs in Derbyshire. Educ Prim Care. 2021;32(3):182-4.
26. Bailey BE, Wharton RG, Holman CD. Glass half full: Survival analysis of new rural doctor retention in Western Australia. Aust J Rural Health. 2016;24(4):258-64.
27. Asghari S, Kirkland MC, Blackmore J, Boyd S, Farrell A, Rourke J, et al. A systematic review of reviews: Recruitment and retention of rural family physicians. Can J Rural Med. 2020;25(1):20-30.
28. Wieland L, Ayton JE, Abernethy G. A meta aggregation of qualitative research on retention of general practitioners in remote Canada and Australia. Rural Remote Health. 2023;23(1):8149.
29. Bes JM, Flinterman LE, González AI, Batenburg RS. Recruitment and retention of general practitioners in European medical deserts: a systematic review. Rural Remote Health. 2023;23(1):7477.

7. Bijlagen

7.1 Goedgekeurd protocol

Onderzoeksprotocol

opleiding Master-na-master huisartsgeneeskunde

Afscheid nemen of doorgaan?

Kwalitatief onderzoek naar de factoren die de pensioenbeslissingen van 60+ huisartsen beïnvloeden

Versie 2 24/11/2023

Promotor: Prof. Dr. Lieve Peremans

Co Promotor: Prof. Bart Van Rompaey

Versie 2 24/11/2023

Academiejaar 2023-2024

1. Inleiding

1.1. Probleemstelling

Meerdere gemeenten in België worden geconfronteerd met een nijpend huisartsentekort (3). Een recente grootschalige bevraging toonde aan dat ongeveer één vijfde van de huisartsen reeds een patiëntenstop invoerde (1). Tevens ervaren drie huisartsen op vier de werkdruk als hoog tot zelfs zeer hoog (1). Dit zien we ook in de beschrijving van de ideale werkweek; deze bevat 38 tot 40 uur voor de gemiddelde huisarts, echter in de realiteit werkt de helft van de artsen 50 tot 64 uur per week. Uit de cijfers blijkt ook dat het gemiddeld aantal werkuren toeneemt met de leeftijd van de huisarts (1). Jongere artsen willen niet meer het werkritme overnemen van de oudere huisarts die 80 uur per week werkte, maar leggen hun focus meer op een goede 'work-life balance'. Aldus moet gemiddeld één oudere huisarts vervangen worden door 1,5 tot 2 jongere artsen. Vandaar ook dat de Vlaamse regering voor de toegang tot de opleiding huisartsgeneeskunde geen beperking meer vastlegde in de maximumquota voor 2026 (2).

Bovendien voorspelt de verdere vergrijzing van het huisartsenberoep niet veel goeds. In 2018 waren 18,7% van de Belgische huisartsen ouder dan 65 jaar (4). Heden is één derde van de huisartsen 65-plus (4).

Van de Belgische huisartsen zegt 8% binnenkort op pensioen te gaan. Van de huisartsen in solo praktijken zegt zelfs 17% binnenkort te stoppen, wat logisch is gezien de oudere huisartsenpopulatie in individuele praktijken (5). Dit baart grote zorgen over de beschikbaarheid van de huisartsenzorg de komende 5 tot 10 jaar. De uitstroom van oudere artsen zal een nóg grotere druk zetten op de andere artsen die het nu al zeer moeilijk hebben.

1.2. Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om inzichten te verwerven over de factoren die meespelen in de beslissing van 60-plus huisartsen om al dan niet te pensioneren. De intentie hiervan is om beter te kunnen inspelen op de uitdagingen waar de huisartsenzorg mee geconfronteerd wordt. De bekomen inzichten kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van een beleid die de beschikbaarheid en kwaliteit van huisartsenzorg in de toekomst kunnen waarborgen.

2. Onderzoeksvraag

Wat zijn de belangrijkste factoren die meespelen in de beslissing van 60-plus huisartsen om al dan niet met pensioen te gaan?

