Het huisartsenlandschap in België: onderzoek naar motiverende factoren en toekomstperspectieven

Zahide Akgün, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Prof. Dr. Johan Vansintejan, Vrije Universiteit Brussel

Co-promotor: Dr. Lotta Coenen, Vrije Universiteit Brussel

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.

Dankwoord

Graag wil ik in dit dankwoord even stilstaan bij de mensen die mij hebben ondersteund tijdens het schrijven van deze thesis.
In de eerste plaats wil ik mijn promotor, Prof.Dr. Johan Vansintejan, bedanken voor de begeleiding. Daarnaast gaat mijn bijzondere dank uit naar mijn co-promotor, dr. Lotta Coenen, voor de voortdurende ondersteuning en betrokkenheid. Haar regelmatige mails werkten bijzonder motiverend, en de snelle, constructieve feedback heeft mij enorm geholpen om mijn thesis verder te verfijnen en te versterken. De positieve stimulans maakte een groot verschil tijdens dit proces.
Ook wil ik mijn PO, dr. Katrien Van Haver, bedanken voor het samen zoeken naar een geschikt onderwerp. De inspirerende gesprekken hebben mij geholpen om mijn ideeën verder te ontwikkelen.
Verder wil ik mijn familie bedanken, en in het bijzonder mijn ouders, voor hun onvoorwaardelijke steun, geduld en betrokkenheid doorheen mijn studies. Zonder hun vertrouwen had ik dit niet kunnen realiseren.
Tot slot gaat mijn grootste dank uit naar mijn echtgenoot, voor zijn mentale steun, begrip en voortdurende steun. Zijn aanwezigheid en geloof in mij hebben mij geholpen om door te zetten, ook op de moeilijkere momenten.

Abstract

Context:
De rol van de huisarts binnen de gezondheidszorg staat onder toenemende druk, onder meer door de vergrijzing van de bevolking, stijgende zorgnoden en een toenemende administratieve belasting. Tegelijk wordt in verschillende landen, waaronder België, een tekort aan huisartsen vastgesteld, wat gevolgen heeft voor de toegankelijkheid en continuïteit van zorg.

Doel:
Deze studie had als doel het hedendaagse huisartsenlandschap in België te onderzoeken, met bijzondere aandacht voor de motivaties om voor het beroep te kiezen en de toekomstperspectieven van huisartsen.

Methode:
Aan de hand van een anonieme online vragenlijst, verspreid via huisartsenorganisaties en Interuniversitair Centrum voor de Huisartsenopleiding (ICHO) werden in totaal 61 Nederlandstalige huisartsen en huisartsen-in-opleiding geïncludeerd. De data werden geanalyseerd met beschrijvende statistiek.

Resultaten:
De resultaten tonen aan dat intrinsieke factoren zoals variatie in pathologie, autonomie en langdurige patiëntrelaties de belangrijkste motivatoren zijn om voor huisartsgeneeskunde te kiezen. Tegelijk worden administratieve lasten en hoge werkdruk als belangrijkste belemmerende factoren ervaren. Hoewel de meerderheid tevreden is over het beroep en opnieuw dezelfde keuze zou maken, blijkt het toekomstbeeld eerder gemengd tot negatief. Een aanzienlijk deel van de respondenten overweegt minder te werken of het beroep vroegtijdig te verlaten, voornamelijk omwille van werkdruk en werk-privébalans.

Conclusie:
Deze studie bevestigt dat de aantrekkelijkheid en het behoud van huisartsen sterk afhankelijk zijn van zowel intrinsieke motivaties als structurele werkomstandigheden. Beleidsmaatregelen gericht op het verminderen van administratieve lasten, het ondersteunen van samenwerking en het verbeteren van de werk-privébalans zijn essentieel om de duurzaamheid van de huisartsenzorg in België te waarborgen.

Inhoudstafel

Dankwoord 3
Abstract 4
Inleiding 6
Doelstelling 8
Methodologie 9
- Studie design 9
- Vragenlijst 9
- Deelnemers: in- en exclusiecriteria 9
- Data analyse 10
- Ethische commissie 10

Resultaten 11
- Demografische gegevens 11
- Motivatoren voor huisartsgeneeskunde 13
- Faciliterende en belemmerende factoren 15
- Toekomst als huisarts 16
- Suggesties voor verbetering van het gezondheidssysteem 20

Discussie 21
- Bespreking van de voornaamste bevindingen 21
- Evolutie van het huisartsenlandschap en organisatievormen 21
- Motiverende factoren bij de keuze voor het huisartsenberoep 21
- Werktevredenheid en professionele zingeving 22
- Belemmerende factoren en structurele uitdagingen 22
- Toekomstperspectieven 22
- Vertrouwen in de toekomst van het huisartsenberoep 23
- Beperkingen en sterktes van de studie 23

Conclusie 25
Referenties 26
Bijlagen 28
- A. Goedkeuring Commissie Medische Ethiek UZ Brussel 28
- B. Vragenlijst 29

Inleiding

De rol van de huisarts is van cruciaal belang in de gezondheidszorg. Huisartsen vormen vaak het eerste aanspreekpunt voor patiënten en spelen een centrale rol in preventie, diagnose en de coördinatie van zorg. Tegelijkertijd staat dit beroep onder toenemende druk, wat bezorgdheden oproept over de motivatie van huisartsen om in het vak te blijven en hun toekomstperspectieven binnen de medische beroepsgroep. Dit is bijzonder relevant in België, waar de gezondheidszorg geconfronteerd wordt met belangrijke structurele uitdagingen.

Een van de belangrijkste factoren is de vergrijzing van de bevolking. Het aandeel 65-plussers neemt gestaag toe, wat leidt tot een hogere prevalentie van chronische aandoeningen en multimorbiditeit, en dus tot een groeiende vraag naar langdurige en complexe zorg [1]. Huisartsen spelen hierin een sleutelrol, aangezien zij instaan voor de continue opvolging en coördinatie van deze patiënten. Dit brengt echter intensieve en langdurige zorgverplichtingen met zich mee. In combinatie met een hoge werkdruk en toenemende administratieve lasten zet dit het huisartsenvak verder onder druk.

Tegen deze achtergrond wordt het steeds belangrijker om te begrijpen waarom artsen wel of niet voor de huisartsgeneeskunde kiezen, en welke factoren bepalen of zij in het beroep blijven. De keuze voor een carrière in de huisartsgeneeskunde en de motivatie om hierin te blijven werken, is de laatste jaren dan ook een belangrijk onderwerp geworden binnen het gezondheidszorgonderzoek. In verschillende landen wordt namelijk een toenemend tekort aan huisartsen vastgesteld, wat niet alleen gevolgen heeft voor de toegankelijkheid van zorg, maar ook voor de kwaliteit en continuïteit ervan[2]. Onderzoek toont aan dat deze problematiek samenhangt met zowel de initiële studiekeuze van geneeskundestudenten als met de tevredenheid en motivatie van artsen tijdens hun loopbaan [3,4].

Ook in België wordt dit probleem duidelijk zichtbaar. Volgens het KCE-rapport *Making general practice attractive* blijft een aanzienlijk deel van de opleidingsplaatsen voor huisartsen onvervuld en kiezen sommige afgestudeerden er uiteindelijk voor om niet in de huisartsgeneeskunde te werken of het beroep vroegtijdig te verlaten [5]. Dit wijst erop dat het tekort niet alleen te maken heeft met instroom, maar ook met het behoud van huisartsen op lange termijn.

Uit de literatuur blijkt dat de keuze voor huisartsgeneeskunde sterk beïnvloed wordt door een combinatie van persoonlijke en professionele factoren. Individuele aspecten zoals persoonlijke ambitie, toekomstverwachtingen en vooral werk-privébalans spelen een grotere rol dan puur beroepsinhoudelijke factoren zoals status of carrièremogelijkheden. Studenten die interesse tonen in huisartsgeneeskunde hechten doorgaans meer belang aan patiëntgericht werken en een evenwichtige levensstijl, terwijl prestige en inkomen voor hen minder doorslaggevend zijn [3].

Deze bevindingen sluiten aan bij eerdere literatuur, waarin wordt aangetoond dat factoren zoals rolmodellen, vroege blootstelling aan de eerstelijnszorg en persoonlijke waarden een belangrijke rol spelen in de studiekeuze. De review van Janet H. Senf et al. benadrukt dat de keuze voor huisartsgeneeskunde vaak reeds vroeg in de opleiding wordt beïnvloed en dat positieve ervaringen binnen de eerstelijnszorg cruciaal zijn om studenten voor dit beroep te motiveren [6].

