Hoe maken beginnende huisartsen en HAIO's de keuze om zich te vestigen in een bepaalde regio en praktijk?

Een kwalitatief onderzoek met individuele semigestructureerde interviews

Lieselotte Coenen, UAntwerpen
Xavanna Lauwers, UAntwerpen

Promotor: Prof. Em. Dr. Lieve Peremans, UAntwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2025 – 2026]

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

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

Abstract

Achtergrond: Het huisartsentekort in Vlaanderen is een gekend en veelbesproken probleem. Zowel de patiënten, die geen huisarts in de regio vinden of langer moeten wachten alvorens ze terecht kunnen, als de artsen die een hoge werkdruk ervaren, voelen de gevolgen van dit tekort. Verschillende huisartsenpraktijken ondervinden moeilijkheden bij het zoeken van een nieuwe huisarts-in-opleiding (HAIO) of collega. Het gebrek aan huisartsen wordt ook ervaren in tweede en derde lijn. Statistieken van de Planningscommissie tonen aan dat er momenteel in Vlaanderen voldoende erkende huisartsen werkzaam zijn in de eerste lijn. In bepaalde regio's is er wel een relatief tekort aan huisartsen per aantal inwoners. Het aantal HAIO's blijft de laatste jaren toenemen. Deze groei blijkt echter onvoldoende om deze regionale relatieve tekorten tegen te gaan en de uitstroom van huisartsen te compenseren.

In de literatuur is onderzoek naar de reden waarom jonge huisartsen zich vestigen in bepaalde praktijken en regio's beperkt. Het is niet geweten waarop HAIO's en recent afgestudeerde huisartsen zich baseren in hun beslissingsproces. Daarom lijkt het ons zinvol deze factoren in kaart te brengen, zodat hierop ingespeeld kan worden in de huisartsarme gebieden.

Onderzoeksvraag: Hoe maken beginnende huisartsen en HAIO's een keuze om zich te vestigen in een bepaalde regio en praktijk?

Methode: We namen in de periode van januari 2025 tot en met april 2026 individuele semigestructureerde interviews af bij HAIO's verbonden aan de Vlaamse universiteiten en jonge huisartsen, die maximaal 3 jaar werkzaam waren in een huisartsenpraktijk in Vlaanderen. Aan de hand van een topiclijst, opgesteld op basis van literatuuronderzoek en tussentijdse analyse van eerdere interviews, werd hun keuzeproces om zich te vestigen in een bepaalde praktijk en regio in kaart gebracht. In deze masterproef werden ook motiverende en afstotende aspecten van huisartsarme zones bevraagd alsook als positief ervaren beleidsvormen.

Resultaten: We konden 10 geschikte huisartsen(-in-opleiding) interviewen. De deelnemers waren uitsluitend vrouwen, waarvan een meerderheid HAIO was, verbonden aan de Universiteit Antwerpen. Hun redenen om zich al dan niet te vestigen in een praktijk of regio konden in vier topics onderverdeeld worden, namelijk: praktijkorganisatie, agenda-indeling/uurrooster, logistiek/locatie, en samenwerking/visie.

Conclusie: Deze interviewstudie leverde inzicht in het keuzeproces om zich al dan niet te vestigen in een bepaalde praktijk en regio. Jonge collega's hechten meer belang aan een goed contact tussen collega's met ruimte voor flexibiliteit in het werkschema en het hebben van eenzelfde visie op vlak van de huisartsgeneeskunde dan aan financiële tegemoetkomingen. Werken in huisartsarme en rurale zones tijdens stages blijkt een belangrijke factor om in deze regio's nieuwe collega's aan te trekken.

Inhoud

1. Inleiding 5

2. Literatuuronderzoek 7

2.1. Methodologie 7

2.2 Resultaten literatuuronderzoek 8

2.3 Conclusie van het literatuuronderzoek 13

3. Veldonderzoek 14

3.1 Inleiding 14

3.2 Methodologie 14

3.3 Resultaten 17

4. Discussie 24

5. Besluit 28

6. Referentielijst 29

7. Dankwoord 32

8. Bijlagen 33

8.1 Demografische vragenlijst 33

8.2 Topiclijst interview 34

8.3 Goedkeuring Ethisch Comité 36

8.4 Informed Consent formulier 39

8.5 Codeboek 45

1. Inleiding

Het huisartsentekort in Vlaanderen is een gekend en veelbesproken probleem. De gevolgen van dit tekort worden gevoeld door zowel de patiënten, die geen huisarts in de regio vinden of langer moeten wachten voordat ze er terecht kunnen, als door de artsen zelf. Verschillende huisartsenpraktijken ondervinden moeilijkheden bij het zoeken van een nieuwe huisarts-in-opleiding (HAIO) of collega. Het gebrek aan huisartsen wordt ook ervaren door specialisten in tweede en derde lijn. Dit tekort aan huisartsen in Vlaanderen wordt vaak toegeschreven aan het toelatingsexamen voor geneeskunde dat sinds het academiejaar 1997-1998 werd ingevoerd. Dit examen werd pas in 2017 ingevoerd in de Franstalige universiteiten van ons land.

Onderzoek toont aan dat er momenteel in Vlaanderen voldoende erkende huisartsen werkzaam zijn in de eerste lijn, er is dus geen absoluut tekort aan huisartsen in Vlaanderen. Voor 2023 telde de Planningscommissie in Vlaanderen iets meer dan 10.300 erkende huisartsen en 1079 huisartsen-in-opleiding. Deze cijfers geven de statistieken weer van gezondheidszorgbeoefenaars die op 31/12/2023 geregistreerd stonden in de federale databank van gezondheidsbeoefenaars. Het is geen exacte weergave van het aantal actieve artsen in Vlaanderen, en lijkt te verschillen van de cijfers van het RIZIV. Deze aantallen zijn niet representatief voor het aantal full time equivalenten (ofwel voltijdse equivalenten, afgekort VTE) die werkzaam zijn in de huisartsenpraktijk in Vlaanderen (1).

Men merkt een versnippering op in het landschap van huisartsen, waardoor er in bepaalde regio's een relatief tekort aan huisartsen per aantal inwoners is (2). Er is dus sprake van huisartsarme regio's. In stedelijke gebieden spreekt het RIZIV van een huisartsentekort vanaf minder dan 1 huisarts per 1.111 (of 90/100.000) inwoners en in dunner bevolkte gebieden vanaf minder dan 1 huisarts per 800 (of 125/100.000) inwoners (3). Tot eind 2019 ondersteunde de Vlaamse Overheid de vestiging van huisartsen in huisartsarme zones met een premie van 20.000 euro per vestiging. Toch bleef het aantal huisartsarme zones verder stijgen en leek deze ondersteuning niet langer een effectief stimuleringselement om een betere toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde te bekomen (4). Hoewel deze ondersteuning als niet effectief gebleken is, worden er plannen opgemaakt om dit opnieuw in te voeren om HAIO's in huisartsarme regio's aan te trekken.

Cijfers tonen dat het aantal HAIO's de laatste jaren blijft toenemen. Deze groei blijkt echter onvoldoende om bovenstaande relatieve tekorten tegen te gaan en de uitstroom van huisartsen te compenseren. Hierbij gaat het met name om de artsen die op pensioen gaan of die de klinische praktijk stoppen. Als we de demografie van huisartsen in Vlaanderen bekijken valt op dat een derde van de huisartsen momenteel ouder is dan 65 jaar. Bijkomend kiezen instromende huisartsen vaak voor een betere balans tussen werk en privé, waardoor het aantal VTE's lager ligt dan het aantal artsen in Vlaanderen (4-6).

Onderzoek naar de performantie van het Belgisch zorgsysteem, meer bepaald de duurzaamheid van het gezondheidssysteem en met name de beschikbaarheid van zorgpersoneel, telde voor 2021 meer dan 7.000 praktiserende huisartsen in Vlaanderen. Op basis van projecties zou dit aantal toenemen met 4,2% in 2026, terwijl het aantal voltijdse equivalenten zou dalen met 7,1% en tussen 2022 en 2027 het aantal contacten met huisartsen in Vlaanderen zou toenemen met 3,4% (5). Dit zorgt ervoor dat ondanks de stijgende instroom van jonge huisartsen, de tekorten niet gedicht kunnen worden.

De cel Planning van het aanbod van de Gezondheidszorgberoepen stelt op basis van een internationale vergelijking van het artsenaanbod vast dat de dichtheid van huisartsen in België hoger is dan dat van onze buurlanden en vrij stabiel blijft doorheen de tijd met 117 huisartsen per 100.000 inwoners in 2019. Dit vergelijkend onderzoek met andere landen wordt echter bemoeilijkt door het ontbreken van gestandaardiseerde gegevens. Daar wordt vooral gekeken naar de dichtheid van artsen, wat staat voor het aantal actieve artsen in verhouding tot de bevolking. Dit houdt echter geen rekening met de activiteitsgraad (VTE) of andere nuances (7).

In de literatuur is onderzoek naar de reden waarom jonge huisartsen zich vestigen in bepaalde praktijken beperkt. Welke factoren HAIO's en recent afgestudeerde huisartsen aantrekken of juist afstoten in hun keuze is niet duidelijk. Echter lijkt het ons zinvol deze factoren in kaart te brengen, zodat hierop ingespeeld kan worden in de zoektocht naar nieuwe collega's en voor het aantrekken van huisartsen en huisartsen-in-opleiding in de huisartsarme gebieden.

Met deze masterproef willen wij onderzoek voeren naar de beslissende determinanten die en rol spelen tijdens de keuze van jonge huisartsen om zich te vestigen in een bepaalde praktijk of regio. Dit wensen we te doen aan de hand van individuele semigestructureerde interviews bij HAIO's en recent afgestudeerde huisartsen. Met de resultaten hopen wij bij te kunnen dragen tot het aanwerven van huisartsen, wat een meerwaarde kan bieden in huisartsarme regio's.

Onze onderzoeksvraag luidt als volgt: "Hoe maken beginnende huisartsen en huisartsen-in-opleiding een keuze om zich te vestigen in een bepaalde regio en praktijk?".
Met als subvraag: "Welke factoren beïnvloeden de keuze van jonge huisartsen om zich te vestigen in een (huisartsarme) regio?"

2. Literatuuronderzoek

Vooraleer we de dataverzameling aan de hand van semigestructureerde interviews konden aanvatten, wilden we eerst weten wat in de literatuur reeds beschreven was als beïnvloedende factoren voor vestiging van jonge huisartsen en hoe andere landen het probleem van een (huis)artsentekort probeerden aan te pakken. Vanuit de literatuur probeerden we een antwoord te formuleren op onze onderzoeksvraag, die we hieronder formuleren in het ECLIPS model.

Expectation: Onderzoek naar wat de verwachtingen van beginnende huisartsen en HAIO's zijn bij het kiezen van een vestigingsregio en praktijk.
Client group: Huisartsen en HAIO's.
Location: Huisartsenpraktijken in Vlaanderen.
Impact: Hoe beïnvloeden verschillende factoren (zoals werk-privé balans, opleidingsmogelijkheden, financiële overwegingen) hun keuze?
Professionals: Huisartsen en HAIO's.
Service: Het keuzeproces voor vestiging in een bepaalde regio en praktijk.

2.1. Methodologie

Zoekstrategie

De elektronische databanken 'Pubmed', Ebpracticenet' en 'Cochrane library' werden geraadpleegd tijdens het zoeken naar relevante artikels. Eveneens werd via Google Scholar en Cebam Digital Library for Health (CDLH) gezocht naar artikels. Deze zoektocht verliep aan de hand van volgende termen '*General practitioner'* en *'Physician'* gecombineerd met de termen *'Recruitment', 'Shortage', 'Rural areas'* en *'Choice of workplace'.* Vanwege een overmaat aan aantal artikels werd eveneens gesteld dat de hierboven beschreven termen aanwezig hoorden te zijn in de titel ofwel in de titel en/of het abstract van het artikel. Bij de elektronische databanken waarbij dit mogelijk was, werd op deze wijze gerichter gezocht.

De eerste selectie richtte zich op artikels met als onderwerp het probleem van (huis)artsentekort. De selectie werd gemaakt op basis van de titel van het artikel. Op deze manier werden 97 artikels geselecteerd.

In een tweede fase werden onderstaande inclusiecriteria toegepast tijdens het lezen van het abstract van de geselecteerde artikels. Zo werden van de oorspronkelijk 97 artikels, 34 artikels geselecteerd.
De volgende inclusiecriteria werden toegepast:

- Het artikel focust zich op het probleem van het huisartsentekort.
- Het artikel focust zich op de oorzaken van het huisartsentekort.
- Het artikel focust zich op oplossingen voor het huisartsentekort.
- Er is een "full text" beschikbaar van het artikel.
- De taal van het artikel is Engels of Nederlands.
- Het artikel is gepubliceerd in de periode 2015-2025.
- Het artikel is afkomstig van Westerse landen.