Subvraag: Wat kan hen ondersteunen om langer aan het werk te blijven?

3. Methodologie

3.1. Onderzoeksdesign

Het studieopzet betreft een descriptief kwalitatief onderzoek met diepte-interviews bij huisartsen. Er wordt een omvattende beschrijving en interpretatie gemaakt van het fenomeen van de oudere huisarts met de bedoeling om een inzicht te krijgen in het uitstroomtraject en meer bepaald naar de mogelijkheden tot samenwerking met jongere collega's zodat het potentieel in een regio niet plots opdroogt.

3.2. Onderzoeksetting

Dit is een leeronderzoek dat kadert binnen de master na master opleiding Huisartsgeneeskunde. Het onderzoek gaat plaatsvinden in Vlaanderen, waarbij we kiezen voor individuele interviews om meer diepgang te krijgen in de gesprekken.

3.3. Populatie

Dit onderzoek zal uitgevoerd worden bij een doelgericht staal 60-plus huisartsen die de keuze gaan moeten maken om al dan niet te pensioneren. De totale studiepopulatie zal ongeveer uit 10 - 15 deelnemers bestaan. Recrutering zal verlopen via volgende verschillende manieren: via contactname met verschillende kringverantwoordelijken (met de vraag welke artsen in die leeftijdscategorie zitten), via een oproep op de website van Domus Medica en via oproep op de website van het ICHO (Interuniversitair Samenwerkingsverband HuisartsenOpleiding). De artsen zullen vervolgens één voor één opgebeld worden met de vraag of ze willen meewerken aan het wetenschappelijk onderzoek.

Inclusiecriteria zullen gebaseerd zijn op demografische gegevens zoals: leeftijd (vanaf 60 jaar), geslacht, aantal jaren werkervaring, type praktijk.
Exclusiecriteria zijn artsen die reeds gestopt zijn met de praktijk.

3.4. Methode:

Datacollectie gebeurt door het uitvoeren van semi-gestructureerde individuele interviews. Op deze manier kan er, afhankelijk van de antwoorden van de patiënten, van de oorspronkelijke vraag worden afgeweken om telkens nieuwe hypotheses te investigeren. De keuze voor individuele interviews werd gemaakt in kader van de persoonlijke meningen die worden bevraagd.
De interviews zullen afgenomen worden tussen januari 2024 en december 2024. De duur van het interview zal variëren tussen de 45 minuten en 60 minuten. Tijdens de bevraging zal er gewerkt worden met een topiclijst, deze wordt opgesteld aan de hand van literatuuronderzoek. Deze topiclijst houdt de onderwerpen en vragen in die aan bod dienen te komen tijdens het interview.
Topics die aan bod zullen komen zijn:

- Persoonlijke ervaringen van de huisarts
- Hun opinie over pensionering
- Betekenis van pensioen voor de huisarts
- Ondersteuning

De interviews zullen afgenomen worden door de onderzoeker. Tijdens het interview met de deelnemer zal het gesprek worden opgenomen door middel van een GSM. De interviews worden onmiddellijk overgezet op een beveiligde computer. Op deze manier kunnen de interviews opnieuw beluisterd worden. Tijdens het interview wordt er gebruikt gemaakt van veldnotities die gebruikt kunnen worden tijden de data-analyse.

3.5. Data-analyse

Data zullen geanalyseerd worden door een thematische analyse. De opgenomen interviews worden verbatim uitgeschreven en gecodeerd. De transcripten worden bewaard op een onedrive van de UA. Om de werkelijkheid van de respondent zo goed mogelijk te benaderen worden deze aangevuld met de persoonlijke notities van de interviewer. De interviews worden meermaals gelezen (familiarisatie met de data).
Via het programma Excel zal er manueel worden gecodeerd (aanleren coderen). In een eerste stap worden er descriptieve codes (open codes) aan het transcript toegekend. De tweede stap bestaat uit het formuleren van interpretatieve codes (axiale codes). Deze codes worden gegroepeerd in een codeboek. Dit codeboek wordt gebruikt om de volgende interviews te coderen.
Een analyse van de individuele interviews wordt uitgevoerd om de nieuwe informatie te verzamelen tot datasufficiëntie wordt bereikt. Tussen de verschillende codes zal gezocht worden naar verbanden. Deze wederkerende thema's geven de mogelijkheid voor transfereerbaarheid van de data.