Naast deze initiële keuzeprocessen tonen studies aan dat ook de motivatie om effectief voor het beroep te kiezen en erin te blijven complex is. Artsen die voor huisartsgeneeskunde kiezen, worden vaak aangetrokken door de variatie in het werk, de mogelijkheid tot langdurige relaties met patiënten en de kans om een brede, holistische zorg te bieden. Ook autonomie, zelfstandigheid en een relatief gunstige werk-privébalans worden regelmatig genoemd als belangrijke pluspunten [4].

Tegelijkertijd zijn er ook duidelijke factoren die artsen afschrikken. Zo worden administratieve lasten, financiële onzekerheid, hoge werkdruk en een soms negatief imago van het beroep vaak aangehaald als redenen om niet voor huisartsgeneeskunde te kiezen. Daarnaast ervaren sommige artsen het werk als minder gespecialiseerd of minder prestigieus, wat eveneens een invloed heeft op hun beslissing [4]. Het KCE-rapport wijst bijkomend op structurele problemen zoals een gebrek aan ondersteuning, beperkte controle over de werkomstandigheden en een moeilijke werk-privébalans als belangrijke redenen waarom huisartsen het beroep verlaten [5].

Wanneer men kijkt naar artsen die reeds in het beroep actief zijn, blijkt dat motivatie en tevredenheid een cruciale rol spelen in het behoud van huisartsen binnen het zorgsysteem. Onderzoek toont aan dat vooral groeimotivatie, zoals de mogelijkheid om zich verder te ontwikkelen en nieuwe vaardigheden te verwerven, een belangrijke drijfveer is. Tegelijk blijven ook basisfactoren zoals jobzekerheid en financiële stabiliteit essentieel. Lage tevredenheid, lange werkuren en beperkte ondersteuning kunnen daarentegen leiden tot demotivatie en uitstroom uit het beroep [7].

Daarnaast wijzen kwalitatieve studies erop dat motivatie vaak dieper gaat dan louter praktische overwegingen. Veel huisartsen beschrijven hun beroep als een betekenisvol werk, waarbij betrokkenheid en maatschappelijke bijdrage centraal staan. Inspirerende rolmodellen, positieve ervaringen tijdens de opleiding en langdurige relaties met patiënten spelen hierbij een belangrijke rol. Deze factoren zorgen ervoor dat artsen voldoening halen uit hun werk en gemotiveerd blijven, zelfs in uitdagende omstandigheden [8].

Er is bovendien een duidelijke samenhang tussen werk-privébalans, burn-out en de intentie om in het beroep te blijven. Een goede balans blijkt beschermend te werken tegen emotionele uitputting en verhoogt tegelijkertijd de professionele effectiviteit en motivatie. Dit benadrukt het belang van structurele maatregelen die het welzijn van huisartsen ondersteunen [9].

Samenvattend toont de literatuur aan dat de keuze voor en het behoud van een carrière in de huisartsgeneeskunde het resultaat is van een complex samenspel van persoonlijke waarden, werkomstandigheden en ervaringen tijdens de opleiding en nadien in de praktijkvoering. Zowel internationale studies als Belgische rapporten benadrukken dat een geïntegreerde aanpak nodig is, waarbij niet alleen aandacht wordt besteed aan de instroom van nieuwe huisartsen, maar ook aan het verbeteren van werkomstandigheden en loopbaanperspectieven. Het verbeteren van werk-privébalans, werkomstandigheden en het imago van het beroep, evenals het aanbieden van groeimogelijkheden en positieve rolmodellen, worden gezien als belangrijke strategieën om meer artsen aan te trekken en te behouden binnen de huisartsgeneeskunde.

Doelstelling

Het doel van deze thesis is om het huisartsenlandschap in België te onderzoeken, met een focus op de motiverende factoren en toekomstperspectieven van huisartsen. Door middel van een kwantitatief onderzoek zal worden nagegaan wat de belangrijkste motivaties van Nederlandstalige huisartsen zijn, en hoe zij hun toekomst binnen het beroep inschatten. De resultaten van deze studie kunnen waardevolle inzichten bieden voor beleidsmakers en gezondheidszorginstellingen, met als doel de stabiliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg in België op lange termijn te waarborgen.

Methodologie

Studie design

Het onderzoek volgde een cross-sectioneel design, waarbij een anonieme online enquête die beschikbaar was via Qualitrics, werd uitgestuurd naar potentiële deelnemers. De vragenlijst werd via e-mail verspreid door huisartsenorganisaties (zoals Domus Medica en artsenkringen), evenals via het Interuniversitair Centrum voor de Huisartsenopleiding (ICHO)

Vragenlijst

Op basis van de geraadpleegde literatuur werd een eerste versie van de vragenlijst opgesteld. Door analyse van eerdere studies werden de belangrijkste thema's geïdentificeerd, die als basis dienden voor de formulering van de vragen. De uiteindelijke vragenlijst werd onderverdeeld in vijf grote onderdelen: (1) demografische gegevens, (2) motivatie voor de keuze van het huisartsenberoep, (3) tevredenheid en ervaringen, (4) toekomstperspectieven en (5) adviezen voor beleidsmakers.

Deelnemers: in- en exclusiecriteria

De doelgroep van deze studie bestond uit Nederlandstalige huisartsen in België.
Inclusiecriteria:

1. Bevoegdheid: de deelnemers moesten geregistreerd zijn als huisarts in België.
2. Taal: de deelnemers moesten Nederlandstalig zijn, zodat zij de enquête in de oorspronkelijke taal konden invullen zonder risico op vertaalproblemen of misbegrijpen.
3. Praktijkervaring: zowel gevestigde huisartsen als huisartsen in opleiding werden opgenomen, met als doel een breed scala aan ervaringen en perspectieven te includeren.
4. Vestigingsplaats: de deelnemers moesten werkzaam zijn in België.

Exclusiecriteria:

1. Niet-actieve huisartsen: huisartsen die tijdelijk of permanent niet actief waren in de praktijk, bijvoorbeeld wegens pensioen of een sabbatical, werden uitgesloten.
2. Niet-Nederlandstaligen: huisartsen die het Nederlands niet voldoende beheersten, werden uitgesloten om de validiteit van de antwoorden te waarborgen.
3. Andere medische specialisten: artsen die geen huisarts waren, werden uitgesloten aangezien zij niet beschikten over de relevante ervaring binnen de huisartsenzorg.

Data analyse

De verzamelde data werden geanalyseerd met behulp van beschrijvende statistiek in IBM SPSS Statistics. Onvolledig ingevulde vragenlijsten werden voorafgaand aan de analyse geëxcludeerd, zodat enkel volledige datasets werden meegenomen in de statistische verwerking.
Continue variabelen werden samengevat aan de hand van gemiddelden, terwijl categorische variabelen werden weergegeven in frequenties en percentages.
De open antwoorden werden handmatig doorgenomen en per antwoord bekeken, waarbij gelijkaardige elementen en terugkerende ideeën werden geïdentificeerd en gegroepeerd.
De resultaten werden gepresenteerd in tabellen en grafieken om een duidelijk beeld te geven van de kenmerken van de respondenten, hun motivaties en hun toekomstperspectieven.

Ethische Commissie

Dit onderzoek werd uitgevoerd in overeenstemming met de geldende ethische richtlijnen. Voor de start van de dataverzameling werd goedkeuring verkregen van de Ethische Commissie van het Universitair Ziekenhuis Brussel, BUN 1432024000308, zie bijlage A.

De deelname aan het onderzoek was volledig vrijwillig en gebaseerd op geïnformeerde toestemming. Alle deelnemers werden vooraf geïnformeerd over het doel van de studie, de anonimiteit van de gegevens en hun recht om deelname op elk moment stop te zetten zonder gevolgen.

De enquête werd anoniem afgenomen en er werden geen persoonsgegevens verzameld die toelieten om deelnemers te identificeren. De verkregen data werden vertrouwelijk behandeld en uitsluitend gebruikt voor onderzoeksdoeleinden.