Opbrengst literatuuronderzoek

De opbrengst van ons literatuuronderzoek wordt in onderstaande tabel weergegeven (Tabel 1).

Tabel 1: Aantal artikels gevonden per zoekopdracht in onderzochte databanken.

	CDLH	**Google scholar**	**Pubmed**	**Ebpracticenet**	**Cochrane Library**
'General practitioner' + 'Recruitment'	41a	8a, 4b, **2c**	8a, 3b, **1d**		8a
'General practitioner' + 'Shortage'	41a	2a, 1b	1a		
'General practitioner' + 'Rural areas'	41a	7a, 4b, **2c**	2a, 2b		
'General practitioner' + 'Choice of workplace'	41a				
'Huisartsentekort'		1a, 1b, **1c**		5a	
'Physician' + 'Recruitment'	41a	86a, 16b, **5c**	25a, 8b		10a
'Physician' + 'Shortage'	41a	211a, 34b, **17c**	20a, 13b, **2d**		
'Physician' + 'Rural areas'	41a	39a, 7b, **4c**	11a, 2b		3a
'Physician' + 'Choice of workplace'	41a				

a: Aantal titels dat actief werd gelezen

b: Aantal abstracts die actief werden gelezen

c: Aantal gekozen artikels na toepassen van de inclusiecriteria

d: Aantal gekozen artikels na toepassen van de inclusiecriteria, exclusief artikels al geïncludeerd door middel van de databank Google Scholar

Om de kwaliteit van de geselecteerde artikels na te gaan, maakten we gebruik van criteria geïnspireerd op de *CAMELOT criteria*. De CAMELOT criteria, ofwel CochrAne qualitative MEthodological LimitatiOns Tool, worden specifiek ingezet bij kwalitatieve studies waarbij gekeken wordt naar de studieopzet (zoals methodologie en data-analyse) en factoren buiten de studie (zoals het doel van de studie en belanghebbers) (8).

2.2 Resultaten literatuuronderzoek

Met bovenstaande strategie vonden we volgend antwoord op onze onderzoeksvraag:

"Hoe maken beginnende huisartsen en HAIO's een keuze om zich te vestigen in een bepaalde regio en praktijk?".

Met als subvragen:

> "Welke factoren beïnvloeden de keuze van jonge huisartsen om zich te vestigen in een huisarme regio?"
>
> "Welke oorzakelijke factoren liggen aan de basis van huisartsarme zones?"

Allereerst wordt besproken wat de mogelijke redenen zijn voor het ontstaan en onderhouden van regio's met een (huis)artsentekort. Vervolgens kaarten we de factoren aan die de keuze tot het vestigen of blijven in deze regio's beïnvloeden. De meeste studies focussen op gebieden met een algemeen artsentekort, echter worden huisartsen hier telkens mee in benoemd en zijn deze studies eveneens relevant voor ons. Ten slotte bekijken we ook enkele geïmplementeerde beleidsvormen en diens effect op het artsentekort in bepaalde regio's.

Huisartsarme regio's: begint het al bij de start van de opleiding?

Moehling et al. (2020) merkte in de eerste twee decennia van de twintigste eeuw een verband op tussen het verstrengen van de toelatingsvoorwaarden tot de opleiding geneeskunde in de Verenigde Staten (VS) en het aantal afgestuurde artsen dat zich vestigde in rurale gebieden. Er was sprake van een afname van maar liefst 40%. Hoewel deze veranderingen zorgden voor een betere kwaliteit van medisch onderwijs en meer uniformiteit tussen de medische opleidingen, gebeurde dit ten koste van de toegankelijkheid voor potentiële artsen afkomstig van rurale gebieden. Verder zorgden de aanpassingen aan de opleiding geneeskunde in de VS voor een hogere kostprijs om geneeskunde te studeren, ten koste van een bepaald type en aantal studenten geneeskunde (9).

Door aanpassingen van de toelatingsvoorwaarden, waaronder het gebruik van gestandaardiseerde testen, tot de opleiding geneeskunde worden studenten met een hogere socio-economische status begunstigd. Hierdoor komt de verdeling van de studentenpopulatie niet overeen met deze van de algemene bevolking (10).

Ook in Australië is deze tendens opvallend. Het kost studenten met een rurale achtergrond meer moeite om te voldoen aan de toelatingscriteria tot de opleiding geneeskunde. Studenten uit rurale gebieden moeten zich meer inspannen op academisch vlak daar ze over minder ondersteuning beschikken, waaronder onvoldoende gefinancierde scholen en een tekort aan supplementaire academische cursussen (11).

Factoren met negatieve invloed op de vestiging of de retentie van artsen in rurale regio's

Europese, Australische en Noord-Amerikaanse studies vinden verschillende factoren die pas afgestudeerde artsen ontmoedigen om in rurale of (huis)arts arme regio's. De grootste doorslaggevende factor die bepaalt of artsen zich wel of niet vestigen in een ruraal gebied, is een rurale achtergrond of er een connectie mee hebben (12).

Pas afgestudeerde artsen geven verschillende barrières aan om zich te vestigen in een (ruraal) gebied met een artsentekort. Onvoldoende beschikbare informatie over de rurale regio, onduidelijke communicatie met gezondheidsautoriteiten, een ongelijke verdeling tussen ondersteuning en werklast en minder compensatie in rurale gebieden ten opzichte van stedelijke gebieden worden hierbij opgenoemd. Pas afgestudeerde artsen geven eveneens aan zich onvoldoende voorbereid te voelen om als huisarts te werken buiten stedelijke gebieden (12-14). Rurale artsen moeten significant meer vaardigheden onderhouden in de verschillende klinische gebieden ondanks hogere werkdruk, minder toegang tot continue medische educatie en beperkte overlegmogelijkheden met specialisten. Dit kan jonge artsen eveneens afschrikken om zich te vestigen in een ruraal gebied (15). Tenslotte zijn artsen die privéonderwijs genoten, minder geneigd om zich te vestigen in rurale gebieden (16).

Er zijn eveneens talrijke factoren die ervoor zorgen dat ruraal gevestigde artsen deze gebieden verlaten. Op werkvlak worden een hoge werkdruk, slechte werkzekerheid en onvoorspelbaarheid van het werk benoemd. Ook onvoldoende continuïteit van zorg en een laag patiënten volume dragen bij aan verlies van artsen. Doordat rurale gebieden vrij geïsoleerd zijn, zorgt dit eveneens voor een gevoel van professionele isolatie, zich vervreemd voelen van het reguliere onderwijssysteem, gebrek aan carrièremogelijkheden of trainingen en lange reistijden. Op financieel vlak geven artsen aan dat er gebrek is aan een rechtvaardig loon en onvoldoende opties voor huisvesting.
Door bovenstaande factoren verlaten artsen voornamelijk rurale regio's om een permanente eigen praktijk op te starten met meer stabiliteit en patiënten continuïteit te verkrijgen en beter financieel gecompenseerd te worden (14, 17, 18).

Tenslotte hebben vele pas afgestuurde artsen een specifieke voorkeur om zich te vestigen in een stedelijk gebied. Artsen in stedelijke gebieden hebben meer opportuniteiten om een hoger loon te verkrijgen door de kansen om zich verder te specialiseren en hogere vraag naar hun diensten. Dit samengaand met de hoge kostprijs om geneeskunde te studeren in de VS zorgt voor een voorkeur om zich te vestigen in een stedelijk gebied. Zeker gezien de toename in studieschuld wordt deze voorkeur versterkt (9, 19). Andere redenen waarom de voorkeur van artsen ligt bij stedelijke regio's, zijn de familiariteit met de regio en de kwaliteit van beschikbare scholen voor kinderen (16). De meerderheid van artsen heeft ook een hoogopgeleide partner. Er is hierbij een verband tussen samenzijn met een hoogopgeleide partner en het kiezen voor een stedelijk gebied. Echter is het absoluut verschil tussen artsen met en artsen zonder een hoogopgeleide partner slechts 2.9%, waardoor dit slechts een minimale bijdrage vormt aan het algemeen artsentekort in rurale gebieden (12, 20).

Motivatoren om artsen te lokken naar en behouden in rurale regio's

Het sterkst doorwegende verband met het vestigen van een arts in een rurale of (huis)arts arme regio, is een rurale achtergrond hebben en/of doorheen de opleiding en stages in aanraking zijn gekomen met ruraal gelegen praktijken (9-12, 15-19, 21-27). Ook een laag socio-economische achtergrond heeft een positief effect op het vestigen in rurale regio's (27). Hierop verder bouwend, ook artsen die zich identificeren met een minderheidsgroep, zullen eerder geneigd zijn zich in deze regio's te vestigen (25).

Verder wordt belang gehecht aan goede schoolvoorzieningen voor kinderen en kinderopvang en werkzekerheid voor de partner. Verbeteren van de algemene levenskwaliteit in rurale gemeenschappen en de gemeenschapsvoorzieningen, waaronder internet en verkeersverbindingen, kunnen mede de aantrekking tot een ruraal gebied vergroten. Een flexibel werkschema met optie tot deeltijds werken wordt ook als positief ervaren (12, 13, 17, 18, 23, 24).

Financiële compensatie wordt vooral benoemd in studies uitgevoerd in de Verenigde Staten, waaronder een hoger loon, voordelen op vlak van pensioensparen en zekerheid tot gewaarborgd loon. Hier wordt ook vermeld dat hulp aanbieden bij het afbetalen van de studieschuld indien artsen zich vestigen in rurale gebieden, als een sterke motivator wordt beschouwd. Terugbetaling van reiskosten en verblijf en voorzien worden van een beroepsaansprakelijkheidsverzekering werden minder vermeld (10, 16, 18, 19, 25).

Tenslotte hechten artsen ook belang aan de mogelijkheid tot hun vaardigheden te kunnen verbeteren en de mogelijkheid tot educatieve ondersteuning en bijscholingen (17, 18).

Beleidsvormen en hun effectiviteit op het artsentekort in bepaalde gebieden

In het Verenigd Koninkrijk heeft men het 10 Point Plan opgericht om door middel van tien acties met de focus op het rekruteren, behouden en terugkeren van huisartsen. Het rekruteren van huisartsen start bij de toelating tot de opleiding geneeskunde, waarbij de toelatingscriteria aangepast worden opdat studenten die meer waarschijnlijk kiezen voor eerstelijnszorg, worden toegelaten. Tijdens de opleiding zelf wordt huisartsgeneeskunde gepromoot en studenten krijgen meermaals de opportuniteit om stages te volgen binnen deze discipline, bij voorkeur in een huisartsarme regio. Ook is het plan dat huisartsen de kans krijgen zich verder te kunnen specialiseren. Om huisartsen te behouden gaat men investeren in retentieregelingen, de opleidingscapaciteit verbeteren en overbelasting door te hoge werkdruk voorkomen (17). Naast het 10 Point Plan geven **Dowel et al. (2015)** aan dat door het verbreden van de toegang tot de opleiding geneeskunde mogelijks meer artsen gerekruteerd kunnen worden van gebieden met een artsentekort. Gezien er een sterke correlatie is tussen de regio waar een arts van afkomstig is en de regio waar een arts zich vestigt, zou deze maatregel kunnen zorgen voor een toename van artsen in die regio's waar het nodig is (27).

Verschillende programma's zijn opgericht in Duitsland waarbij geneeskundestudenten in een rurale regio blijven werken voor een bepaalde periode nadat hun stage voltooid is. **Sapoutzis et al. (2022)** gaan na wat de voornaamste redenen zijn waarom studenten niet participeren aan het initiatief door middel van een vragenlijst onder geneeskundestudenten in de klinische fase. Deze omvatten: zich identificeren met een andere discipline, geen langdurige verbintenis willen aangaan en persoonlijke connecties hebben met een andere regio. Hoewel het aanbieden van dergelijke programma's helpt om studenten voor te bereiden en te motiveren om te werken als huisarts in rurale gebieden, moet er dus rekening gehouden worden dat velen zich nog niet willen binden aan een specifieke specialisatie of regio in een vroeg stadium (28).

Ook het Kaua'i Medical Training Track, opgericht voor Kaua'i dewelke onderdeel is van Hawaii, focust op het blootstellen van studenten aan dit ruraal gebied. Geneeskunde studenten hebben de kans om 15 maanden lang te leven en opgeleid te worden binnen de Kaua'i gemeenschap gedurende hun vier jaar durende opleiding. De resultaten van dit beleid zijn nog niet bekend (26).