Voor rapportering van het geanalyseerde materiaal wordt gebruikgemaakt van citaten zodat het originele verhaal van de respondent behouden blijft. De data zal op een beveiligde sectie van de one drive van de UA gedurende 20 jaar bewaard worden.

3.6. Kwaliteitsbeoordeling

Door gebruik te maken van semi-gestructureerde interviews via audioscript, kan de data meerdere malen opnieuw gecontroleerd worden. Op deze manier blijven de thema's nauw aansluiten bij de visie van de participant. Er is minder ruimte voor de subjectieve interpretatie van deze gegevens door de onderzoeker. Door 'member checking' kan afgetoetst worden of de beschrijving van de thema's en concepten overeenstemt met het onderwerp dat besproken wordt.

Tijdens dit onderzoek zal de context waarbinnen het onderzoek gevoerd wordt, duidelijk worden omschreven. Dit vergemakkelijkt de transfereerbaarheid met name evaluatie voor toepasbaarheid naar een andere of bredere context.

3.7. Periode

Het onderzoek loopt van 1 januari 2024 tot en met 30 april 2025.

4. Ethische beschouwingen (CME)

Het onderzoek maakt gebruik van interviews. Door de onderzoekers wordt een informed consent opgemaakt. Dit consent wordt toegelicht en ondertekend bij de start van elk interview. Het consent

bevat de nodige informatie betreffende de privacy van de respondenten. Na het toelichten van het consent krijgen de deelnemers de mogelijkheid om vragen te stellen. De gegevens van alle deelnemers zullen gecodeerd worden om de privacy te garanderen. De respondenten kunnen kiezen om te allen tijden uit de studie te stappen zonder verantwoording. De transcripten en informed consents zullen gedurende 20 jaar door de promotor worden bewaard op de beveiligde site van de UA.

5. Praktische organisatie (timeline)

- Dec 2023: indienen aanvraag ethisch comité
- Jan 2024 – Dec 2024: datacollectie door middel van semi-gestructureerde interviews
- Jan 2025 – April 2025: data-analyse
- Mei 2025: indienen eindrapport

6. Verzekering

Zie bijlage.

7. Referenties

1. https://www.domusmedica.be/actueel/huisartsen-ervaren-hoge-werkdruk (geraadpleegd op 20/04/2023)
2. https://www.domusmedica.be/actueel/geen-beperking-op-nieuwe-vlaamse-huisartsen (geraadpleegd op 20/04/2023)
3. https://www.domusmedica.be/actueel/belgie-heeft-te-weinig-huisartsen (geraadpleegd op 20/04/2023)
4. https://www.medi-sfeer.be/nl/nieuws/beroepsnieuws/18-7-de-generalistes-actifs-au-dela-de-65-ans.html (geraadpleegd op 07/05/2023)
5. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20230417_nl_im_associates_-_rapport_tijdsindeling_huisartsen.pdf (geraadpleegd op 20/04/2023)

7.2 Goedkeuring Ethisch Comité Antwerpen

ETHISCH COMITE

Voorzitter

Prof. dr. Peter Michielsen

Secretariaat

03 821 38 97

Professor Lieve Peremans

Miss Maïté Van Aelst

FAMPOP - UAntwerpen

datum: 26/02/2024

Project ID 6074 - EDGE n/a - BUN n/a

Project titel: Afscheid nemen of doorgaan? Kwalitatief onderzoek naar de factoren die de pensioenbeslissingen van 60+ huisartsen beïnvloeden

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte collega

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de universiteit Antwerpen heeft bovenvermelde studie besproken en geeft een gunstig advies dd. 26/02/2024