Resultaten

Demografische gegevens

De vragenlijst werd ingevuld door 63 huisartsen en huisartsen-in-opleiding (HAIO's). Twee van hen voldeden niet aan de inclusiecriteria, zij zijn met name geen nederlandstalige huisarts werkzaam in België en werden dus geëxcludeerd van het onderzoek. Aldus werden 61 deelnemers geïncludeerd in de analyses.
Zoals weergegeven in tabel 1 bestond de meerderheid van de respondenten uit vrouwen (87,0%).

	n (N=61)	**%**
Geslacht		
Man	8	13,0%
Vrouw	53	87,0%
Leeftijd		
25-30	30	49,0%
31-40	20	33,0%
41-50	3	5,0%
51-60	6	10,0%
+60	2	3,0%
Burgerlijke staat		
Vrijgezel	12	20,0%
Relatie	25	41,0%
Getrouwd	24	39,0%
Gezinssituatie		
Kinderen	27	44,3%
Geen kinderen	34	55,7%
Kinderwens	28	45,9%
Geen kinderwens	33	54,1%
Type praktijk		
Groepspraktijk	45	74,0%
Wijkgezondheidcentrum	10	16,0%
Duo-praktijk	2	3,0%
Solo-praktijk	2	3,0%
Andere	2	3,0%
Gemiddelde werk uur/week		
<20	1	2,0%
20-24	1	2,0%
25-29	3	5,0%
30-34	5	8,0%
35-39	16	26,0%
40-44	18	69,0%
45-50	11	18,0%
>50	6	9,8%

Tabel 1. Demografische gegevens en arbeidsomstandigheden van de deelnemers

Uit tabel 1 kan eveneens worden afgeleid dat het merendeel van de respondenten tot de jongere leeftijdscategorieën behoorde. De grootste groep is 25–30 jaar (n=30, 49,0%), gevolgd door kleinere aantal in de categorie 31–40 jaar (n=20, 33,0%). Vanaf 41 jaar nam het aantal respondenten sterk af, met slechts enkele personen per leeftijdsgroep.

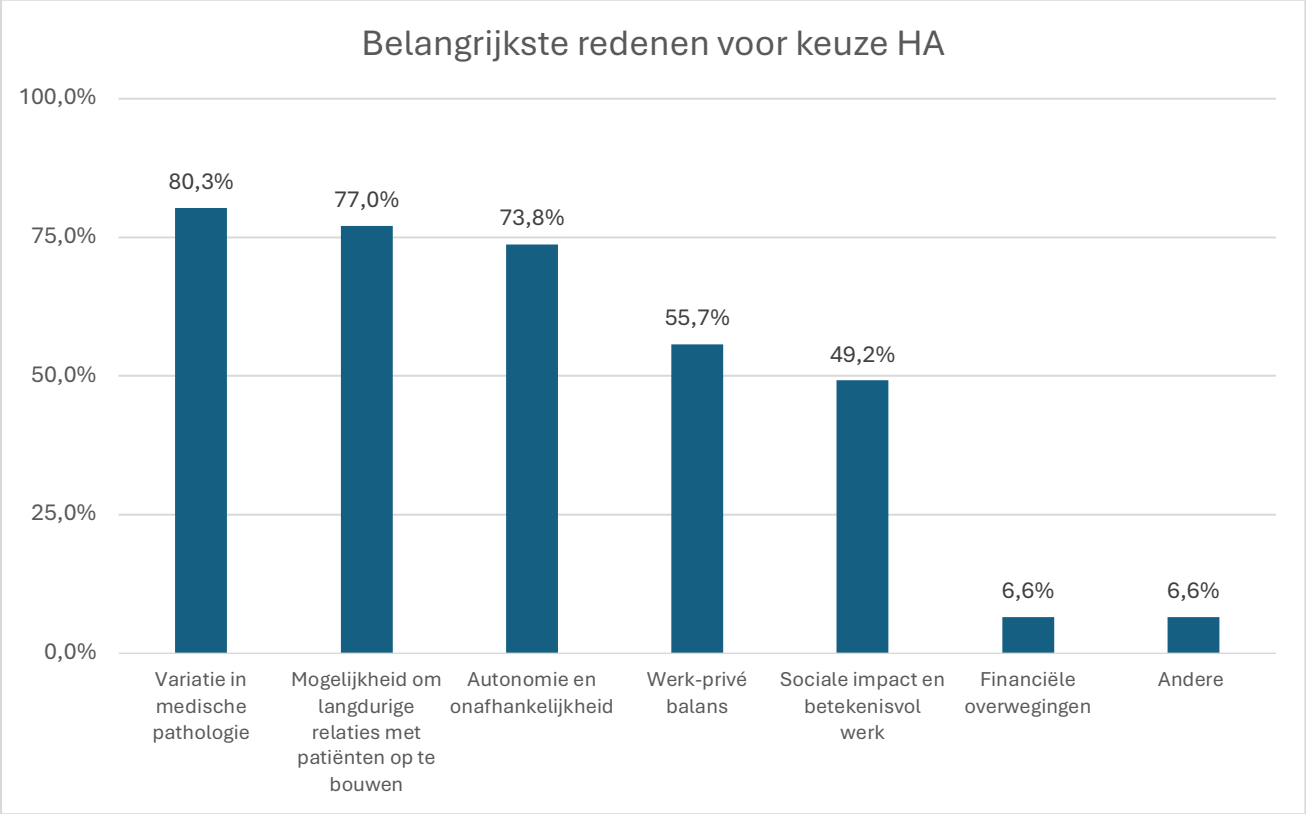
Wat de gezinssituatie betreft, was ongeveer 41,0% in een relatie en 39,3% getrouwd, en 19,7% was vrijgezel. Bijna de helft (44,3%) had reeds kinderen, en nog eens 45,9% gaf aan een kinderwens te hebben.

Bijna drie kwart van de deelnemers werkte in een groepspraktijk (74,0%), gevolgd door een wijkgezondheidscentrum (16,0%). Slechts een minderheid werkte in een solo-, duo of netwerkpraktijk (respectievelijk telkens 3,3%).

De mediane werkduur bedroeg 42 uur per week, waarbij de grootste groep huisartsen (69,0%) tussen 40 en 44 uur per week werkte. Ongeveer een derde van de respondenten combineert de huisartsenpraktijk met een andere professionele activiteit. De meest voorkomende nevenactiviteiten zijn functies als coördinerend en raadgevend arts (CRA), academische activiteiten (onderzoek, of onderwijs), consultatiebureau arts binnen Kind & Gezin of ONE, en bestuursfuncties in huisartsenwachtposten.

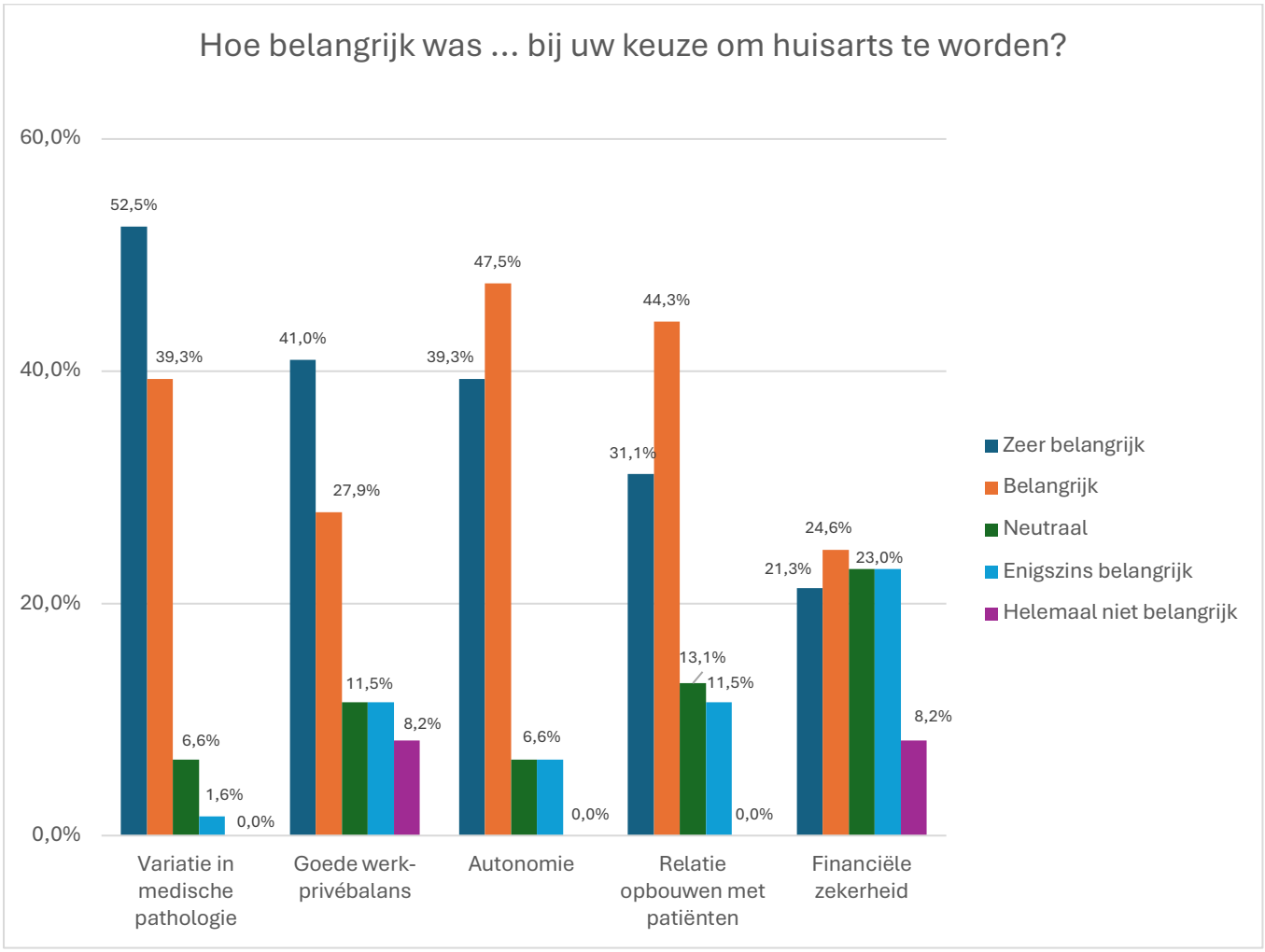
Motivatoren voor huisartsgeneeskunde

Figuur 1 toont dat voor 80,3% van de respondenten variatie in pathologie de voornaamste reden was om huisarts te worden, gevolgd door de mogelijkheid tot het opbouwen van langdurige patiëntrelaties (77,0%) en autonomie (73,8%). Daarnaast werden ook de werk-privébalans (55,7%) en de maatschappelijke relevantie van het beroep (49,2%) vaak aangehaald. Het financiële aspect blijkt veel minder doorslaggevend: slechts 6,6% van de respondenten gaf dit op als belangrijkste motivatie.