Het Physician Shortage Area Program (PSAP) werd door Thomas Jefferson University (gelegen te Philadelphia, VS) in 1974 geïnitieerd. In dit programma worden geneeskunde sollicitanten specifiek geselecteerd op basis van hun achtergrond in een ruraal gebied en hun doel om zich later ook ruraal te vestigen. Doorheen de opleiding kregen deze studenten voortdurend begeleiding en klinische ervaring in rurale regio's. Dit programma bleek zeer succesvol. PSAP afgestudeerde artsen zijn 8.5 tot 9.9 keer meer waarschijnlijk om zich te vestigen in een rurale regio ten opzichte van hun collega's. Ook blijven zij op langere termijn werken binnen de rurale huisartsgeneeskunde, namelijk 70% werkt nog steeds ruraal na 20 jaar (29).

Bruce County (Ontario, VS) daarentegen heeft als rurale regio artsen kunnen rekruteren door middel van het aanmoedigen van contacten te leggen via sociale media met rurale artsen, co-op opportuniteiten aan te bieden (zoals zomerwerk en extra opleidingen), te assisteren voor

accommodaties op korte termijn, de levensstijl van de gemeenschap te promoten en informatie over recreatie, scholen en kinderopvang te voorzien (22). **Apana-Stipe et al. (2024)** haalt eveneens als beleidsvorming aan meer stages in rurale gebieden ter beschikking te stellen. Verder worden ook rurale studiebeurzen en initiatieven voor betere levenskwaliteit rurale gebieden aangehaald (24).

In Canada heeft het New Brunswick Preceptorship program, een postgraduaat stage in een klinische setting binnen deze huisartsarme regio, gezorgd voor een toename in het aantal artsen rekruteren (23).

Leifeld et al. (2024) bespreekt enkele mogelijke methoden om het artsentekort in de rurale gebieden in het Noord-Middenwesten van de Verenigde Staten te verminderen. Er is hierbij vooral sprake van een ongelijke verdeling van artsen verspreid over de regio. Volgende methoden worden aangehaald:

1. Loan Forgiveness Programs: hierbij worden artsen aangemoedigd zich te vestigen in regio's met een artsentekort. Als compensatie worden deze artsen ondersteund met de financiële last geassocieerd met de opleiding geneeskunde.
2. Interprofessional Collaboration: door middel van interprofessionele educatie en samenwerking wordt het tekort aangekaart zodat verschillende gezondheidswerkers samengebracht worden. Dit zorgt voor een betere samenwerking, betere patiënten uitkomsten en efficiëntere gezondheidszorgsystemen. Dit kan artsen aantrekken tot en behouden in regio's met een artsentekort.
3. Workforce Retention Programs en Professional Development Opportunities: deze omvatten initiatieven met betrekking tot het ondersteunen van continuïteit van medische educatie en ontwikkeling van carrièremogelijkheden. Het stimuleren van lange termijn verbintenissen en zorgen voor ondersteunende werkomgeving kunnen eveneens bijdragen tot het behouden van artsen (30).

Loan Forgiveness Programs en studiebeurzen worden in verschillende studies afkomstig van de Verenigde Staten als zeer effectief beschreven (11, 30-32). Artsen moeten zich hierbij vestigen in een Health Professional Shortage Area (HPSA), wat inhoudt dat de ratio tussen populatie en arts gelijk is aan 3.500 op 1 of meer. Verder heeft men ook het Health Professional Shortage Area Physician Bonus Program hier verder op gebaseerd waarbij artsen 10% extra betaald krijgen op verstrekkingen wanneer zij zich vestigen in een HPSA (32).

Het Song-Brown Program (in California, VS) sponsort assistentschappen binnen de eerstelijnszorg en is bedoeld voor artsen in opleiding afkomstig van minderheidsgroepen. De afgestudeerde artsen van dit programma zijn 40% meer waarschijnlijk om te gaan werken in een regio met een artsentekort (31).

Het rekruteren van internationale artsen wordt vermeld door **Ramonfaur et al. (2025)** waarbij Cubaanse artsen gerekruteerd werden om het tekort in rurale regio's te Mexico tegen te gaan. Nochtans vindt 30% van de artsen in Mexico geen werk binnen de gezondheidszorg. Meer kosten-efficiënte maatregelen moeten gericht zijn op een correctere verdeling van artsen doorheen de verschillende regio's, waarbij betere compensaties, arbeidsomstandigheden en ontwikkelen van een adequate infrastructuur als prioriteit worden benoemd (33). In de Verenigde Staten worden eveneens internationale studenten toegelaten tot de opleiding om tekorten tegen te gaan. Deze toekomstige artsen gaan zich namelijk sneller vestigen in rurale gebieden en gebieden met een artsentekort (11).

Het oprichten van geneeskunde opleidingen in gebieden met een artsentekort is een effectieve manier om artsen te behouden, echter vrij duur (19).

Akshay et al. (2019) geeft aan dat bij het oprichten van interventies er moet gekeken worden naar de determinanten van het artsentekort, waaronder zaken zoals geen rurale achtergrond hebben, een ontoereikende opleiding krijgen, tekort aan professionele ondersteuning, slechte infrastructuur op vlak van werk of ruraal, culturele verschillen en geen onderdeel zijn van een minderheidsgroep.
Vanuit dit perspectief worden volgende beleidsvormingen als meest adequaat ingeschat: het oprichten van rurale geneeskunde opleidingen, financiële interventies gericht op praktiserende artsen en studenten geneeskunde, wijzigingen aan het curriculum, professionele ondersteuningsstrategieën, selectieve toelating tot de opleiding geneeskunde en verplichte maatregelen waarbij studenten/artsen verplicht zijn te werken gedurende een bepaalde periode in rurale gebieden (34).

2.3 Conclusie van het literatuuronderzoek

Artsen met een rurale achtergrond of artsen die doorheen de opleiding in contact komen met ruraal gelegen praktijken, zullen zich eerder vestigen in een ruraal gebied. Verstrengde toelatingsvoorwaarden voor de opleiding geneeskunde en een hogere kostprijs voor de geneeskundestudies in de VS verlaagden de toegankelijkheid voor potentiële artsen afkomstig van die rurale gebieden. Artsen die zich identificeren met een minderheidsgroep, zijn eerder geneigd zich in deze regio's te vestigen.

Negatief beïnvloedende factoren voor een vestiging van artsen in rurale gebieden zijn onder andere de hogere werkdruk en de ongelijke verdeling tussen ondersteuning en werklast. Verder worden minder mogelijkheden tot continue professionele ontwikkeling en overleg met specialisten, het gebrek aan carrièremogelijkheden, lange reistijden en gebrek aan huisvestiging/scholen voor de kinderen aangehaald als factoren die een negatieve impact hebben op de beslissing om zich te vestigen in een rurale regio. Daarentegen worden goede schoolvoorzieningen voor de kinderen, kinderopvang en werkzekerheid voor de partner als positieve factoren aangehaald. Verder kan de aantrekking vergroot worden door goede gemeenschapsvoorzieningen (internet en verkeersverbindingen) en een flexibel werkschema met optie tot deeltijds werken. Financiële compensatie met hogere lonen, voordelen op pensioensparen en gewaarborgd loon zijn een sterke motivator in de VS, waar studieschuld een grote factor speelt. Hulp bij het afbetalen van deze studieschuld bij vestiging in rurale gebieden, wordt als sterke motivator beschouwd.

Volgende beleidsmaatregelen worden als meest adequaat ingeschat: het oprichten van rurale geneeskunde opleidingen, financiële incentives voor praktiserende artsen en studenten geneeskunde, wijzigingen in het curriculum, professionele ondersteuningsstrategieën, selectieve toelating tot de opleiding geneeskunde en verplichte maatregelen waarbij studenten/artsen verplicht zijn te werken gedurende een bepaalde periode in rurale gebieden

Als kanttekening bij deze resultaten moeten we vermelden dat niet alle resultaten geëxtrapoleerd kunnen worden naar de Vlaamse situatie. Het merendeel van de geïncludeerde studies zijn afkomstig van de Verenigde Staten, waar zowel de criteria voor huisartsarme regio's, als de demografie en de opleiding geneeskunde verschillend zijn ten opzichte van deze in Vlaanderen. Factoren zoals

studieschuld en ingangsexamens zijn niet overal van toepassing en spelen een belangrijke rol in de demografie van huisartsen. Ondanks deze verschillen, waardoor bepaalde resultaten minder relevant zijn voor ons onderzoek, schetsen deze studies een ruimer beeld van wat reeds geweten is over het onderwerp.

Wij zijn van mening dat deze ruime zoekopdracht toch onvoldoende duidelijkheid schept over het keuzeproces van jonge huisartsen in Vlaanderen om zich in een bepaalde regio of praktijk te vestigen. Het blijft onduidelijk welke factoren het meeste invloed hebben in dit proces. Vandaar dat we aan de hand van individuele semigestructureerde interviews verder onderzoek zullen voeren naar dit onderwerp.

3. Veldonderzoek

3.1 Inleiding

Het studieopzet betrof een descriptief kwalitatief onderzoek met individuele semigestructureerde interviews bij huisartsen-in-opleiding en jonge huisartsen. Tijdens dit onderzoek wensten we antwoord te bekomen op de onderzoeksvraag: “Hoe maken beginnende huisartsen en huisartsen-in-opleiding een keuze om zich te vestigen in een bepaalde regio en praktijk?”.
Met als subvraag: “Welke factoren beïnvloeden de keuze van jonge huisartsen om zich te vestigen in een (huisartsarme) regio?”

3.2 Methodologie

Onderzoeksetting en populatie
Dit onderzoek kaderde zich binnen de master-na-master huisartsgeneeskunde. Het onderzoek vond plaats in Vlaanderen waarbij huisartsen-in-opleiding verbonden aan de Vlaamse universiteiten en jonge huisartsen werkzaam in Vlaanderen werden geïnterviewd. Jonge huisartsen werkten minder dan of gelijk aan 3 jaar in een huisartsenpraktijk in Vlaanderen.

Inclusiecriteria

- Huisarts-in-opleiding, werkzaam in Vlaanderen, verbonden aan een Vlaamse universiteit
- Recent afgestudeerde huisartsen, minder dan 3 jaar afgestudeerd aan een Vlaamse universiteit, werkzaam in Vlaanderen

Exclusiecriteria

- Meer dan 3 jaar afgestudeerd als huisarts
- Werkzaam buiten Vlaanderen, België
- Taalbarrière die een vlot interview verhindert

HAIO’s en jonge huisartsen werden gerekruteerd via een oproep in de ICHO-nieuwsbrief en via Domus Medica. Op deze manier konden we alle HAIO’s en een groot deel van de jonge huisartsen op de hoogte brengen van onze masterproef. Verder spraken we ook potentiële kandidaten persoonlijk aan om deel te nemen aan ons onderzoek.

Datacollectie

Datacollectie gebeurde door middel van semigestructureerde individuele interviews. Op deze manier kon er, afhankelijk van de antwoorden van de deelnemers, van de oorspronkelijke vraag worden afgeweken om telkens nieuwe thema's te investigeren. De keuze voor individuele interviews werd gemaakt in kader van de persoonlijke meningen die zouden bevraagd worden.

De interviews werden afgenomen worden tussen januari 2025 en april 2026. De gesprekken werden gevoerd aan de hand van een topiclijst (zie bijlage). Deze werd opgesteld aan de hand van het literatuuronderzoek. Deze topiclijst houdt de onderwerpen en vragen in die aan bod kwamen tijdens de interviews.
De volgende topics kwamen aan bod: de huidige regio en praktijk waar ze werken, bij HAIO's vragen naar hun oorspronkelijke ideeën, hoe ze tewerk zijn gegaan bij de zoektocht naar een praktijk, wat meespeelde in hun keuze, breekpunten in het keuzeproces, visie over werken in eerder rurale streken en tenslotte het toekomstperspectief (voor HAIO's van belang gezien deze nog gaan moeten kiezen en voor de jonge collega's eerder met betrekking tot standvastigheid).

De interviews werden afgenomen door de onderzoekers (LC en XL). Tijdens het interview met de deelnemer werd het gesprek opgenomen door middel van offline opnameapparatuur zoals gsm. De interviews werden onmiddellijk overgezet op een beveiligde computer en verwijderd van het opnameapparaat. Op deze manier konden de interviews opnieuw beluisterd worden. Tijdens het interview werd er gebruikt gemaakt van veldnotities die mee in achting werden genomen tijden de data-analyse.