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

Document Type	File Name	Date	Version
Accompanying letter	Begeleidende brief-EC	24/11/2023	2
Protocol	Onderzoeksprotocol	24/11/2023	2
ICF	Informed consent	24/11/2023	2
CV	Lieve Peremans	24/11/2023	2
GCP	Lieve Peremans	24/11/2023	2
CV	Maïté Van Aelst	24/11/2023	2
GCP	Maïté Van Aelst	24/11/2023	2
Questionnaire	Ontwerp demografische vragenlijst	24/11/2023	2
Arrangement Recruitment	Uitnodigingsbrief	24/11/2023	2
Questionnaire	Ontwerp script	24/11/2023	2
CTR - Compliance	Verwerkingsregister	24/11/2023	2
Insurance	UA VERZEKERINGSATTEST 2024	24/11/2023	2

Deze goedkeuring is geldig tot een jaar na bovenvermelde datum. Wij verzoeken u ons te melden wanneer de eerste deelnemer werd geïncludeerd, wanneer en waarom de studie (vroegtijdig) werd stopgezet of nooit werd opgestart.

Indien de studie nog loopt na een jaar verwachten we een follow-up rapport waarin eventuele voorvallen worden gemeld.

Tot slot wijzen we er op dat, voor in het UZA lopende studies, de ernstige ongewenste voorvallen dienen gerapporteerd via het incidentenmeldingssysteem.

Met vriendelijke groeten



Prof. dr. Peter Michielsen

Voorzitter Ethisch Comité UZA/UAntwerpen

Meeting Attendee Full Name	Meeting Attendee Qualifications
prof. dr. Bettina Blaumeiser	Physician
prof. dr. emeritus Hilde Bortier	MD, PhD
mevr. Sarah Claes	Staffmember Research Dept. UAntwerpen
prof. dr. Patrick Cras	Physician
mevr. Eva De Backer	Clinical Psychologist
dr. Elyne De Baetselier	Nurse
prof. dr. Ingrid De Meester	Pharmacologist
dr. Katrien Eger	Physician
mevr. Lina Fierens	Nurse
prof. dr. Kristien Hens	Philosopher
dhr. Kris Ides	Physiotherapist
prof. dr. Greet Ieven	Vice-Chair, Physician
dhr. Daan Kenis	Pharmacist
dr. Leon Luyten	Physician
dr. Barbara Michiels	General Practitioner
prof. dr. Peter Michielsen	Chair, Physician
dhr. Pieter Moons	Coordinator Bio- and Human Tissue bank
prof. dr. Bernard Paelinck	Physician
prof. dr. Patrick Pauwels	MD, PhD, Pathologist
dhr. Michaël Pössel	Healthy volunteer phase 1
dhr. Kris Smulders	Nurse
mevr. Aithne Van den Bossche	Clinical psychologist
prof. dr. Pieter Van Dyck	Physician
dhr. Guy Van Honste	Patient Representative
dhr. Yves Vandermotten	Healthy volunteer phase 1
prof. dr. Thierry Vansweevelt	Legal
dr. Michiel Voeten	Physician
mevr. Griet Wyers	Pharmacist
mevr. Madina Bachayeva	Legal
mevr. Daphne Van de Wildebergh	Legal

7.3 Uitnodiginsbrief

Universiteit Antwerpen

Afscheid nemen of doorgaan?

Kwalitatief onderzoek naar de factoren die de pensioenbeslissingen van 60+ huisartsen beïnvloeden

Antwerpen, 23 mei 2024

Beste collega,

In het kader van mijn master-na-masteropleiding Huisartsgeneeskunde aan de Universiteit van Antwerpen nodigen wij u graag uit om deel te nemen aan een **interview** met betrekking tot de belangrijkste factoren die meespelen in de beslissing van 60-plus huisartsen om al dan niet te pensioneren.