Figuur 1. Belangrijkste redenen voor keuze huisarts (meerdere antwoorden mogelijk)

De respondenten beoordeelden ook elk element op het individueel belang in hun keuze voor huisartsgeneeskunde, weergegeven in figuur 2. Uit de resultaten blijkt dat de variatie in pathologie het hoogst scoorde: 92,0% van de respondenten vond dit belangrijk tot zeer belangrijk. Ook autonomie in het werk werd sterk gewaardeerd: 86,8% beschouwde dit als (zeer) belangrijk. De mogelijkheid tot het opbouwen van langdurige relaties met patiënten werd door 75,4% belangrijk tot zeer belangrijk gevonden.
De werk-privébalans werd eveneens hoog ingeschat: 68,9% van de respondenten vond dit belangrijk, waarvan 27,9% het als zeer belangrijk aanduidde. Daartegenover staat dat financiële zekerheid duidelijk minder zwaar doorwoog: slechts 45,9% van de respondenten noemde dit belangrijk of zeer belangrijk, terwijl 46,0% dit neutraal of slechts enigszins belangrijk beoordeelde en 8,5% helemaal niet belangrijk vond.



Figuur 2. Belang van verschillende factoren bij de keuze om huisarts te worden

Faciliterende en belemmerende factoren als huisarts

In tabel 2 wordt een overzicht van de determinanten voor werktevredenheid bij de huisartsen weergegeven. De meerderheid van de deelnemers gaf aan tevreden (62,3%) of zeer tevreden (13,1%) te zijn over hun werk als huisarts. Slechts een kleine minderheid was ontevreden (8,2%) of zeer ontevreden (1,6%). Daarnaat gaf 62,3% van de deelnemers aan dat het beroep grotendeels aan hun verwachtingen voldeed, terwijl 9,8% aangaf dat het deze zelfs overtrof.
Verschillende elementen werden benoemd als positieve aspecten van het huisartsenberoep. Het pantiëntencontact werd door 82,0% van de respondenten genoemd als het meest bevredigende element van hun beroep. Daarnaast gaf 67,2% de variatie in pathologie aan, en 59,0% de autonomie die het beroep met zich meebrengt. Ook de werk-privébalans (29,5%) en de maatschappelijke impact (29,5%) kwamen naar voren, zij het minder frequent. In de open antwoordcategorie werd door één respondent het contact met collega's benoemd als motiverend voor het werk als huisarts.

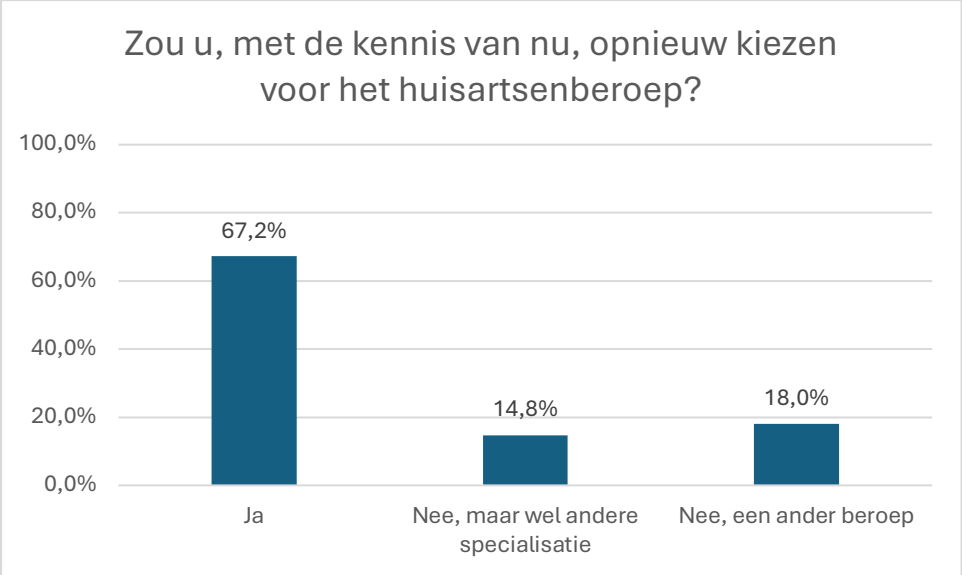
Belemmerende factoren in het werk als huisarts waren in de eerste plaats administratieve lasten, door 80,3% van de respondenten ervaren als het meest belastend. Verder werd vooral de hoge werkdruk (67,2%) genoemd, gevolgd door de beperkte financiële compensatie en het gebrek aan ondersteuning (beide 36,1%). Onvoldoende autonomie kwam eveneens naar voren, maar werd slechts door 6,6% van de respondenten aangehaald.

		Frequentie	
		n (N=61)	**%**
Tevredenheid met werk als huisarts	Zeer ontevreden	1	1,6%
	Ontevreden	5	8,2%
	Neutraal	9	14,8%
	Tevreden	38	62,3%
	Zeer tevreden	8	13,1%
Mate waarin werk als huisarts voldoet aan verwachtingen	Enigszins	11	18,0%
	Neutraal	6	9,8%
	Voldoet grotendeel	38	62,3%
	Overtreft mijn verwachtingen	6	9,8%
Meest bevredigende factoren	Contact met patiënten	50	82,0%
	Variatie in pathologie	41	67,2%
	Autonomie	36	59,0%
	Balans tussen werk en privé	18	29,5%
	Maatschappelijk impact	18	29,5%
	Andere	1	1,6%
Minst bevredigende factoren	Administratieve lasten	49	80,3%
	Hoge werkdruk	41	67,2%
	Financiële compensatie	22	36,1%
	Onvoldoende ondersteuning	22	36,1%
	Gebrek aan autonomie	4	6,6%
	Andere	9	14,8%

Tabel 2. Determinanten van werktevredenheid

In de open vraag werden diverse thema's aangehaald. Zo verwezen respondenten naar het grote aantal patiënten met somatisch onverklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Daarnaast werd het gevoel geuit dat huisartsen die meer tijd nemen voor kwaliteitsvolle zorg hiervoor minder beloond worden dan collega's die zeer korte consultaties hanteren. Verder werden ook de combinatie van het huisartsenwerk met de rol van praktijkopleider in het kader van de HAIO-opleiding, onvriendelijke of weinig respectvolle patiënten, en de belasting die gepaard gaat met wachtdiensten aangehaald als moeilijke aspecten van het beroep.
Daarnaast verwezen respondenten naar bredere maatschappelijke en organisatorische factoren als struikelblok waaronder overheidsinmenging, belangenvermenging en de manier waarop huisartsen volgens respondenten regelmatig negatief in de media worden belicht, bijvoorbeeld door uitspraken van beleidsmakers. Ten slotte werden ook de complexiteit van ICT-systemen, de voortdurende stroom aan informatie en nieuwsbrieven, en de vrees om onvoldoende te kunnen volgen met nieuwe kennis vermeld als bijkomende bronnen van belasting.

Ondanks de bestaande uitdagingen gaf een meerderheid van de respondenten (67,2%) aan dat zij nog steeds voor het huisartsenberoep zouden kiezen, mochten ze de keuze opnieuw moeten maken. Toch zou 14,8% liever een ander specialisme kiezen en 18,0% zou het beroep van arts volledig verlaten (Figuur 3).