Data-analyse

De data werd geanalyseerd met behulp van een thematische analyse en omvatten de volgende fases.

Na de opname van de interviews, werden deze ad verbatim uitgeschreven. In een eerste fase van familiarisatie met de data, werden deze meermaals doorgelezen. De tweede fase bestond uit het coderen van de interviews waarbij zo dicht mogelijk bij de tekst werd gebleven (descriptieve codering). Elk van de twee HAIO's (LC en XL) codeerden onafhankelijk een eerste interview. Om de werkelijkheid van de respondent zo goed mogelijk te benaderen werden deze aangevuld met de persoonlijke notities van de interviewer. Het coderen gebeurde manueel met het programma Excel. De derde stap bestond uit het reorganiseren van de codes met het formuleren van interpretatieve codes (axiale codes). Deze codes werden gegroepeerd in een codeboek. Dit codeboek werd eveneens gebruikt om de volgende interviews te coderen.

Een analyse van de individuele interviews werd uitgevoerd om de nieuwe informatie te verzamelen tot datasufficiëntie werd bereikt.

Tussen de verschillende codes werd gezocht worden naar verbanden. Deze wederkerende thema's gaven 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 uitgeschreven interviews zullen bewaard worden op een OneDrive van de UA. De data zullen eveneens door de promotor op een beveiligde sectie van de OneDrive van de UA gedurende 20 jaar bewaard worden.

Kwaliteitsbeoordeling

Door gebruik te maken van semigestructureerde interviews via audioscript, kon de data meermaals gecontroleerd worden. Op deze manier bleven de thema's nauw aansluiten bij de visie van de participant en was er minder ruimte voor de subjectieve interpretatie van deze gegevens door de onderzoeker. Door 'member checking' kon afgetoetst worden of de beschrijvingen van de thema's en concepten overeenstemden met het onderwerp dat besproken wordt.

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

Goedkeuring Ethisch Comité en dataprotectie

Goedkeuring voor deze studie van het Ethisch Comité UZA/Universiteit Antwerpen werd bekomen op 16/12/2024. (Project ID 7135)

Voor deelname aan het interview werd door de deelnemers een Informed Consent formulier ondertekend (zie bijlage). Hierin werd het beloop van de studie en verwerking van de gegevens besproken. De toestemming kon gedurende het beloop van de studie ingetrokken worden. Persoonsgegevens werden gespneudonimiseerd.

De ingevulde Informed Consent formulieren, samen met de demografische vragenlijsten en transcripties van de afgenomen interviews zullen bewaard worden gedurende een periode van 20 jaar door de promotor van deze masterproef, Prof. Em. Dr. Lieve Peremans, op de beveiligde OneDrive van de Universiteit Antwerpen.

3.3 Resultaten

Gedurende de periode van januari 2025 tot en met april 2026 voerden we 10 semigestructureerde interviews uit, waarna er dataverzadiging optrad. Voorafgaande deze interviews bezorgden we de deelnemers een korte vragenlijst met demografische kenmerken, waarvan we de resultaten in tabel 2 weergeven.

Tabel 2. Demografische kenmerken van de deelnemers

Geslacht	Vrouw: 10 Man: 0
Leeftijd	25 tot 34 jaar
Aantal deelnemers per fase van de opleiding	Fase 1: 1 Fase 2: 3 Fase 3: 4
Aantal deelnemers per duur (in jaren) afgestudeerd als huisarts	1: 0 2: 2 3: 0
Universiteit waaraan het diploma werd behaald	UAntwerpen: 9 UGent: 1 VUB, KU Leuven: 0

Uit de semigestructureerde interviews weerhouden we volgende thema's als antwoord op onze primaire onderzoeksvraag "Hoe maken beginnende huisartsen en HAIO's een keuze om zich te vestigen in een bepaalde regio en praktijk?" : praktijkorganisatie, agenda-indeling, locatie/logistiek en samenwerking/visie.

Praktijkorganisatie

Een eerste thema is praktijkorganisatie, wat inhoudt hoeveel vaste artsen en welke disciplines in de praktijk aanwezig zijn, de keuze tot het hebben van een (tele)secretariaat en via welk betalingssysteem de praktijk werkt.

Uit de interviews werd eenduidig door jonge artsen verkozen om te werken in een groepspraktijk. Hierbij werden drie collega's als aangenaam minimum gezien en verkoos de meerderheid voor een samenwerking met maximaal vijf artsen. Dit werd beargumenteerd met het garanderen van zorgcontinuïteit bij uitval van een collega en de mogelijkheid tot flexibiliteit naar (verlof)planning toe. Meer dan vijf huisartsen in de praktijk zou daarentegen de samenwerking bemoeilijken, doordat er meer kans is op verschillende visies evenals de noodzaak tot meer vergaderingen. In de interviews gaf de meerderheid aan dat ze zich niet zouden aansluiten bij een solo-arts, ook wensten ze zelf niet als solo-arts te werken.

"Wat ik wil meenemen is het groepspraktijk gebeuren. Verschillende artsen zijn een meerwaarde, ik zou nooit willen werken in een solopraktijk of maar met 2 artsen."

Citaat L1, HAIO fase 2, vrouw 27 jaar

“Ik zou ook een groepspraktijk willen en geen solopraktijk. Zeker een groepspraktijk. Omdat dat ook gewoon meer flexibiliteit geeft.”

Citaat L4, HAIO fase 3, vrouw 27 jaar

“Zes vaste artsen, denk ik, is te veel. Omdat je heel moeilijk, hé, het kleinste ding moet eigenlijk overlegd worden, want je bent met zoveel. Je moet met veel meer overleggen, het is moeilijker om overeen te komen. Je gaat meer en meer uw eigen wil moeten opzijzetten om tot een gezamenlijk besluit te komen. Dus da’s wel te veel.”

Citaat X2, HAIO fase 3, vrouw 27 jaar

Multidisciplinair werken werd door vele jonge artsen aangehaald als een meerwaarde, maar was geen noodzakelijke factor om zich te vestigen. Verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk zorgen voor verbetering van de zorg voor patiënten en verminderen van de werklast voor de artsen, waardoor deze samenwerking als een aantrekkende factor wordt beschouwd. Andere disciplines die benoemd werden, waren kinesisten, psychologen, sociaalassistenten, diëtisten en podologen.

“Dat is zeker geen must, maar wel een heel handige. Ik heb in de ene praktijk al samengewerkt met kinesisten, psychologen, diëtisten en podoloog. Op zich denk ik dat eender welke discipline dat je kan toevoegen wel interessant is binnen de eerste lijn. Dus ik denk dat dat voor mij absoluut niet per se de ene meer voorkeur heeft dan de andere.”

Citaat X5, Huisarts, vrouw 28 jaar

Meer op de voorgrond dan bijkomende disciplines in de praktijk hebben, was de aanwezigheid van een (tele)secretariaat. Op vlak van onthaal was er een duidelijke voorkeur van werken met een (eventueel halftijds) fysiek onthaal in combinatie met een online-agendasysteem. De afwezigheid van een fysieke onthaalmedewerker werd door meerdere deelnemers als reden benoemd om zich niet te vestigen. Het zelf moeten verzorgen van de telefonie tijdens consultaties werd als onaangenaam ervaren, en had een impact op de kwaliteit van zorg en mentale rust van de jonge artsen.

“Wat voor mij een dealbreker is, is wanneer je zelf de telefoon moet doen tijdens de consultatie. Ik word daar helemaal gek van. Geen fysiek secretariaat of een telesecretariaat zou voor mij wel een dealbreaker zijn.”

Citaat L5, HAIO fase 1, vrouw 26 jaar

“Online inboeken is wel een vereiste. En dan ook de mogelijkheid om telefonisch afspraken te maken via een secretariaat voor oudere mensen of dringende zaken.”

Citaat L1, HAIO fase 2, vrouw 27 jaar

“Ja... is er totaal geen onthaal is, dan is dat wel een afknapper (om mij te vestigen).”

Citaat L2, HAIO fase 2, vrouw 25 jaar

“Een secretariaat is zeker een must, geen telefoon tijdens de consultaties. Het liefst zou ik hebben dat het secretariaat er een hele dag is, maar allé, een halve dag is al een goed begin.”

Citaat X1, HAIO fase 2, vrouw 27 jaar

Over het betalingssysteem van de praktijk, namelijk forfaitair, new-deal of prestatiegeneeskunde, was geen duidelijke consensus. Ervaringen uit de huisartsenstages en –opleiding speelden hierbij een rol. De meerderheid zag in de verschillende systemen diens voor- en nadelen en gaf aan dat het type betalingssysteem geen invloed zou hebben op de keuze voor zich al dan niet te vestigen.

"Theoretisch gezien spreekt forfaitair of een nieuwe deal concept mij wel aan, maar ik vind het moeilijk om dat te beslissen zonder gewerkt te hebben in ons systeem."

Citaat L2 , HAIO fase 2 , vrouw 25 jaar

"Dat is het enige waar ik tegen bots als het op forfaitair komt, dat verplicht stukje rond je moet met die en die en die samenwerken. Daar heb ik zelf zowat mijn twijfels bij. Omdat ik ook denk, ik snap ook dat mensen soms met mensen geen klik hebben."

Citaat X5, Huisarts, vrouw 28 jaar

Agenda-indeling

Een andere thema dat een rol speelde in de keuze van jonge huisartsen om zich al dan niet te vestigen is de agenda-indeling/uurrooster. Dit thema omvat zowel de opdeling van de werkuren als de verlofregeling.
Ingeplande overlegmomenten werden als positief beschouwd. Verder wordt dit thema uitgebreider besproken. Het belang van inspraak en flexibiliteit in de agenda werd ook naar voor geschoven.

"Ik denk,... soms heb ik ook het gevoel dat de dagindeling niet altijd even eerlijk verdeeld is of zo, qua dagdelen. Dat er zo... Dat het precies niet altijd even eerlijk is... Dat ik vaak het gevoel heb dat het altijd dezelfde zijn die altijd daar tot laat zitten en altijd dezelfde zijn die vroeger door gaan, maar dat is natuurlijk iets dat je als HAIO niet veel over hebt te beslissen. Dus daar zou ik denk ik, zelf iets meer inspraak willen hebben in mijn uren en in de hoeveelheid dat je daar dan in steekt."

Citaat X1, HAIO fase 3, vrouw 27 jaar

De meerderheid van de geïnterviewde huisartsen opteerde voor een dag(deel) vrij te hebben, maar stond wel open om vroege en late uren te werken op andere dagen. Een goede regeling van de huisbezoeken was hierbij ook een belangrijke factor. Dagelijks huisbezoeken op de planning werd als afknapper gezien.
Binnen dit thema vermeldden jonge artsen eveneens dat ze een praktijk met de mogelijkheid van langer verlof te nemen verkozen. Ook werd door jonge artsen met een kind of kinderwens aangehaald dat een eerlijke verdeling van de schoolvakanties een grote meerwaarde is.

"Ik denk, voor nu is het helemaal oké om buiten de schoolvakantie (vakantie te nemen). Vanaf dat je kinderen hebt, denk ik wel dat het fijn is om daarin overeen te komen. Als je allemaal kinderen hebt, ja, dan moet je afspraken maken. Die neemt de kerstvakantie, of die neemt dan de paasvakantie. Dat niet altijd dezelfde de schoolvakanties neemt, en dat je dan de zomer opsplitst."

Citaat X1, HAIO fase 3, vrouw 27 jaar

Logistiek/locatie

Een derde thema dat we weerhielden tijdens de interviews was logistiek/locatie. Dit thema omvat de locatie, afstand en bereikbaarheid tussen werk-privé en van huisbezoeken; de structuur van het praktijkgebouw en de regeling van de wachtpost.

Qua bereikbaarheid werd er over het algemeen verkozen om geen grote afstanden naar het werk af te leggen. Er werd over fietsafstand en vlotte pendelafstand gesproken, en er waren dus onderling wel verschillen over wat onder deze goede bereikbaarheid valt. De meerderheid had de voorkeur om met de fiets naar het werk te gaan en zich ook op die manier voor de huisbezoeken te verplaatsen.

"Ik vind dat [afstand tussen woonst en werk] een superbelangrijke factor en ook omdat mijn ziekenhuisstage in Bonheiden was, dus ik heb echt goed kunnen ervaren hoe het is om verder te moeten pendelen en dat was echt heel verschrikkelijk. Altijd file en lang onderweg. Je bent moe. Dus ik vind dat superbelangrijk. Door die ziekenhuiservaring heb ik echt besloten voor mezelf dat ik nooit ver weg van mijn werk wil zijn, dat ik er nooit zo'n grote afstand voor wil afleggen."