Wat willen we hiermee bereiken? Beter kunnen inspelen op de uitdagingen waar de huisartsenzorg mee geconfronteerd wordt. De bekomen inzichten kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van een beleid die de beschikbaarheid en kwaliteit van huisartsenzorg in de toekomst kunnen waarborgen.

Hoe gaan we te werk?
Eerst stuur ik u een korte vragenlijst en dan spreken we een moment af dat voor u past voor een interview.

Uw ervaring en perspectief zijn van grote waarde voor dit onderzoek.
Bent u 60 plusser en geïnteresseerd? Neem dan contact op via e-mail **maite.vanaelst@telenet.be** of telefonisch **0493/78.52.67** voor meer informatie.

Ik kijk ernaar uit om van u te horen en bedank u alvast voor uw medewerking!

Met vriendelijke groeten

Huisarts in opleiding Maïté Van Aelst aan de Universiteit Antwerpen
in samenwerking met Prof. Dr. Peremans en Prof. Bart Van Rompaey

7.4 Informed consent huisarts

Afscheid nemen of doorgaan?
Kwalitatief onderzoek naar de factoren die de pensioenbeslissingen van 60+ huisartsen beïnvloeden

Versie 2 24/11/2023

INFORMATIEDOCUMENT VOOR DE DEELNEMER AAN EEN NIET-COMMERCIEEL EXPERIMENT OP DE MENSELIJKE PERSOON

Titel van het onderzoek:
Afscheid nemen of doorgaan? Kwalitatief onderzoek naar de factoren die de pensioenbeslissingen van 60+ huisartsen beïnvloeden

Opdrachtgever:
Universiteit Antwerpen
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

Promotor(s):
Prof. Dr. Lieve Peremans

Onderzoeker(s):
Maïté Van Aelst

Contactpersoon voor informatie:
Maïté Van Aelst , Tel: +32 493 78 52 67

Contact in geval van dringende medische hulp:
Niet van toepassing.

Commissie voor Medische Ethiek:
Ethisch Comité UZA-UA
UZA, Wilrijkstraat 10, B-2650 Edegem
Tel +32 3 821 38 97 - Fax +32 3 821 42 54
Ethisch.Comite@uza.be
OF voor multicentrische studies: contactgegevens van het EC dat het enkel advies zal afleveren met vermelding van de contactpersoon

Beste deelnemer,

U wordt uitgenodigd om vrijwillig deel te nemen aan een onderzoek met betrekking tot de factoren die meespelen in de beslissing van 60-plus huisartsen over pensionering.
Vooraleer u toestemt om aan dit onderzoek deel te nemen, is het belangrijk dat u dit formulier leest.

1. **Studiespecifieke inlichtingen**

Dit onderzoek werd op … *(datum)* goedgekeurd door het onafhankelijke Ethisch Comité … *(naam van het Ethisch Comité dat het enkel advies heeft gegeven)*.

Doel en beschrijving van het onderzoek

Dit is een wetenschappelijk onderzoek waaraan, naar verwachting in totaal ongeveer vijftien personen zullen deelnemen.

Deze studie heeft tot doel om inzichten te verwerven over de factoren die meespelen in de beslissing van 60-plus huisartsen om al dan te pensioneren. De intentie hiervan is om beter te kunnen inspelen op de uitdagingen waar de huisartsenzorg mee geconfronteerd wordt. De bekomen inzichten kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van een beleid die de beschikbaarheid en kwaliteit van huisartsenzorg in de toekomst kunnen waarborgen.

Een deelname aan dit onderzoek omvat een interview.

Duur van het onderzoek

Dit interview zal ongeveer 45 minuten duren

Voor- en nadelen

Dit onderzoek heeft geen verdere invloed en houdt geen risico's in.

2. Algemene informatie over de deelname aan een onderzoek

Vrijwillige deelname

Indien u toestemt om deel te nemen aan het onderzoek, dient u deze informatiefolder te bewaren en zal er u gevraagd worden het aangehechte toestemmingsformulier te ondertekenen.