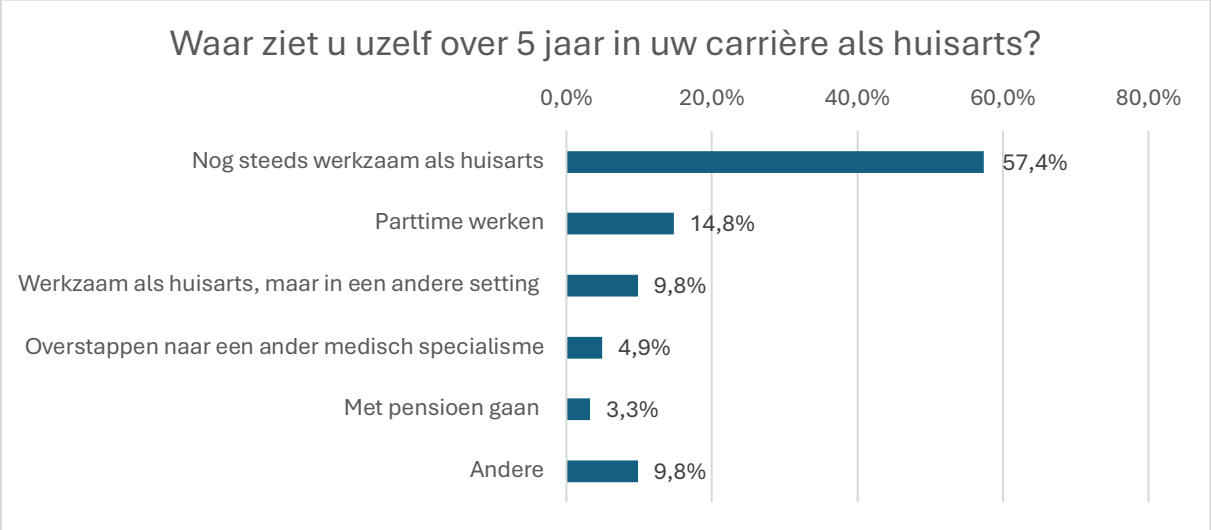


Figuur 3. Opnieuw kiezen voor het huisartsenberoep

Toekomst als huisarts

Figuur 4 geeft weer hoe respondenten denken over hun toekomstplannen. De meerderheid van de respondenten (57,4%) gaf aan over vijf jaar nog steeds werkzaam te willen zijn als huisarts. Daarnaast voorziet 9,8% dat zij wel als huisarts actief blijven, maar in een a ndere klinische setting, bijvoorbeeld in een groepspraktijk in plaats van een solopraktijk. Een kleiner deel (4,9%) verwacht over te stappen naar een ander medisch specialisme. Verder gaf 14,8% aan in de toekomst deeltijds te willen werken. 3,3% van de respondenten gaf aan binnen vijf jaar met pensioen te gaan. Tot slot koos 9,8% voor "andere", waarbij deze respondenten uiteenlopende toekomstperspectieven aanhaalden,

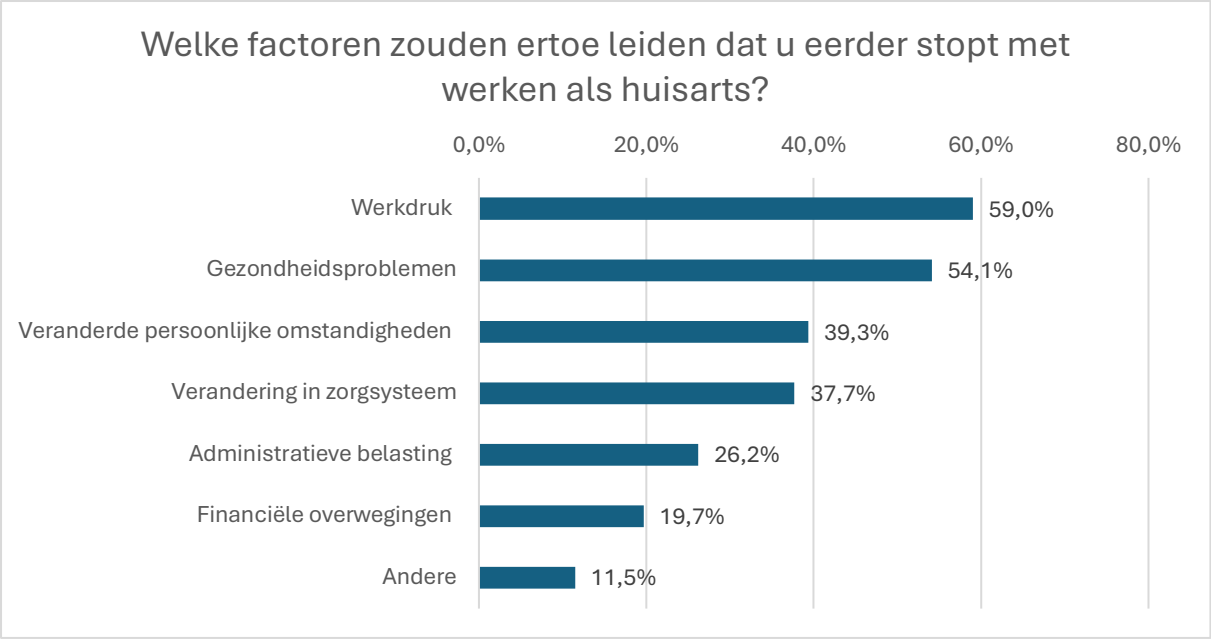
zoals het ontwikkelen van een andere vorm van patiëntencontact (bijvoorbeeld meer focus op preventieve geneeskunde met langere consultaties), het heroriënteren buiten de medische beroepen, of het combineren van het huisartsenvak met een andere specialisatie zoals sportgeneeskunde.



Figuur 4. Carrière over 5 jaar als huisarts

Wanneer specifiek gevraagd werd naar de intentie om het aantal werkuren te verminderen in de komende vijf jaar, antwoordde 41,0% bevestigend. Een bijna even groot aandeel (42,6%) gaf aan dit niet van plan te zijn, terwijl 16,4% aangaf hier nog over te twijfelen.

Als mogelijke redenen om vroegtijdig als huisarts te stoppen, kwam werkdruk als belangrijkste factor naar voren (59,0%), zoals weergegeven in figuur 5. Ook gezondheidsproblemen werden vaak genoemd (54,1%). Daarnaast gaf 39,3% aan dat veranderde persoonlijke omstandigheden een rol spelen, terwijl 37,7% verwees naar een verandering in het zorgsysteem. Administratieve belasting (26,2%) en financiële overwegingen (19,7%) werden minder vaak aangehaald.
In de categorie “andere” (11,5%) kwamen uiteenlopende thema’s naar. Daarbij werd onder meer gewezen op frustraties rond de manier waarop instanties omgaan met langdurige arbeidsongeschiktheid. Eén respondent gaf aan dat een bestraffende houding vanuit officiële instanties zo demotiverend werkt dat dit voor hem aanleiding zou kunnen zijn om te stoppen. Verder benoemden respondenten het gevoel dat hard werken onvoldoende beloond wordt, de vrees voor een verschuiving richting staatsgeneeskunde, en vooral een gebrek aan respect van patiënten.



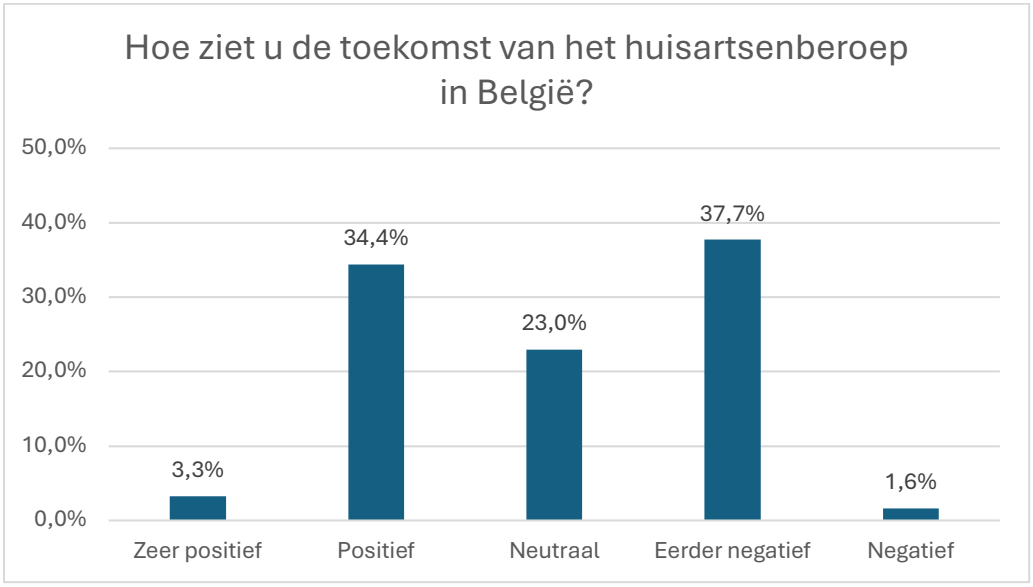
Figuur 5. Redenen om vroegtijdig te stoppen als huisarts