Citaat L3, HAIO fase 2, vrouw 26 jaar

"Ik zou wel liefst met de fiets ook doen. Ik vind dat ook makkelijker dan met de auto, met dat parkeren en plek zoeken. In de auto zitten vind ik niet zo heel leuk, dus ik zou wel voorkeur hebben voor de fiets en niet te ver inderdaad."

Citaat X4, Huisarts, vrouw 29 jaar

"Met de fiets kunnen gaan zou een pluspunt zijn, maar eigenlijk maakt het niet zo veel uit. Ik heb een auto dus geen probleem zolang er dan wel parkeerplaats is."

Citaat L4, HAIO fase 3, vrouw 27 jaar

De meerderheid verkoos niet te wonen in het dorp/de gemeente waar ze zouden werken, voornamelijk om werk en privé voldoende gescheiden te kunnen houden.

"Mijn vorige praktijk was zo'n 20 min fietsen qua afstand, dat vond ik perfect. Ik woonde ook niet in het dorp van mijn praktijk, maar er net buiten. Ik wil niet te dicht wonen, zodat ik niet constant mensen tegenkomen en ook wat kan ontspannen en genieten op de weg van en naar huis."

Citaat L1, HAIO fase 2, vrouw 27 jaar

Het uitvoeren van wachtdiensten vanuit een georganiseerde wachtdienst genoot de voorkeur bij huisartsen die in stedelijke context werkzaam zijn, waarbij voornamelijk de weekendwachten vanuit de wachtpost georganiseerd dienen te worden. In de week gaven enkele artsen aan dat weekwachtdiensten vanuit de wachtpost als te druk ervaren werden, waardoor ze daags nadien geen volledige werkdag wensten te werken. Anderen vonden wachten van thuis uit juist erg onaangenaam en een afknapper voor een toekomstige werkplek. Dit kwam voornamelijk voort uit het gevoel van onveiligheid bij nachtelijke huisbezoeken en gebrek aan logistieke ondersteuning.

"Qua wachtpost vind ik het wel fijn dat de permanentie geregeld is met een wachtpost en niet van de eigen praktijk of van thuis uit. Ik zou wel echt verkiezen in zo'n wachtsysteem te werken."

Citaat L4, HAIO fase 3, vrouw 27 jaar

*"Wat ik dus niet graag doe, zijn weekwachten van thuis *lacht*, ik zou dat echt veel liever in de wachtpost doen. Sommigen zeggen "het heeft wel het nadeel dat mensen staan te wachten al aan de wachtpost om 18u", maar, goh, ik vind dat toch fijner werken dan zo midden van de nacht ergens zonder dat iemand het weet naartoe rijden of die komen bij u op de praktijk. Ik vind dat allemaal toch niet zo… aangenaam, niet zo veilig, ja."*

Citaat X1, HAIO fase 3, vrouw 27 jaar

Een uitgeruste praktijk met mooi kabinet en goede infrastructuur werd ook als aantrekkende factor benoemd, evenals bereikbaarheid en toegankelijkheid zoals bijvoorbeeld enkele parkeerplaatsen voor patiënten voorzien en het gebouw rolstoeltoegankelijk maken.

"Onze praktijk ligt aan een bushokje, we hebben ook een parking ernaast gekocht. We hebben natuurlijk ook zelf de praktijk uitgebouwd, in de praktijk ook zorgen dat je de toegankelijkheid hebt voor rolstoelen. Je begint dan een praktijk te bouwen, welke architect kan dat? Daar hebben we wel heel hard naar gekeken. En qua locatie ook, ik denk dat eigenlijk de bereikbaarheid het allerbelangrijkste is."

Citaat X5, Huisarts, vrouw 28 jaar

Samenwerking en visie

Een laatste thema dat aan bod kwam, is samenwerking en visie. Hieronder vallen de eerder vermelde overlegmomenten, waarbij medisch inhoudelijk overleg in team als meerwaarde wordt beschouwd, alsook ongeplande overlegmomenten met collega's.

"... ingepland overleg, medisch inhoudelijk dan, is een must."

Citaat L1, HAIO fase 2, vrouw 27 jaar

"Wat ik ook wel belangrijk vind, is eigenlijk bijscholingen in de praktijk. [...] *Dat kan zijn in de praktijk zelf dat er iemand komt om dingen uit te leggen of ergens gezamenlijk naartoe te gaan. Dus dat vind ik zelf ook wel een belangrijke ontwikkeling die wel een plek moet krijgen in de praktijk."*

Citaat X3, HAIO fase 3, vrouw 34 jaar

Samen lunchen, activiteiten in team en algemeen een goede groepssfeer werden als erg belangrijk ervaren bij de keuze om zich al dan niet aan te sluiten bij een team.

"Ja, ik heb je echt gemerkt dat ik fijne collega's waar ik goed mee overeenkom het belangrijkste vind. Dat je zo tijdens de middag kunt lachen of even snel tussen de patiënten door kunt babbelen of dat je echt gewoon goed mee overeenkomt, niet enkel, ja, professioneel gericht. Dat je jezelf goed voelt in de groep en gewoon overeenkomt en ook plezier hebt op het werk."

Citaat L3 , HAIO fase 2, vrouw 26 jaar

"Wat ik heel belangrijk vind, is dat je als groepspraktijk ook echt als groep samenwerkt en je niet een groep individuele artsen bent. Waar perfect mensen in kunnen werken, maar dat vind ik zelf niet zo fijn."

Citaat X5, Huisarts, vrouw 28 jaar

Het opleiden van HAIO's en stagiaires werd als een aantrekkelijke factor gezien, waarbij verschillende HAIO's en huisartsen vermeldden dat ze dit in de toekomt graag op zich zouden willen nemen. Ook stage of opleiding als HAIO binnen een praktijk gedaan hebben, bleek een motiverende factor, op voorwaarde dat deze stage natuurlijk een aangename ervaring was.

Binnen het team werd ook verwacht dat er een gelijklopende visie en ideologie heerst, zowel op vlak van evidence-based geneeskunde beoefenen, als in voorschrijfgedrag en aandacht voor preventie.

"Iemand die voor alles antibiotica geeft, daar zal ik al niet bij passen, of iemand die voor iedereen Zolpidem® voorschrijft, dat gaat niet marcheren."

Citaat X2, HAIO fase 3, vrouw 27 jaar

Factoren met betrekking tot het werken in rurale en huisartsarme zones

Tenslotte werden er verschillende beïnvloedende factoren vermeld om het werken in rurale en huisartsarme zones meer of minder aantrekkelijk te maken.
Allereerst werd door meerdere participanten aangegeven dat een collegiale sfeer en eenzelfde visie harder zouden doorwegen dan eventuele financiële voordelen. Het kennen van de huisartspraktijk vanuit stage of HAIO-schap zou hierbij helpen, als er een goede samenwerking was met de vaste collega's. Ook zouden huisartspraktijken in een huisartsarme zone jonge collega's kunnen aantrekken door het organiseren van evenementen, om zo meer zichtbaarheid te krijgen en het verspreiden van enthousiasmerende vacatures.

"Ik denk wat het belangrijkste is, is dat je gewoon een goede klik hebt met je collega's, dat je daar goed mee overeen komt, dat je daarbij terecht kunt. Ook wel tof denk ik, om 's middags samen te kunnen eten, dat niet iedereen zich afzondert, en dat je dan ook gewoon eens kunt praten over iets helemaal anders, of gewoon over patiënten maar dat je zowat samen zit."

Citaat X1, HAIO fase 3, vrouw 27 jaar

Nochtans zouden bepaalde maatregelen vanuit bestuursorganen, zoals financiële ondersteuning of ter beschikking gestelde voorzieningen het vestigen in een huisartsarme zone wel kunnen faciliteren. Voorbeelden die hiervan werden aangehaald waren subsidies of de aanwezigheid van een praktijkgebouw met voldoende kabinetten. Ook het ondersteunen van bestaande huisartspraktijken in huisartsarme zones zou kunnen bijdragen. Meer specifiek werd door één van de jonge artsen vermeld dat solo-artsen vaak niet de ruimte hadden om een collega te laten aansluiten in hun praktijk en dat bij het vervangen van één solo-arts bij pensioen er vaak noodzaak was van meerdere jonge huisartsen om de werkdruk op te vangen door de verschuiving in aantal werkuren tussen de oudere en jongere generatie huisartsen.
Aansluitend hierop werd angst voor een te hoge werkdruk met lange werkuren en een slechte 'work-life' balans vermeld als reden om niet wensen te werken in een huisartsarme zone. Echter werd ook aangegeven dat er een zekere angst is om overvraagd te zijn bij het opstarten van een eigen praktijk en onvoldoende werk te hebben. Er was bij deze jonge huisarts de noodzaak tot het opstellen van een wachtlijst om aan te tonen dat er voldoende omzet zou zijn om een lening te kunnen afbetalen.

"Als je dan een solo-arts wilt vervangen, ben je er met twee nodig, want die solo-arts werkt van 8u 's ochtends tot 8u 's avonds. Dus je bent met twee nodig en dan moet je eigenlijk een tweede persoon

vinden en dan, ja, de locatie en die dingen. Maar ja, nu op zich, allé, als je met drie bent en je wilt in die praktijk starten, is dat perfect, maar dan moet je nog twee andere mensen hebben. [...] *Als je al ergens vertrouwd bent, dan ga je daar gemakkelijk blijven. Maar ik denk dat er heel veel solo-artsen zijn die dat niet doen* [HAIO opleiden] *en dat er heel veel solo-artsen zitten waar je niet gewoon bij kunt, en dat als je start, dat je er niet bij kunt starten. Dus eigenlijk zou je plaats moeten hebben waar je bij kunt starten, dat je niet zelf helemaal van nul moet starten. Want dat merk ik wel aan de mensen die in huisartsarme zones zitten, wonen, die gaan meestal naar praktijken waar ze bij kunnen eerst en dan kunnen blijven als ze willen."*

Citaat X2, HAIO fase 3, vrouw 27 jaar

"... praktijken met te weinig artsen of veel te veel GMD's, waar de patiënten niet terecht kunnen of weken moeten wachten, daar zou ik niet willen werken. Ik wil dat patiënten voor iets dringend de dag zelf of de dag nadien terecht kunnen. Ik zou er niets mee inzitten om voor dringende zaken langer te werken, maar dat mag dan geen dagelijkse gewoonte worden waarbij je constant over de eigen grenzen heen moet gaan omwille van een grote werkdruk. "

Citaat L2, HAIO fase 2, vrouw 25 jaar

"Als je ergens als huisarts begint, dat je ook wel denkt van "Shit, ga ik ook niet overvraagd zijn?". Ik denk dat dat ook wel meespeelt. Ik zou niet echt weten wat daar echt de oplossing is. [...] *Wij hebben toen ook wel echt een wachtlijst aangelegd, want de bank wou ons ook niet echt geld geven, omdat ze vroegen naar bewijs of wij ook wel echt patiënten zouden hebben. Wij hebben een wachtlijst aangelegd, en dat vult supersnel hé, daar komt kei veel volk op terecht. Natuurlijk daar zit altijd een wachttijd tussen, dus soms vinden mensen ondertussen al hulp ergens anders. Maar ik denk inderdaad dat vanuit de gemeente dat mensen zonder huisarts zich kunnen aanmelden en dat er een soort wachtlijst komt."*

Citaat X5, Huisarts, vrouw 28 jaar

Naast de huisartspraktijk werd aangegeven dat een duidelijk overzicht van het zorglandschap en de optie tot laagdrempelig contact met de tweede lijn zou helpen om te vestigen in een huisartsarme zone, om op deze manier bijkomende ondersteuning te krijgen als huisarts.

Als onderliggende oorzaak van het huisartsentekort in bepaalde regio's kwam het ingangsexamen naar voren, waarbij enkele participanten aangaven dat er zo potentiële huisartsen voor deze regio's niet aan de opleiding zouden kunnen beginnen. Vanuit de opleiding zou meer aandacht besteed moeten worden aan huisartsgeneeskunde en meer specifiek huisartsgeneeskunde in rurale en huisartsarme zones. Verplichte stages in deze regio's evenals meer en/of langere verplichte huisartsenstages zouden een optie kunnen zijn. Niet elke participant zou dit fijn vinden omwille van praktische overwegingen, waaronder het pendelen tot de stageplek.
Wat nog als behulpzaam werd benoemd, waren de georganiseerde speeddates voor afstuderende huisartsen om een huisartspraktijk te vinden om bij aan te sluiten.