U neemt geheel vrijwillig deel aan deze studie en u heeft het recht te weigeren eraan deel te nemen.

U heeft ook het recht om uw deelname aan het onderzoek op elk ogenblik stop te zetten, zelfs nadat u het toestemmingsformulier ondertekend heeft. U hoeft hiervoor geen reden te vermelden. Het intrekken van uw toestemming zal geen enkel nadeel of verlies van voordelen met zich meebrengen.

Uw deelname aan het onderzoek kan ook, zonder uw toestemming, op elk ogenblik stopgezet worden door de onderzoeker(s), het Ethisch Comité of de opdrachtgever. Mogelijke redenen voor zulke beslissing kunnen onder andere zijn:

- U houdt zich niet aan de instructies voor deelname aan het onderzoek
- Uw verdere deelname blijkt schadelijk te zijn voor u
- Er wordt tijdens het onderzoek vastgesteld dat u toch niet of niet meer aan de voorwaarden voor deelname voldoet

De Universiteit Antwerpen is als opdrachtgever van de studie verantwoordelijk voor de verwerking van uw persoonsgegevens. Zij heeft daartoe een functionaris voor de gegevensverwerking aangesteld.

Wanneer u vindt dat uw rechten met betrekking tot uw persoonsgegevens onvoldoende worden gerespecteerd, kan u steeds terecht bij de functionaris voor de gegevensbescherming die desgevallend de nodige maatregelen zal treffen. U hebt ook het recht om een klacht in te dienen bij de Belgische Gegevensbeschermingsautoriteit.

We hopen u met dit document voldoende informatie te hebben gegeven over het onderzoek.
U heeft het recht om op elk ogenblik bijkomende vragen te stellen over de inhoud, het doel of het verloop van het onderzoek, over de mogelijke en/of bekende voor- en nadelen die dit onderzoek voor u inhoudt, enz.. U kunt zich daarvoor wenden tot de onderzoeker(s) *(en de hierboven genoemde contactpersoon)*.

Datum 24/11/2023

TOESTEMMINGSFORMULIER

Afscheid nemen of doorgaan? Kwalitatief onderzoek naar de factoren die de pensioenbeslissingen van 60+ huisartsen beïnvloeden

Deel enkel bestemd voor de deelnemer:

Hierbij bevestig ik, ondergetekende …… *(naam en voornaam deelnemer)* dat ik over het onderzoek ben ingelicht en een kopie van het informatiedocument ontvangen heb.

Ik heb de informatie gelezen en begrepen. De onderzoeker heeft mij voldoende informatie gegeven met betrekking tot het doel en het opzet van het onderzoek, de voorwaarden en de duur ervan, en de mogelijke bekende voor- of nadelen die dit onderzoek voor mij kunnen inhouden. Bovendien werd mij voldoende tijd gegeven om de informatie te overwegen en om vragen te stellen, waarop ik bevredigende antwoorden gekregen heb.

Ik ben ervan op de hoogte dat ik mijn toestemming tot deelname aan het onderzoek en tot verwerking van mijn gegevens kan weigeren en dat ik de toestemming om mijn data te gebruiken op elk moment kan intrekken, nadat ik de onderzoeker hierover heb ingelicht, zonder dat dit mij enig nadeel kan berokkenen. Mijn oorspronkelijke toestemming tot deelname aan het onderzoek en gebruik van mijn persoonsgegevens zal het gebruik van mijn gegevens toelaten met betrekking tot de periode dat ik in het onderzoek ingesloten was.

Ik ben mij bewust van het doel waarvoor mijn gegevens verzameld, verwerkt en gebruikt worden in het kader van dit onderzoek. Ik ben ervan op de hoogte gesteld dat mijn gegevens gedurende *20 jaar* zullen bewaard worden voor wetenschappelijk onderzoek.

Ik weet dat ik het recht heb om mijn gegevens in te zien en te verbeteren. Als ik klachten heb over het beheer van mijn gegevens weet ik dat ik me kan richten tot de onderzoekers, mijn arts, of de functionaris voor de gegevensbescherming van de UAntwerpen, Universiteitsplein 1 2610 Wilrijk.