Uit de resultaten blijkt dat huisartsen vooral de werklast en -druk als belangrijkste uitdaging voor de komende jaren zien (80,3%). Ook de administratieve belasting wordt door een groot deel van de groep (68,9%) ervaren als een cruciale uitdaging. Andere vaak vermeldde aandachtspunten zijn: de balans tussen werk en privé (36,1%), de financiële compensatie (31,1%) en het gebrek aan ondersteunend personeel (29,5%).
In de open vraag haalden huisartsen nog enkele andere uitdagingen aan, voornamelijk maatschappelijke factoren zoals sociale afbraak en dakloosheid, de rol van arbeidsongeschiktheid en de impact van veranderingen in het zorgsysteem en regelgeving. Daarnaast uitten enkele respondenten hun bezorgdheid over een mogelijke uitholling van het beroep, waarbij de huisarts meer de rol van “gezondheidsmanager” zou krijgen en kerntaken zouden verschuiven naar andere zorgactoren. Zo haalde één respondent het belang van het behouden van professionele autonomie expliciet aan. Volgens deze respondent moeten huisartsen de ruimte behouden om hun kerntaken uit te voeren, zoals voorschrijven, vaccineren en het stellen van diagnoses, in plaats van deze taken systematisch uit te besteden aan andere beroepsgroepen zoals apothekers of verpleegkundigen. Daarnaast werd ook verwezen naar de toenemende mondigheid bij patiënten en het gebrek aan respect, waarbij sommige patiënten onmiddellijke oplossingen eisen en weinig waardering tonen voor de expertise van de huisarts. Tot slot kwamen ook de groeiende complexiteit en het overaanbod aan informatie naar voren als bijkomende uitdagingen.

Als belangrijkste motivatie om het huisartsenberoep te verlaten en naar een ander beroep over te stappen, werd het streven naar een betere werk- en privébalans het vaakst genoemd (54,1%). Ook de administratieve lasten (45,9%) werden als een belangrijke reden aangehaald. Verder werd aangegeven dat een betere financiële beloning in een ander beroep, evenals meer mogelijkheden tot professionele ontwikkeling, voor hen een motivatie zouden kunnen vormen om het huisartsenberoep te verlaten.

Bijkomend benoemden de respondenten zelf een overstap te overwegen om aan de huidige hoge werkdruk te ontsnappen, als een andere functie meer voldoening biedt en indien forfaitair systeem verplicht wordt in multidisciplinaire praktijken.

Wat de toekomst van het huisartsenberoep betreft, zien de respondenten dit eerder somber in. Slechts 3,3% gaf aan de toekomst zeer positief te bekijken, terwijl 34,4% dit eerder positief beoordeelde. Een minderheid (23,0%) bleef neutraal. Daartegenover gaf 39,3% aan de toekomst negatief te zien.



Figuur 6. Toekomstverwachtingen huisartsenberoep

Wat de toekomstige evolutie van de huisartsenpraktijk betreft, verwachten respondenten vooral veranderingen in financiering van de zorg (62,3%), gevolgd door veranderende patiëntenverwachtingen (60,7%). Daarnaast voorziet 44,3% een toename van de administratieve lasten en 36,1% een grotere focus op preventieve zorg.
In de open antwoorden werd voornamelijk verwezen naar een mogelijk verlies van professionele autonomie. Respondenten verwachten een toename van regelgeving, controle en taakdelegatie naar andere zorgverleners, waardoor de rol van de huisarts zou kunnen verzwakken. Eén respondent benadrukte expliciet het belang om de huidige vrijheid en autonomie van de huisarts te behouden.

Suggesties voor verbetering van het gezondheidssysteem

De suggesties van huisartsen om hun werkomstandigheden te verbeteren, omvatte uiteenlopende thema's. Een eerste cluster van antwoorden had betrekking op administratie en regelgeving. Respondenten pleitten voor minder administratieve verplichtingen en een afschaffing van korte ziekteattesten. Sommigen stelden voor om de beoordeling van de langdurige arbeidsongeschiktheid over te laten aan bedrijfs- of controleartsen. Daarnaast werd gewezen op de noodzaak tot vereenvoudiging en uniformering van attesten, databestanden en procedures, zodat de administratieve last vermindert.

Een tweede thema betrof de patiëntenvoorlichting en -educatie. Verschillende huisartsen gaven aan dat patiënten beter geïnformeerd moeten worden over wanneer een consult bij de huisarts noodzakelijk is, hoe men zelf kleine klachten kan aanpakken en welke verwachtingen realistisch zijn. Ook werd gepleit voor meer maatschappelijke aandacht voor preventie en gezondheidsvaardigheden.

Daarnaast kwam ook het respect en de waardering voor het huisartsenberoep sterk naar voren. Respondenten ervaren een gebrek aan erkenning vanuit zowel patiënten als overheid onder meer de toenemende mondigheid en soms weinig respectvolle houding van patiënten, en de negatieve beeldvorming van huisartsen in media en politiek. Respondenten benadrukten hierbij het belang van sensibilisering van de bevolking over het takenpakket en de meerwaarde van de huisarts, evenals het stopzetten van eenzijdige en negatieve berichtgeving, zoals het viseren van huisartsen bij medicatievoorschriften of langdurig ziekteverzuim. Ze vroegen om een positiever beeld van de huisarts, door meer te luisteren naar hun expertise.

Een vierde thema had betrekking op de organisatie van de zorg. Zo werd gepleit voor meer huisartsen en betere ondersteuning via onthaalmedewerkers en verpleegkundigen met bijhorende financiering. Anderzijds vroegen respondenten ook om een duidelijkere afbakening van het takenpakket van de huisarts, zodat kerntaken niet stelselmatig worden overgedragen naar andere beroepsgroepen. Daarnaast werd gewezen op de noodzaak tot betere samenwerking met andere specialisten, en op de behoefte aan sterkere ondersteuning vanuit lokale overheden, bijvoorbeeld bij het vinden van praktijklocaties of parkeergelegenheid. Verder werd de suggestie gedaan om de wachtregeling te verbeteren: de combinatie van wachtdiensten met het onmiddellijk garanderen van continuïteit van zorg de dag nadien werd als onhaalbaar beschouwd.
Verder kwamen ook financiering en vergoedingssystemen aan bod. Er werd gepleit voor een betere verloning van de vaak onzichtbare taken van de huisarts, zoals overleg met collega's of het bijhouden van dossiers. Ook werd een differentiatie in remgeld volgens inkomen voorgesteld en gesuggereerd om de wachtvergoeding realistischer te maken.

Tot slot werd regelmatig verwezen naar de noodzaak van beter functionerende IT-systemen die vlot gegevens kunnen uitwisselen tussen verschillende sectoren in de zorg (wzc, ziekenhuizen, apothekers, paramedici, …). Respondenten benadrukten dat een goed geïntegreerde digitale infrastructuur noodzakelijk is om efficiënter te kunnen werken.

Discussie

Bespreking van de voornaamste bevindingen

Deze studie had tot doel het hedendaagse huisartsenlandschap in België te beschrijven, met bijzondere aandacht voor de motiverende factoren bij de beroepskeuze en de toekomstperspectieven van huisartsen. De resultaten bieden inzicht in de motivatie van huisartsen voor het beroep en in de factoren die hun toekomstverwachtingen beïnvloeden.

Evolutie van het huisartsenlandschap en organisatievormen

De resultaten wijzen op een duidelijke verschuiving weg van de traditionele solopraktijk naar meer samenwerkingsgerichte praktijkvormen, zoals groepspraktijken en wijkgezondheidscentra. In deze studie werkte het merendeel van de respondenten in een groepspraktijk (73,8%), gevolgd door wijkgezondheidscentra (16,4%), terwijl slechts een kleine minderheid actief was in een solo-, duo- of netwerkpraktijk (elk 3,3%). Deze evolutie sluit aan bij bredere ontwikkelingen binnen de eerstelijnszorg, waarin multidisciplinaire samenwerking, taakdelegatie en gedeelde verantwoordelijkheid steeds prominenter worden [10].

Een mogelijke verklaring voor deze verschuiving is dat samenwerkingsvormen beter tegemoetkomen aan de verwachtingen en noden van hedendaagse huisartsen, in het bijzonder jongere artsen. Dergelijke settings bieden meer mogelijkheden tot collegiaal overleg, gedeelde zorg en het opvangen van werkdruk en administratieve lasten[11,12].