4. Discussie

In dit kwalitatief onderzoek naar het keuzeproces van HAIO's en startende huisartsen om zich te vestigen in een bepaalde regio en praktijk en de beïnvloedende factoren om zich al dan niet te vestigen in een huisartsarme zone, weerhielden we vier thema's waarin de determinanten ingedeeld konden worden,namelijk: "praktijkorganisatie", "agenda-indeling/uurrooster", "logistiek/locatie" en "samenwerking en visie".

Vergelijking met de literatuur

Als we de resultaten van onze interviewstudie vergelijken met de negatieve en motiverende factoren die in ons literatuuronderzoek naar boven komen, zien we enkele overeenkomsten.

Factoren met een negatieve invloed om zich te vestigen in een rurale regio, met uitbreiding de huisartsarme regio's, die in de literatuur werden beschreven en ook door participanten benoemd werden in de interviews zijn de (veronderstelde) hoge werkdruk en lange reistijden (12-15, 17, 18). Afstuderende artsen voelen zich ook onvoorbereid vanuit de opleiding om in deze regio's aan de slag te gaan. De afwezigheid van een ziekenhuis in de buurt, of toch de drempel om hiernaar te verwijzen of met specialisten te overleggen, vormen barrières waardoor enkele jonge huisartsen zich onzeker voelen om zich daar te vestigen. Zowel in de literatuur als in de interviews wordt vermeld dat er onvoldoende informatie beschikbaar is over huisartsarme zones, zoals welke zones specifiek huisartsarm worden beschouwd, wat de verwachte werkdruk is in deze zones en wat hun zorglandschap is.

Motiverende factoren om artsen te werven en behouden in de rurale en huisartsarme zones die werden beschreven in de literatuur waren grotendeels verschillend van de factoren die naar boven kwamen in onze semigestructureerde interviews. Een gelijkenis was dat een flexibel werkschema met optie tot deeltijds werken als motiverende factor werkte. Het werken in rurale gebieden tijdens de opleiding door middel van stage of het hebben van een rurale achtergrond, waren motiverende factoren om zich uiteindelijk daar te vestigen (17, 24, 26-29). In de literatuur werd eveneens vermeld dat ingevoerde selectieprocessen tot de studie geneeskunde een negatieve invloed had op het rekruteren van studenten met een rurale achtergrond (9-11). Gezien in Vlaanderen er ook sprake is van een toelatingsexamen tot de studie geneeskunde, zou dit mogelijks ook effect kunnen hebben op een kleiner percentage personen met rurale achtergrond. Hier is niet dieper op ingegaan tijdens de interviews.

Verschillen kunnen toegeschreven worden aan de verschillen in de organisatie van de gezondheidszorg en de verspreiding ervan over het grondgebied tussen Vlaanderen versus Amerika en Australië, waarop de meerderheid van de literatuur gebaseerd is. Dat ons onderzoek meer de nadruk legde op huisartsarme gebieden en niet zo zeer de rurale gebieden, wat in het buitenland een andere betekenis heeft dan hier, kan ook een verklaring zijn voor de uiteenlopende antwoorden. Angst voor werkonzekerheid komt bij de geïnterviewde huisartsen en HAIO's weinig voor, wat in Australische rurale gebieden wel een rol speelt. Ook voorzieningen zoals internet en infrastructuur wordt bij ons niet aangehaald, gezien in Vlaanderen dit overal voorzien is (12, 13, 17, 18, 23, 24).

Beleidsvormen die in de literatuur als adequaat werden beschreven om artsentekorten in bepaalde gebieden op te lossen, omvatten financiële interventies, aanpassingen van curriculum in de opleiding

en verplichte werkzaamheid van bepaalde duur in de rurale regio's. Deze kwamen eveneens in ons onderzoek ook aan bod. Financiële interventies hadden een sterke invloed op artsen in de Verenigde Staten omwille van de aanwezigheid van een studieschuld bij afstuderen, terwijl dit in Vlaanderen als beperkte motivator werd benoemd (10, 11, 16, 18, 19, 25, 30-32). Echter het in aanraking komen met rurale zones tijdens de opleiding werd zowel in de literatuur als tijdens ons onderzoek als een meerwaarde benoemd (17, 24, 26-29).

In de loop van ons onderzoek werden nog enkele artikels gepubliceerd passend bij ons onderwerp over huisartsarme zones.

Tijdens het eerder literatuuronderzoek werd alvast het artikel van **Connoly et al. (2024)** vermeld waarbij een Summer Student Research Program georganiseerd werd in Hawaii. Deze had als doel het verhogen van de kans op toegelaten te worden tot de opleiding (26). Intussen werden de resultaten hiervan gepubliceerd. Het programma was effectief, gezien er een toename was in het aantal toegelaten studenten tot de studie geneeskunde en van afgestudeerde artsen die kozen om als arts te werken in Hawaii. Van de studenten die nog in opleiding zijn, uit het overgrote merendeel interesse om in de toekomst als arts in Hawaii te komen werken (35). Een andere studie van de VS zorgde door middel van sponsors voor meer opleidingsplaatsen voor eerstelijns artsen in huisartsarme en rurale gebieden. Dit zorgde voor een significante toename van behoud van jonge artsen in deze gebieden. Deze studie toont het belang van plaatsgebonden specialisatie voor het rekruteren van artsen in artsarme zones (36).

Een studie uit Frankrijk focuste zich op de beïnvloedende factoren van jonge huisartsen om zich te vestigen. Deze factoren omvatten de voorkeur voor een multidisciplinaire praktijk met de aanwezigheid van continuïteit van zorg, een goede werk-privé balans en een locatie met voldoende faciliteiten en ondersteuning op werkvlak, maar ook de aanwezigheid van scholen, vrijetijdsvoorzieningen en werkkansen voor hun partner (37).

Tenslotte werd door **Coenen et al. (2026)** gelijkaardig onderzoek verricht in Vlaanderen over motiverende factoren bij huisartsen (in opleiding) voor vestiging in een huisartsenpraktijk. Ze analyseerden online vragenlijsten met open en gesloten vragen die verstuurd werden door het Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding (ICHO) naar alle tussen 2014 en 2023 afgestudeerde huisartsen in Vlaanderen. Dit onderzoek kon rekenen op een respons rate van 26,7%. Hiervan was de overgrote meerderheid (93,4%) nog werkzaam als huisarts. Ook hier was de meerderheid van de respondenten vrouwelijk. De belangrijkste factoren die in het onderzoek een positieve invloed hadden op vestiging waren de band met de collega's, afstand tussen de praktijk en de woonst, en mogelijkheid om in een groepspraktijk te werken.

Factoren die bepaalden of artsen de praktijk verlaten of blijven waren interpersoonlijke relaties, praktijkorganisatie en work-life balans. Recent afgestudeerde huisartsen gaven aan dat ze voornamelijk wisselden van praktijk voor vervangingen om zo verschillende werkomgevingen te leren kennen. Ook zij concludeerden dat zowel interpersoonlijke en logistieke factoren de keuze tot vestiging van jonge huisartsen beïnvloedden, wat in grote lijnen overeenkomt met onze bevindingen (38).

Relevant aan ons onderzoek is ook de bijkomende wachtvergoeding vanuit het ICHO aan HAIO's die stagelopen bij een praktijkopleider die gelinkt is aan een huisartsarme wachtpost. Zij ontvangen sinds kort een surplus van 10 euro bruto voor alle extra wachten die ze zullen presteren. Deze tijdelijke maatregel wordt gefinancierd via een bijkomende RIZIV-subsidie die SUi vzw ontvangt met de bedoeling om de spreiding van HAIO's over huisartsarme gebieden te faciliteren (KB 29/05/24 tot wijziging van KB 17/07/09 i.v.m. de betalingsmodaliteiten en de vergoedingen voor HAIO's).

Sterkten en zwakten

Zoals elk onderzoek zijn er bepaalde zwakten die invloed hebben op de interpretatie van onze resultaten en hun transfereerbaarheid. Allereerst moet vermeld worden dat onze onderzoekspopulatie erg homogeen is, met voornamelijk vrouwelijke huisartsen-in-opleiding tussen 25 en 28 jaar, afgestudeerd aan de Universiteit Antwerpen. Initieel werd een uitnodiging tot deelname aan onze masterproef verspreid via de nieuwsbrieven van ICHO en Domus Medica. Hierop kwam geen respons waardoor er persoonlijk gevraagd werd tot deelname aan mede HAIO's tijdens de vaste seminariemomenten en lessen. Ook op de werkvloer werden binnen de praktijk en wachtpost jonge huisartsen gevraagd deel te nemen, echter eveneens met weinig respons. Gezien deze beperking kunnen de resultaten niet zomaar getransfereerd worden voor alle jonge huisartsen en HAIO's in Vlaanderen.

Een andere zwakte die we meenemen is het feit dat de interviews werden afgenomen door de hoofdonderzoekers, LC en XL, die beperkt ervaring hadden in kwalitatief onderzoek. Dit heeft mogelijks invloed gehad op het verloop van de interviews en welke determinanten naar boven zijn gekomen.

Eén van de sterktes van ons onderzoek is dat de op literatuuronderzoek gebaseerde topiclijst door tussentijdse analyses van eerdere interviews tijdens de gegevensverzameling werd bijgesteld. De eerste interviewtranscripten en de analyse ervan werden voor feedback teruggekoppeld aan onze promotor met uitgebreide ervaring in kwalitatief onderzoek. We namen ook actief deel aan alle vanuit de opleiding georganiseerde trainingssessie omtrent kwalitatief onderzoek, waardoor we een betere basis hadden om interviews af te nemen en deze correct te analyseren.

Een andere sterkte van ons onderzoek is het feit dat er werd gewerkt met semigestructureerde interviews. Hierdoor kon in de diepte informatie vergaard worden over het onderwerp en werden verschillende invalshoeken nagegaan. In tegenstelling tot vragenlijsten kon op deze manier andere data verkregen worden.

Implementatie van de resultaten

Vanuit dit onderzoek worden verschillende handvaten aangebracht om jonge huisartsen te motiveren zich te vestigen in huisartsarme en rurale zones.

Het aanbieden van een stageplek of HAIO-schap bij bestaande huisartspraktijken kan helpen om toekomstige huisartsen in aanraking te laten komen met deze zones en de kans vergroten dat deze zich hier later vestigen. Verder is het aanbieden van een flexibel werkschema en een gezonde work-life balans aanmoedigend voor jonge huisartsen. HAIO's en pas afgestudeerde huisartsen hechten

belang aan eenzelfde visie, waarbij werken volgens de principes van evidence-based medicine een grote factor is.

Vanuit de opleiding zouden verplichte of een groter aanbod van stages en HAIO-schappen in rurale huisartsarme zones, rekening houdend met de praktische moeilijkheden hierbij, een faciliterende factor kunnen zijn.

Op beleidsvlak zou nagegaan kunnen worden hoe bestaande huisartspraktijken kunnen worden ondersteund in het voorzien van bijkomende kabinetten om HAIO's te kunnen opleiden of nieuwe huisartsen aan te nemen. Hierbij zouden Domus Medica en beroepsverenigingen een rol kunnen spelen, bijvoorbeeld door praktische tips te geven hoe solo-artsen dit kunnen verwezenlijken. Gemeentes met een huisartsentekort zouden een nieuwe huisartsenpraktijk kunnen voorzien waar afgestudeerde huisartsen zich kunnen vestigen. Ook het bijhouden van aantal inwoners zonder huisarts zou kunnen helpen om jonge huisartsen een idee te geven over de mogelijke werkdruk bij het opstarten van een praktijk in die regio. Tenslotte zou het een meerwaarde zijn als banken laagdrempeliger en/of aan een lager rentepercentage een lening zouden verstrekken aan deze artsen. Als aanvulling verwijzen we graag naar de masterproef van dr. Van Aelst, waarbij interviews werden afgenomen bij huisartsen van 60-plus. Hierbij geven oudere huisartsen eveneens de moeilijkheden aan op zowel praktisch als financieel vlak, om hun solopraktijk over te schakelen naar een groepspraktijk (39).
Hiermee hopen we handvaten te bieden die een meerwaarde kunnen hebben in huisartsarme regio's en in huisartsenpraktijken die op zoek zijn naar een nieuwe collega.

Suggesties voor toekomstig onderzoek

Gezien onze onderzoekspopulatie zeer homogeen was, zou het een meerwaarde zijn dit onderzoek te herhalen bij een meer diverse groep jonge huisartsen en HAIO's. Hierbij ligt de focus op mannelijke deelnemers, deelnemers van andere universiteiten en eventueel jonge huisartsen uit andere leeftijdscategorieën. Onderzoek van een heterogene onderzoekspopulatie kan zorgen voor een betere transfereerbaarheid van de resultaten en mogelijks nieuwe invalshoeken verkrijgen.