Ik geef toestemming aan de onderzoeker om mijn gegevens te verzamelen, te verwerken en te gebruiken zoals beschreven in het informatiedocument dat ik ontving en conform de geldende wetgeving. Mijn gegevens zullen strikt vertrouwelijk behandeld worden. Wanneer de studieresultaten gepubliceerd worden, zal mijn identiteit geheim blijven.

Ik stem geheel vrijwillig toe om deel te nemen aan dit onderzoek en om mee te werken aan alle gevraagde onderzoekshandelingen (*bijv. invullen van vragenlijsten, deelname aan een interview*, …).

_____ _____ _____

Naam van de deelnemer Handtekening Datum *(dag/maand/jaar)*
(hoofdletters)
(indien van toepassing: naam wettelijke vertegenwoordiger)

Deel enkel bestemd voor het onderzoeksteam

(het is niet noodzakelijk dat de onderzoeker zelf de informatie en IC procedure met de deelnemer doorloopt, dit wordt soms ook door een ander lid van het onderzoeksteam gedaan, vb. door studieverpleegkundigen, de behandelende arts, ...):

Ik bevestig hierbij dat ik *(naam van de deelnemer en/of – indien van toepassing – naam van zijn/haar wettelijke vertegenwoordig(st)er*) heb ingelicht en dat hij (zij) zijn (haar) toestemming heeft gegeven om deel te nemen aan de studie.

_____ _____ _____

Naam *(hoofdletters)* Handtekening Datum *(dag/maand/jaar)*

(ondertekening door een lid van het onderzoeksteam is de regel – indien hiervan afgeweken wordt motivering bijvoegen)

7.5 Demografische vragenlijst

Universiteit Antwerpen

Afscheid nemen of doorgaan?
Kwalitatief onderzoek naar de factoren die de pensioenbeslissingen van 60+ huisartsen beïnvloeden

Versie 2 24/11/2023

Demografische gegevens

Geslacht

- ☐ Man
- ☐ Vrouw
- ☐ X

Leeftijd .....jaar

Hoelang bent u al huisarts .....jaar

Solo-/ groepspraktijk (schrap wat niet past)

Hiervoor andere praktijk? Ja/nee

Moet u nog deelnemen aan de wachtdienst?

Zo ja, Hoe frequent?
Moet u nachtwachten doen?
Tot wanneer?

Thuissituatie: partner inwonend/ kinderen inwonend/ partner niet samenwonend/ alleenstaand.

7.6 Semi-gestructureerd interview huisarts

Universiteit Antwerpen

Afscheid nemen of doorgaan?
Kwalitatief onderzoek naar de factoren die de pensioenbeslissingen van 60+ huisartsen beïnvloeden

Versie 2 24/11/2023

Script

1. Inleiding

Goedendag X, mijn naam is Maïté, studente aan de opleiding master na master huisartsgeneeskunde. Ik wil u in de eerste plaats bedanken om deel te nemen aan het onderzoek. Dit is een wetenschappelijk onderzoek waaraan naar verwachting ongeveer 10-15 huisartsen zullen deelnemen waarvan u er dus één bent. U werd uitgenodigd om deel te nemen omdat u een 60-plus huisarts bent.

Het interview gaat over welke factoren uw pensioenbeslissing beïnvloeden. Dit kan nuttige informatie leveren voor eventuele maatregelen in kader van het nijpend huisartsentekort.

Dit gesprek zal opgenomen worden en zal enkel gebruikt worden voor wetenschappelijke doeleinden. U neemt geheel vrijwillig deel aan dit interview en u heeft steeds de mogelijkheid om uw deelname aan de studie en dit interview stop te zetten. Ik zal u een aantal vragen stellen waarbij er geen goed of fout antwoord bestaat.