Daarnaast blijkt uit de resultaten dat de meerderheid van de respondenten een werkweek van 40 tot 44 uur rapporteerde, terwijl een kleinere groep meer dan 50 uur per week werkte. Dit wijst op variatie in werkbelasting binnen de steekproef en kan in verband worden gebracht met verschillen in praktijkorganisatie.

Motiverende factoren bij de keuze voor het huisartsenberoep

Met betrekking tot de eerste onderzoeksvraag – namelijk wat huisartsen motiveert in hun keuze voor het beroep – tonen de resultaten aan dat deze keuze hoofdzakelijk wordt bepaald door inhoudelijke en relationele motieven binnen het vak. Vooral de variatie in pathologie, de autonomie in het werk en de mogelijkheid tot het opbouwen van langdurige relaties met patiënten komen consistent naar voren als doorslaggevende factoren. Dit komt overeen met eerder onderzoeken van Kiolbassa K. et al en Deutsch T. et al, waarin patiëntgerichtheid, variatie en zelfbepaling eveneens als belangrijke determinanten worden beschreven bij de keuze voor huisartsgeneeskunde [3,4].

Deze bevindingen bevestigen dat de aantrekkingskracht van het huisartsenberoep in belangrijke mate ligt in de brede klinische scope en de centrale, persoonsgerichte rol van de huisarts binnen de zorg. De huisarts wordt niet enkel gezien als medisch expert, maar ook als vertrouwenspersoon die patiënten over langere tijd begeleidt. In de literatuur wordt deze combinatie van een holistische benadering en langdurige patiëntrelaties expliciet naar voren geschoven als kenmerkend voor het beroep[4].

Dit benadrukt het intrinsieke karakter van de motivatie voor het beroep, waarbij betekenisvol werk en professionele autonomie centraal staan.

De resultaten tonen aan dat financiële overwegingen een secundaire rol spelen bij de beroepskeuze. Hoewel financiële zekerheid voor een deel van de respondenten wel degelijk relevant is, fungeert deze eerder als randvoorwaarde dan als primaire drijfveer.

Deze bevinding ligt in lijn met eerder onderzoek, waarin wordt aangetoond dat de motivatie van huisartsen niet uitsluitend financieel gedreven is en dat intrinsieke factoren een belangrijke rol spelen [13,14]. Dit impliceert dat beleidsmaatregelen die louter inzetten op financiële stimulansen mogelijk onvoldoende zijn om de aantrekkelijkheid van het huisartsenberoep structureel te versterken, indien zij niet gepaard gaan met aandacht voor inhoudelijke autonomie, werkorganisatie en relationele aspecten van het beroep.

Werktevredenheid en professionele zingeving

In lijn met de vastgestelde motieven bij de beroepskeuze tonen de resultaten aan dat huisartsen een sterke verbondenheid ervaren met de inhoudelijke en sociale kern van hun werk [4]. Het patiëntencontact wordt het vaakst genoemd als het meest bevredigende aspect van het beroep, gevolgd door de variatie in pathologie en de ervaren autonomie. Deze elementen dragen in belangrijke mate bij aan werktevredenheid en aan het gevoel van professionele betekenis.
In de open antwoordcategorie werd door één respondent het contact met collega's benoemd als bevredigend aspect van het werk als huisarts.
Dit kan wijzen op het belang van intercollegiaal overleg, samenwerking en sociale ondersteuning binnen de eerstelijnszorg, aspecten die in de vooraf vastgelegde antwoordopties minder expliciet aan de bod kwam.
Tegelijkertijd wordt duidelijk dat ontevredenheid voornamelijk voortkomt uit factoren die buiten de directe zorgverlening liggen, zoals administratieve verplichtingen en organisatorische druk.

Belemmerende factoren en structurele uitdagingen

Wat betreft belemmerende factoren ervaren huisartsen vooral externe en structurele elementen als belastend. Administratieve lasten (zoals bijvoorbeeld: verlengen van arbeidsongeschiktheidsattesten), hoge werkdruk, organisatorische complexiteit en regelgeving worden frequent aangehaald als knelpunten. Daarnaast komt ook een gebrek aan waardering en respect naar voren, zowel vanuit patiënten als vanuit beleidsinstanties en media. Deze factoren beperken in zekere mate de ruimte om de inhoudelijke en relationele aspecten van het beroep, die net als motiverend worden ervaren, ten volle te realiseren.
Dit spanningsveld vormt een belangrijke verklaring voor gevoelens van frustratie en draagt mogelijk bij aan het overwegen van aanpassingen in werkvorm, werkbelasting of loopbaantraject.

Toekomstperspectieven

In relatie tot de tweede onderzoeksvraag – hoe huisartsen hun toekomst in het beroep inschatten – tonen de resultaten een genuanceerd beeld. Enerzijds geeft de meerderheid van de respondenten aan het huisartsenberoep op langere termijn te willen blijven uitoefenen, wat wijst op een blijvende betrokkenheid en identificatie met het beroep. Anderzijds blijkt dat velen hun toekomst zien in een gewijzigde setting, met aandacht voor deeltijds werken, alternatieve praktijkvormen of een verandering van hun professionele activiteiten.

Vertrouwen in de toekomst van het huisartsenberoep

Ondanks de sterke intrinsieke motivatie en relatief hoge werktevredenheid, tonen de resultaten aan dat het vertrouwen in een positieve toekomst van het huisartsenberoep in België beperkt is. Verwachte evoluties zoals toenemende regelgeving, administratieve druk, taakdelegatie en een mogelijk verlies aan professionele autonomie dragen bij aan een eerder somber toekomstbeeld.

Deze bevinding onderstreept het belang van beleidsmatige keuzes die niet alleen inzetten op capaciteit en efficiëntie, maar ook op het behoud van de professionele identiteit en autonomie van de huisarts. Zonder dergelijke aandacht dreigt het contrast tussen intrinsieke motivatie en externe druk verder toe te nemen, met mogelijke gevolgen voor het behoud van huisartsen binnen de eerstelijnszorg.

Beperkingen en sterktes van de studie

Bij de interpretatie van de resultaten moeten enkele beperkingen van deze studie in rekening worden gebracht.

Een eerste beperking is het gebruik van een vragenlijst als dataverzamelingsmethode. Hoewel enquêtes geschikt zijn om een grotere groep respondenten te bereiken, blijft de interpretatie van de vragen subjectief. Respondenten kunnen vragen verschillend begrijpen of antwoorden geven op basis van hun persoonlijke perceptie, wat kan leiden tot interpretatiebias. Om dit risico te beperken, werd de vragenlijst vooraf nagelezen door zowel een collega-HAIO als een niet-medisch geschoolde persoon, met als doel de duidelijkheid en begrijpelijkheid van de vragen te verhogen. Daarnaast bestaat bij zelfgerapporteerde gegevens steeds het risico op sociale wenselijkheid, waarbij respondenten geneigd zijn om antwoorden te geven die sociaal aanvaardbaar lijken, bijvoorbeeld rond werktevredenheid of motivatie.

Een tweede belangrijke beperking is het relatief lage aantal respondenten (n = 61). Dit beperkt de statistische kracht van het onderzoek en de mate waarin de resultaten kunnen worden gegeneraliseerd naar de volledige populatie van huisartsen in België. Een mogelijke verklaring voor de lage responsgraad is dat huisartsen een druk bevraagde doelgroep zijn. Daarnaast werden in dezelfde periode ook andere gelijkaardige enquêtes verspreid, onder meer vanuit ICHO en andere instanties, wat kan hebben geleid tot enquêtevermoeidheid. Hierdoor is het mogelijk dat vooral artsen met een uitgesproken mening of betrokkenheid bij het onderwerp de enquête hebben ingevuld, wat kan wijzen op selectiebias.

Daarnaast is de samenstelling van de steekproef niet uniform. De meerderheid van de respondenten was vrouw (87,0%) en vooral jongere huisartsen tussen 25 en 40 jaar waren sterk vertegenwoordigd, terwijl oudere leeftijdsgroepen duidelijk ondervertegenwoordigd zijn. Dit kan deels verklaard worden door het gebruik van een online enquête, die mogelijk toegankelijker en aantrekkelijker is voor jongere artsen. Ook jongere huisartsen en HAIO's zijn vaak actiever op digitale kanalen en beroepsnetwerken waarop de enquête werd verspreid. Deze scheve verdeling kan invloed hebben op de resultaten, aangezien werkbeleving, verwachtingen en toekomstplannen kunnen verschillen naargelang leeftijd, geslacht en fase in de loopbaan. Zo zouden jongere huisartsen bijvoorbeeld meer belang kunnen hechten aan werk-privébalans of autonomie dan oudere collega's.