5. Besluit

Deze interviewstudie leverde inzicht in het keuzeproces om zich al dan niet te vestigen in een bepaalde praktijk en regio. De determinanten om zich al dan niet te vestigen in een praktijk of regio konden in vier topics onderverdeeld worden, namelijk: praktijkorganisatie, agenda-indeling/uurrooster, logistiek/locatie, en samenwerking/visie. Er werd meer belang gehecht aan een goed contact tussen collega's met ruimte voor flexibiliteit en begrip voor privéomstandigheden en het hebben van eenzelfde visie op vlak van de huisartsgeneeskunde dan aan financiële tegemoetkomingen. Hierbij was het in aanraking komen met huisartsarme en rurale zones een belangrijke factor, gezien dit het zich later vestigen in dergelijke zones laagdrempeliger zou maken. In deze masterproef werden motiverende en afstotende aspecten van huisartsarme-zones bevraagd alsook als positief ervaren beleidsvormen. De geringe respons van andere deelnemers dan vrouwelijke HAIO's verbonden aan de Universiteit Antwerpen is een beperking van dit onderzoek. Het zou een meerwaarde zijn om in de toekomst dit onderzoek te herhalen bij een grotere en meer heterogene groep huisartsen en HAIO's.

6. Referentielijst

1. Planningscommissie. Gedetailleerde statistieken van de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen, volgens geslacht, leeftijd, gewest en provincie op 31/12 van het jaar 2023. 2023.
2. Wanneer correcte verdeling van het aantal artsen in België? [press release]. Vlaams Artsensyndicaat 08/07/2020.
3. Merckx G. Oproep huisartsarme zones Domus Medica2021 [Available from: https://www.domusmedica.be/expertisedomein/kringen/oproep-huisartsarme-zones.
4. Domus Medica. UGent vveeAV. Rapport toegankelijkheid huisartsgeneeskunde. 2023.
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.: Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2024.
6. RIZIV. Beroepsbeoefenaars met recht om prestaties te verrichten (31-12-2022) en actieve beroepsbeoefenaars (jaar 2022) per beroepsgroep. 2022.
7. Cel Planning van de gezondheidszorgberoepen DGe, Beroepsuitoefening DG, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Monitoring van de workforce
Nieuwe elementen en impact COVID-19 ter bepaling van de quota artsen 2029 – 2033. 2023.
8. Heather M. Munthe-Kaas AB, Isolde Sommer, Sara Cooper, Ruth Garside, Karin Hannes, Jane Noyes, The CAMELOT Development Group. Developing CAMELOT for assessing methodological limitations of qualitative research for inclusion in qualitative evidence syntheses. Cochrane Evidence Synthesis and Method. 2024;Volume 2(Issue 6).
9. Moehling CM, Niemesh GT, Thomasson MA, Treber J. Medical education reforms and the origins of the rural physician shortage. Cliometrica. 2020;14:181-225.
10. Koffi A. Addressing the Rural Primary Care Physician Shortage: A Focused Review of Policy Interventions and Their Implications: University of Pittsburgh; 2024.
11. Khalil ME. Physician Shortage or Allocation Problem? A Comprehensive Analysis of The Primary Care Physician Shortage Rurally In the United States. 2018.
12. Wilhelmi L, Ingendae F, Steinhaeuser J. What leads to the subjective perception of a 'rural area'? A qualitative study with undergraduate students and postgraduate trainees in Germany to tailor strategies against physician's shortage. Rural and remote health. 2018;18(4):4694.
13. Javorská K, Halata D, Štolfa J, Pfeiferová M. What are the main motivating factors for young general practitioner trainees to work in rural areas in the Czech Republic? The European journal of general practice. 2022;28(1):200-2.
14. Kidd M, Fairbridge N, O'Keefe A, Farrell G. Results of a mixed-methods study on barriers to physician recruitment in Newfoundland and Labrador. Canadian journal of rural medicine : the official journal of the Society of Rural Physicians of Canada = Journal canadien de la medecine rurale : le journal officiel de la Societe de medecine rurale du Canada. 2023;28(3):116-22.
15. Malko AV, Huckfeldt V. Physician shortage in Canada: a review of contributing factors. Glob J Health Sci. 2017;9(9):68.
16. Hu X, Dill MJ, Conrad SS. What moves physicians to work in rural areas? An in-depth examination of physician practice location decisions. Economic Development Quarterly. 2022;36(3):245-60.

17. Peckham S., Marchand C., Peckham A. General practitioner recruitment and retention: An evidence synthesis. 2016.
18. Ferreira N, McKenna O, Lamb IR, Campbell A, DeMiglio L, Orrantia E. Approaches to locum physician recruitment and retention: a systematic review. Human resources for health. 2024;22(1):24.
19. Ahmed H, Carmody JB. On the looming physician shortage and strategic expansion of graduate medical education. Cureus. 2020;12(7).
20. Staiger DO, Marshall SM, Goodman DC, Auerbach DI, Buerhaus PI. Association between having a highly educated spouse and physician practice in rural underserved areas. Jama. 2016;315(9):939-41.
21. Eide D. B. Key Factors For Physician Recruitment And Retention In Rural Hospitals. 2015.
22. Kuchma M. Job Recruitment & Retention in Rural Ontario: A Model of Physician Recruitment, Applied to the Recruitment of Local Government Professionals in Bruce County. MPA Major Research Papers. 2018.
23. Giberson M, Murray J, Percy E. Physician recruitment and retention in New Brunswick: a medical student perspective. Canadian medical education journal. 2016;7(2):e25-e31.
24. Apana-Stipe E, Li O. Addressing Rural Iowa's Physician Shortage and Healthcare Challenges. Hawkeye Policy Report 2024-2025. 2024:24.
25. Goodfellow A, Ulloa JG, Dowling PT, Talamantes E, Chheda S, Bone C, et al. Predictors of primary care physician practice location in underserved urban or rural areas in the United States: a systematic literature review. Academic Medicine. 2016;91(9):1313-21.
26. Connolly KK, Hong T, Buenconsejo-Lum LE. Addressing Physician Shortage in Hawai'i - Kaua'i Medical Training Opportunities. Hawai'i journal of health & social welfare. 2024;83(11):306-8.
27. Dowell J, Norbury M, Steven K, Guthrie B. Widening access to medicine may improve general practitioner recruitment in deprived and rural communities: survey of GP origins and current place of work. BMC Med Educ. 2015;15:165.
28. Sapoutzis N, Schneider A, Brandhuber T, Berberat PO, Wijnen-Meijer M. Programs to encourage working as a general practitioner in rural areas: why do medical students not want to participate? A cross-sectional study. BMC Medical Education. 2022;22(1):622.
29. Rabinowitz HK, Motley RJ, Markham Jr FW, Love GA. Lessons learned as Thomas Jefferson University's rural physician shortage Area Program (PSAP) approaches the half-century mark. Academic Medicine. 2022;97(9):1264-7.
30. Leifeld N, Ongoro G, Bright P, Nalin P. Alleviating the Physician Shortage by Increasing Medical Student and Resident Physician Capacity in the North Midwest (Iowa, Minnesota, North Dakota, South Dakota, Wisconsin). Journal of Regional Medical Campuses. 2024;7(4).
31. Bustamante AV, Martinez LE. California's Physician Shortage. 2020.
32. Khoury S, Leganza JM, Masucci A. Health professional shortage areas and physician location decisions. 2023.
33. Ramonfaur D, Gómez-Dantés O. Mexico's physician shortage: struggling to bridge the gap. The Lancet Regional Health–Americas. 2025;41.
34. Akshay Danish AD, Blais R, Champagne F. Strategic analysis of interventions to reduce physician shortages in rural regions. 2019.
35. Johnson L, Borrello K, Abe J, Siu A, Kimata C, Johnson S, et al. Physician recruitment and retention in an underserved community: the role of a premedical research program. BMC Med Educ. 2025;25(1):1441.

36. Bray NN, Raischel M, McGuire D, Newhardt R, Nolan D, Snyder T, et al. Addressing physician shortage in medically underserved rural and tribal communities through residency program collaboration. J Osteopath Med. 2026.
37. Dumesnil H, Lutaud R, Bellon-Curutchet J, Deffontaines A, Verger P. Dealing with the doctor shortage: a qualitative study exploring French general practitioners' lived experiences, difficulties, and adaptive behaviours. Family practice. 2024;41(6):1039-47.
38. Coenen LE, Maseman M, Lobbestael J, Gielis G, Gils A, Vansintejan J, et al. Motivational factors for general practice training and career establishment: A cross-sectional study in Flanders, Belgium. The European journal of general practice. 2026;32(1):2628411.
39. Van Aelst Maïté PL. Afscheid nemen of doorgaan? Kwalitatief onderzoek naar de pensioensbeslissingen van 60-plus huisartsen 2025.

7. Dankwoord

Tijdens een intensieve en leerrijke periode van 3 jaar voerden wij onderzoek bij huisartsen-in-opleiding en jonge huisartsen naar de factoren die een rol spelen om al dan niet te vestigen in een bepaalde regio of praktijk in Vlaanderen. Natuurlijk hebben we dit niet alleen gedaan en was dit eindresultaat enkel mogelijk met ondersteuning van bepaalde personen.

Ten eerste willen wij onze promotor Prof. Em. Dr. Lieve Peremans bedanken voor de begeleiding en adviezen die we de afgelopen 3 jaar mochten ontvangen om ons onderzoek tot een goed einde te brengen.

Zonder onze collega huisartsen(-in-opleiding) hadden we natuurlijk ook geen resultaten kunnen bekomen. Hierom willen we de deelnemers nog extra bedanken voor hun bijdrage aan ideeën, visie en tijd.

Tot slot zouden we Samuel Coenen ook willen bedanken voor de redactionele hulp en morele steun.

8. Bijlagen

8.1 Demografische vragenlijst

Vragenlijst demografische gegevens

Geslacht (kruis aan)

- Man
- Vrouw
- X

Leeftijd: .....jaar oud (vul in)

Duid aan wat past:

- Ik ben HAIO
  - Omcirkel: momenteel zit ik in fase 1 – fase 2 – fase 3 van de opleiding
- Ik ben afgestudeerd als huisarts
  - Omcirkel: ik ben 1 – 2 – 3 jaar geleden afgestudeerd als huisarts

Via welke Vlaamse Universiteit behaalt/behaalde u uw diploma? .....

Betreffende uw prakrijk:

- Ik werk in een praktijk met ..... (aantal) artsen, uzelf inbegrepen. (vul in)
- In de praktijk wordt wel/niet samengewerkt met ... (aantal) verschillende disciplines (omcirkel en vul aan)
  - Namelijk. .....
- In mijn prakrijk is wel/geen onthaalmedewerkster
- Mijn praktijk werkt volgens (kruis aan)
  - Het prestatiesysteem
  - Forfaitair systeem
  - New Deal systeem
- Ik heb wel/geen stage gedaan in mijn huidige praktijk (omcirkel)

Betreffende uw persoonlijke factoren

- De afstand tussen mijn woonst en huidige praktijk bedraagt ..... km (vul in)
- Mijn woonsituatie is als volgt (kruis aan)
  - Ik heb een woning gekocht
  - Ik huur een woning
  - Ik woon nog thuis
  - Andere: .....
- Ik woon alleen/ik woon samen met anderen (omcirkel)
- Ik heb wel/geen kinderen (omcirkel)
- Ik heb wel/geen rijbewijs (omcirkel)
- Ik heb wel/geen auto (omcirkel)

8.2 Topiclijst interview

Topic 1: Kennismaking en huidige ervaringen

- Kan je zich even voorstellen en vertellen over je huidige werkplek?
- Voor gevestigde artsen: Hoe verloopt de huidige samenwerking in de praktijk?
    - Probeer erachter te komen of de werkomgeving beantwoordt aan de verwachtingen.
- Voor HAIO's: Hoe verloopt de samenwerking in de opleidingspraktijk?
    - Dieper navragen wat goed loopt en minder goed loopt/wat ze belangrijk vinden voor in de toekomst.

Topic 2: Persoonlijke factoren

- Ik wil met jou even naar je vragenlijst kijken en dieper ingaan op een paar punten.
- Werk je graag in een stedelijk of eerder landelijke regio?
- Hoe belangrijk is de bereikbaarheid van de praktijk voor jou? En wat met huisbezoeken?