Uw identiteit en uw deelname aan deze studie worden strikt vertrouwelijk behandeld. Het gesprek wordt opgenomen en alle gegevens worden gepseudonimiseerd. Dit betekent dat alle inhoudelijke kenmerken die u of uw werkomgeving zouden kunnen identificeren worden geblindeerd in de transcripten. Het is dus niet mogelijk dat de uitkomsten terug herleidbaar zijn naar u als persoon. Daarnaast wordt de opname achteraf verwijderd.

Ik wil u vragen om voor we aan het interview beginnen uw gsm stil of uit te zetten.

Kan u het informed consent nu ondertekenen?

Heeft u nog vragen? Dan ga ik nu de opname starten.

2. Topiclijst

Topic 1: Kennismaking
Deze topic geeft de kans de geïnterviewde te leren kennen

Ice breaker

- Kan u zich even voorstellen?
- Wat maakt dat u voor het huisartsberoep koos?

Topic 2: Ervaringen van de huisarts
Gaat over de persoonlijke ervaringen van de huisarts

Inleidende vragen

- Hoe is de situatie in uw regio? Hoeveel artsen zijn er nog?
- Hoe ervaart u huisarts zijn anno 2024 als 60+?
- Wat is er voor u veranderd tegenover vroeger?
- Hoe ervaart u de werkdruk?
- Doet u nog wachtdiensten?
    - Hoe ervaart/ervaarde u de wachtdiensten?
- Indien solopraktijk
    - Waarom de keuze van solo-arts?
    - Zijn er momenten dat u toch liever hulp zou hebben?
    - Welke mogelijkheden ziet u hiervoor?
- Indien groepspraktijk
    - Hoe loopt de samenwerking in de praktijk?
    - Wat vindt u fijn aan de samenwerking?
    - Wat verloopt voor u moeilijk(er)?

Topic 3: Opinie over pensionering
Gaat over de opinie van de huisarts over pensionering

- Wat is uw mening over huisarts zijn na 65 jaar?
- Hoe staat u tegenover 65+ huisartsen?
- Wat vindt u ervan dat huisartsen blijven doorgaan ondanks (soms) een hoge leeftijd?
- Hoe staan jonge collega's hier tegenover?
- Wat maakt dat u al dan niet overwogen hebt een jonge collega te zoeken om samen te werken?
    - Barrières?

Topic 4: Persoonlijke betekenis van pensioen voor de huisarts
Gaat over wat pensioen betekent voor de huisarts zelf

- Wat betekent pensioen voor u persoonlijk?

- Tot welke leeftijd denkt u nog te werken?
    - Welke zaken hebben bijgedragen tot deze beslissing?
- Wat maakt dat u verder blijft werken? Wat helpt u om verder te gaan?

Topic 5: Ondersteuning

Wat zou de huisarts kunnen helpen om toch nog verder te doen

- Wat mist u qua ondersteuning?
    - Wat zou u kunnen helpen om toch nog langer verder te werken?
    - Waar zouden volgens u organisaties zoals domus medica kunnen helpen?
- Wat denkt u van een soort uitstroomscenario? Hoe kan dit er volgens u uitzien?
    - Wanneer zou volgens u zo'n traject moeten opgesteld worden?
- Hoe zouden jonge collega's in de buurt kunnen helpen?
- Hoe komt het volgens u dat er zo weinig jonge artsen interesse hebben om deze regio te starten? Wat zou dit proces toch kunnen faciliteren?
- Wat zou u persoonlijk kunnen inbrengen?
- Er zouden consultaties kunnen ingericht worden voor patiënten die geen huisarts hebben. Hiervoor zouden huisartsen kunnen gerekruteerd die nog wel wat willen werken maar niet meer in een praktijk omdat ze geen continuïteit meer willen bieden. In hoeverre zou u nog willen werken in een dergelijke setting?

Afrondende vraag

- Wilt u nog iets toevoegen aan het gesprek, wat niet besproken is of wat u belangrijk vindt?

Ik wil u bedanken voor uw deelname aan het interview.