Topic 3: Beslissingsproces

- Hoe heb je de regio gekozen?
- Wat vond je belangrijk bij de keuze van de werkomgeving?
- Werk je momenteel in een stedelijke of eerder rurale regio?
    - Wat zijn de voordelen en nadelen die je daarbij ervaart?
    - Hoe zou je gemotiveerd kunnen worden in een rurale regio te gaan werken? Hoe zie jij werken in een rurale regio?
- Hoe belangrijk is de bereikbaarheid van de praktijk voor u? En wat met huisbezoeken?
- Wat was er belangrijk bij de woonomgeving?
- Wat vond je belangrijk om te bespreken bij de sollicitatie/eerste gesprekken?
    - Welke zaken waren breekpunten om bij een praktijk te gaan werken?
    - Welke zaken speelden de grootste rol bij jouw beslissing en waarom?
- Heb je al nagedacht over de factoren die voor jou een belangrijke rol speelden/zullen spelen bij de keuze om je als huisarts in een praktijk te vestigen?
    - Welke, en waarom?

We gaan nu over naar factoren met betrekking tot de praktijk zelf. Hierbij gaat het om jouw voorkeur en hoe hard deze factor doorweegt bij jouw keuze.

- Heb je stage of HAIO-schap gedaan bij de praktijk waar je nu werkt?
- Zou je bij een praktijk willen werken waarbij je stage of HAIO-schap hebt gedaan?
- Welke zaken vind je belangrijk met betrekking tot jouw visie over de huisartsgeneeskunde?
- Heb je een voorkeur voor prestatiegerichte of eerder forfataire praktijkvoering?
- Wat is het ideaal aantal huisartsen voor jou binnen één praktijk?
- Zijn er bepaalde disciplines die je graag in jouw praktijk zou hebben?
- Heb je een voorkeur voor een onthaal, secreteriaat en/of telesecretariaat?
- Welk EMD en/of agendasysteem heeft jouw voorkeur?
- Hoe zie je het systeem van bijdragen aan de kosten in de praktijk? Welk systeem vind je het eerlijkst?

- Heb je de voorkeur aan de mogelijkheid tot inkopen in de praktijk of heb je liever een vaste maandelijkse kost? Heb je een idee hoeveel deze maandelijkse kost zou mogen zijn gezien in percentage van jouw loon?
- Zou je het liefst deeltijds of voltijds werken? Heb je een voorkeur aan een specifieke verlofregeling?
- In hoeverre vind je het belangrijk dat er stages of HAIO-schappen zijn in de praktijk waar je werkt?
- Hoe ziet een goede wachtregeling er voor jou uit? Hoeveel belang hecht je aan de mogelijkheid tot het doorgeven van wachten, extra wachten mogen doen of kunnen wisselen van wachten?
- Zijn er nog factoren die niet aan bod zijn gekomen die jij belangrijk vindt bij de keuze van een praktijk?

Topic 4: Opinies en suggesties om werken in huisartsenzones aantrekkelijker te maken.

- Wat is jouw mening over het werken in een huisartsarme zone? Hoe zie jij het werken daar?
- Wat zou je wel/niet motiveren om in een rurale regio te werken?

Topic 5: Gevoelens bij de huidige situatie

- Hoe voel je je momenteel op je huidige werkplek? (Teleurgesteld? Enthousiast?)
- Hoe zijn je toekomstplannen op vlak van werkplek?

Welke oplossingen zouden zinvol kunnen zijn om jonge mensen te kunnen stimuleren om meer voor huisartsenarme zones te kiezen?

- Opleiding?
- Beleid?

Afrondende vraag

- Wil je nog iets toevoegen aan het gesprek, wat niet besproken is of wat je belangrijk vindt?
- Hoe denk jij dat praktijken nieuwe collega's best kunnen aantrekken?

Ik wil je bedanken voor jouw deelname aan het interview.

8.3 Goedkeuring Ethisch Comité

ETHISCH COMITE

Voorzitter

Prof. dr. Peter Michielsen

Secretariaat

03 821 38 97

Professor Lieve Peremans

Universiteit Antwerpen

Datum: 16/12/2024

Project ID 7135 - EDGE n/a - BUN n/a

Project titel: Ingrediënten voor een aantrekkelijke praktijk voor jonge huisartsen

Kwalitatief onderzoek naar de factoren die de keuze van jonge huisartsen beïnvloeden om zich in een praktijk te vestigen

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. 16/12/2024.

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

Document Type	File Name	Date	Version
GCP	12. GCP attest Lieselotte Coenen HAIO	20/08/2024	1
GCP	13. GCP attest Xavanna Lauwers - HAIO	06/09/2024	1
GCP	11. GCP attest promotor_Lieve Peremans	27/09/2024	2
Accompanying letter	0. Begeleidende brief-EC Versie 3 (09102024)	09/10/2024	3
Protocol	1. Onderzoeksprotocol versie 3 (09102024)	09/10/2024	3
Questionnaire	4. Ontwerp demografische vragenlijst versie 3 (09102024)	09/10/2024	3
Other	5. Ontwerp script versie 3 (09102024)	09/10/2024	3
Other	2. Uitnodigingsbrief versie 3 (09102024)	09/10/2024	3
Insurance	UA VERZEKERINGSATTEST 2024	09/10/2024	1

Document Type	File Name	Date	Version
CV	8. CV promotor_Lieve Peremans UA_2024	20/10/2024	1
CV	10. CV - Xavanna Lauwers - HAIO	20/10/2024	1
CV	9. CV - Lieselotte Coenen - HAIO	20/10/2024	1
Remarks	3. Informed consent Versie 4 (26112024)	26/11/2024	4

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
mevr. Madina Bachayeva	Legal
prof. dr. Bettina Blaumeiser	Physician
prof. dr. emeritus Hilde Bortier	MD, PhD
mevr. Vera Callebaut	Psychologist
mevr. Sarah Claes	Staffmember Research Dept. UAntwerpen
mevr. Renka Cools	Nurse
prof. dr. Patrick Cras	Physician
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	Vice-Chair, 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

Meeting Attendee Full Name	Meeting Attendee Qualifications
mevr. Daphne Van de Wildebergh	Legal
prof. dr. Pieter Van Dyck	Physician
dhr. Guy Van Honste	Patient Representative
dhr. Yves Vandermotten	Healthy volunteer phase 1
prof. dr. Thierry Vansweevelt	Legal
mevr. Sien Venneman	Psychologist
dr. Michiel Voeten	Physician
mevr. Griet Wyers	Pharmacist

8.4 Informed Consent formulier

Masterproef master-na-master huisartsgeneeskunde
Ingrediënten voor een aantrekkelijke praktijk voor jonge huisartsen
Kwalitatief onderzoek naar het beslissingsproces van jonge huisartsen om zich in een praktijk te vestigen.

Versie 4 - 26 november 2024

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

Titel van het onderzoek:
Ingrediënten voor een aantrekkelijke praktijk voor jonge huisartsen
Kwalitatief onderzoek naar het beslissingsproces van jonge huisartsen om zich in een praktijk te vestigen.

Opdrachtgever:
MaNaMa Huisartsgeneeskunde Universiteit Antwerpen

Promotor(s):
Prof. Dr. Lieve Peremans

Onderzoeker(s):
Lieselotte Coenen
Xavanna Lauwers

Contactpersoon voor informatie:
Lieselotte.Coenen@student.uantwerpen.be

Contact in geval van dringende medische hulp:
N.v.t.

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

Beste deelnemer,

U wordt uitgenodigd om vrijwillig deel te nemen aan een onderzoek naar het beslissingsproces van jonge huisartsen om zich in een praktijk te vestigen.

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 16/12/*2024* goedgekeurd door het onafhankelijke Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen

Doel en beschrijving van het onderzoek

Dit is een wetenschappelijk onderzoek waaraan, naar verwachting in totaal ongeveer 15 personen zullen deelnemen.

Deze studie heeft tot doel het beslissingsproces van jonge huisartsen om zich al dan niet te vestigen in een huisartsenpraktijk en/of regio in kaart te brengen. Met dit onderzoek willen we bijdragen aan de kennis rond dit thema en zo hopen we bij te dragen aan de zoektocht van huisartsenpraktijken naar nieuwe collega's en kan deze kennis toegepast worden bij het aantrekken van jonge huisartsen in huisartsarme regio's.

Een deelname aan dit onderzoek omvat een eenmalig individueel interview, dat online of in persoon zal doorgaan op een onderling overeengekomen moment en locatie. Dit interview zal worden opgenomen door middel van een GSM. Na het interview zal de opname onmiddellijk worden overgeplaatst op een beveiligde computer en verwijderd worden van het opname apparaat. Na transcriptie zullen de opnames verwijderd worden, deze worden dus niet bewaard door de onderzoekers. Voorafgaand aan het interview zal er gevraagd worden een korte demografische vragenlijst in te vullen.

Duur van het onderzoek

Het interview zal ongeveer 30 - 40 minuten duren.

Voor- en nadelen

Dit onderzoek heeft geen verdere invloed op u en uw opleiding 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

Aansprakelijkheid en verzekering

Indien u schade ondervindt als gevolg van uw deelname aan dit onderzoek, zal u of uw rechthebbenden door de opdrachtgever van dit onderzoek vergoed worden voor deze schade, overeenkomstig de geldende Belgische wetgeving. U hoeft hiervoor geen fout aan te tonen.

De opdrachtgever heeft een foutloze verzekering afgesloten die de eventuele schade dekt die zou voorvloeien uit dit onderzoek. U of uw rechthebbenden kunnen hiervoor op elk ogenblik deze verzekeraar rechtstreeks dagvaarden.

Kosten en vergoeding

Deze studie zal voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen.

Bescherming van uw persoonlijke levenssfeer

Uw identiteit en uw deelname aan dit onderzoek worden strikt vertrouwelijk behandeld. U zal niet bij naam of op een andere wijze geïdentificeerd worden in dossiers, resultaten of publicaties in verband met het onderzoek.

Om uw privacy te garanderen met betrekking tot het bewaren en verwerken van de gegevens in het kader van deze studie, worden uw gegevens gepseudonimiseerd. Dit betekent dat uw naam, voornaam, geboortedatum en woonplaats vervangen worden door een code. Alle verdere verwerkingen gebeuren op deze gepseudonimiseerde gegevens. Het verband tussen de code en uw persoon wordt wel bewaard. Deze link wordt enkel gebruikt om in uw eigenbelang bepaalde informatie naar u te kunnen terugkoppelen.

Opnames van het interview zullen na transcriptie verwijderd worden, deze worden dus niet bijgehouden door de onderzoekers.

Bescherming van uw persoonsgegevens

Indien u toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek betekent dit dat u toestemming geeft tot het gebruik van uw persoonsgegevens die in het kader van dit onderzoek worden verzameld.

U kan de toestemming om uw gegevens te verzamelen en te verwerken op elk moment intrekken. Indien uw studiedeelname voortijdig gestopt wordt, zal uw oorspronkelijke toestemming het gebruik toelaten van de over u verzamelde gegevens met betrekking tot de periode dat u in het onderzoek ingesloten was.

Enkel personen die rechtstreeks bij het onderzoek betrokken zijn, zullen toegang hebben tot uw persoonsgegevens. Uw gegevens worden niet doorgegeven aan derden.

De onderzoekers zullen uw gegevens bewaren gedurende een periode van *20 jaar*.

U heeft het recht aan de onderzoeker te vragen welke gegevens er over u worden verzameld in het kader van het onderzoek en wat de bedoeling ervan is. U kan vragen om bepaalde gegevens te verbeteren of te wissen, of om uw gegevens niet meer te gebruiken.
Alle gegevens die van u verzameld worden, zullen behandeld worden in overeenstemming met de "Richtlijn tot bescherming van individuen betreffende het verwerken van persoonlijke gegevens" en de nationale wetgeving die daarop van toepassing is. De Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (General Data Protection Regulation (AVG/GDPR) – EU2016/679) en de Belgische wetgeving die deze verordening verder uitwerkt.

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)*.

TOESTEMMINGSFORMULIER

Versie 4 26 november 2024

Masterproef master-na-master huisartsgeneeskunde
Ingrediënten voor een aantrekkelijke praktijk voor jonge huisartsen
Kwalitatief onderzoek naar het beslissingsproces van jonge huisartsen om zich in een praktijk te vestigen.

Deel enkel bestemd voor de deelnemer:

Hierbij bevestig ik, ondergetekende …… *(naam en voornaam deelnemer – indien van toepassing: handelend als wettelijke vertegenwoordiger van ……)* 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 of de functionaris voor de gegevensbescherming van Universiteit Antwerpen ##

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, in dit geval een individueel 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)

8.5 Codeboek

Het codeboek met thema's, interpretatieve – en descriptieve codes kan ter beschikking gesteld worden op vraag.