Tot slot moet rekening worden gehouden met non-responsbias. Huisartsen die zeer ontevreden zijn of net bijzonder tevreden, kunnen meer geneigd zijn geweest om deel te nemen aan het onderzoek, terwijl anderen mogelijk geen tijd of motivatie hadden om de enquête in te vullen. Hierdoor kan het beeld van werktevredenheid en toekomstperspectief enigszins vertekend zijn.
Ondanks deze beperkingen biedt deze studie waardevolle inzichten in de motivatie, werkbeleving en toekomstverwachtingen van een groep huisartsen in België. De resultaten kunnen dienen als basis voor verder onderzoek met een grotere en meer diverse steekproef.

Deze studie heeft ook enkele sterke punten. Een belangrijke sterkte is de keuze voor een enquête als onderzoeksmethode. Deze methode maakt het mogelijk om op een relatief laagdrempelige en efficiënte manier een brede groep respondenten te bereiken. De vragenlijst kon bovendien snel worden ingevuld en vormde geen grote belasting voor de deelnemers.

Daarnaast werd rechtstreeks gepeild naar de ervaringen en percepties van huisartsen en huisartsen-in-opleiding zelf. Hierdoor wordt gewerkt met directe input vanuit het werkveld, wat zorgt voor een realistisch en actueel beeld van de dagelijkse praktijk.

Een bijkomende sterkte is dat de vragenlijst werd opgesteld op basis van bestaande literatuur. Hierdoor sluiten de bevraagde thema's goed aan bij eerder onderzoek en gekende determinanten van beroepskeuze en werktevredenheid, wat de inhoudelijke onderbouwing van de studie versterkt.

Daarnaast bieden de resultaten concrete aanknopingspunten voor beleidsmakers en organisaties binnen de eerstelijnszorg. De studie beperkt zich niet tot het beschrijven van knelpunten, maar brengt ook suggesties vanuit het werkveld in kaart, wat de praktische relevantie verhoogt.

Tegelijkertijd vormt deze studie, ondanks de genoemde beperkingen, een waardevolle basis voor verdere reflectie en toekomstgericht onderzoek binnen de huisartsgeneeskunde. De bevindingen benadrukken dat het essentieel is om niet alleen de instroom van nieuwe huisartsen te stimuleren, maar ook actief in te zetten op het behoud en welzijn van de huidige beroepsgroep. Hierbij lijkt het cruciaal om structurele knelpunten, zoals administratieve lasten en werkdruk, op een duurzame manier aan te pakken. De resultaten tonen aan dat het versterken van de professionele autonomie en het maatschappelijke imago van de huisarts een belangrijke rol kan spelen in de toekomst van het beroep. Verder onderzoek kan bijdragen tot een dieper inzicht in hoe deze factoren concreet kunnen worden verbeterd binnen de Belgische context. Toekomstig onderzoek zou zich in de eerste plaats moeten richten op het onderzoeken welke concrete organisatorische en beleidsmatige interventies de administratieve last en werkdruk van huisartsen effectief kunnen verminderen, evenals op de invloed van toenemende regelgeving en taakverschuiving op hun professionele autonomie en werktevredenheid.

Conclusie

Deze studie biedt inzicht in de motiverende factoren en toekomstperspectieven van huisartsen binnen het huidige Belgische huisartsenlandschap. De resultaten tonen aan dat de keuze voor het huisartsenberoep in belangrijke mate gedreven wordt door intrinsieke factoren, zoals de variatie in het werk, de autonomie en de mogelijkheid tot het opbouwen van langdurige relaties met patiënten. Deze elementen vormen de kern van de aantrekkingskracht van het beroep en dragen bij aan een hoge mate van werktevredenheid.

Tegelijkertijd wordt duidelijk dat externe en structurele factoren een aanzienlijke impact hebben op de dagelijkse praktijk en het toekomstperspectief van huisartsen. Administratieve lasten, hoge werkdruk, organisatorische complexiteit en een ervaren gebrek aan waardering vormen belangrijke knelpunten. Deze factoren zorgen voor een spanningsveld tussen de intrinsieke motivatie en de realiteit van het werk, wat bij een deel van de huisartsen leidt tot twijfel over hun verdere loopbaan.

Hoewel een meerderheid van de respondenten aangeeft het beroep te willen blijven uitoefenen, blijkt het vertrouwen in de toekomst van de huisartsgeneeskunde eerder beperkt. De verwachte toename van regelgeving, taakverschuiving en druk op de werkorganisatie draagt bij aan een eerder somber toekomstbeeld.

Deze bevindingen onderstrepen het belang van gerichte beleidsmaatregelen die niet alleen inzetten op instroom van nieuwe huisartsen, maar ook op het verbeteren van werkomstandigheden en het behoud van de huidige beroepsgroep. Het verminderen van administratieve lasten, het versterken van ondersteuning en samenwerking, en het waarborgen van professionele autonomie zijn hierbij cruciale aandachtspunten.

Een duurzame toekomst voor de huisartsgeneeskunde vereist dan ook een evenwicht tussen efficiëntie en werkbaarheid, waarbij de kernwaarden van het beroep behouden blijven.

Referenties

[1] Structuur van de bevolking 2025. https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/structuur-van-de-bevolking (accessed February 1, 2026).

[2] Contu F, Cossu G, Bitti B, Primavera D, Verma P, Forte V, et al. Physicians shortage in primary care: a protocol for updating a systematic review of recruitment and retention strategies. F1000Res 2026;15:194. https://doi.org/10.12688/f1000research.174754.1.

[3] Kiolbassa K, Miksch A, Hermann K, Loh A, Szecsenyi J, Joos S, et al. Becoming a general practitioner - Which factors have most impact on career choice of medical students? BMC Fam Pract 2011;12. https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-25.

[4] Deutsch T, Lippmann S, Heitzer M, Frese T, Sandholzer H. Choosing to become a general practitioner - What attracts and what deters? An analysis of German medical graduates' motives. J Family Med Prim Care 2016;5:34. https://doi.org/10.4103/2249-4863.184620.

[5] Making general practice attractive: encouraging GP attraction and retention KCE reports 90C n.d.

[6] Senf JH, Campos-Outcalt D, Kutob R. Factors related to the choice of family medicine: a reassessment and literature review. J Am Board Fam Pract 2003;16:502–12. https://doi.org/10.3122/jabfm.16.6.502.

[7] Barikani A, Javadi M, Mohammad A, Firooze B, Shahnazi M. Satisfaction and motivation of general physicians toward their career. Glob J Health Sci 2013;5:166–73. https://doi.org/10.5539/gjhs.v5n1p166.

[8] Gronseth IM, Malterud K, Nilsen S. Why do doctors in Norway choose general practice and remain there? A qualitative study about motivational experiences. Scand J Prim Health Care 2020;38:184–91. https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1753348.

[9] Bodendieck E, Jung FU, Conrad I, Riedel-Heller SG, Hussenoeder FS. The work-life balance of general practitioners as a predictor of burnout and motivation to stay in the profession. BMC Primary Care 2022;23. https://doi.org/10.1186/s12875-022-01831-7.

[10] Lambert A-S, Op de Beeck S, Herbaux D, Macq J, Rappe P, Schmitz O, et al. Transitie naar (meer) geïntegreerde zorg in België. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2022. https://doi.org/10.57598/R359AS.

[11] Floriani C, Forrer A, Habib L, Streit S. Work preferences and motivations of young general practitioners in Switzerland: findings from a cross-sectional survey of the Swiss Young General Practitioners Association (JHaS). BMC Primary Care 2026. https://doi.org/10.1186/s12875-026-03294-6.

[12] Jamart H, Kringos D, Tare D, Chokshi A, Tans A, Heymans I, et al. General practitioners' perceptions of interprofessional collaboration in Belgium: a qualitative study. BMC Primary Care 2025;26. https://doi.org/10.1186/s12875-025-02783-4.

[13] Yordanov D, Oxholm AS, Gyrd-Hansen D, Pedersen LB. Mapping GPs' motivation — it's not all about the money: a nationwide cross-sectional survey study from Denmark. Br J Gen Pract 2023;73:E687–93. https://doi.org/10.3399/BJGP.2022.0563.

[14] Zhao S, Ping J, Zhu H, Ji W, Wang Y, Wang Y. Job characteristics model-based study of the intrinsic motivations for primary care practitioners. Chinese General Practice Journal 2024;1:3–10. https://doi.org/10.1016/j.cgpj.2024.03.004.

Bijlagen

A. Goedkeuring commissie medische ethiek UZ Brussel

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

JOHAN VANSINTEJAN
VAKGROEP HUISARTSENGENEESKUNDE EN

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

Brussels, 2025-01-29

EC number: EC-2024-390

LEADING ETHICS COMMITTEE - SINGLE OPINION

Concerning :
The landscape of general practitioners in Belgium: research on motivating factors and future perspectives

BUN: 1432024000308

The Medical Ethics Committee of UZ Brussel/VUB reviewed the documents (see annex EC document list) concerning the above mentioned project from the ethical, legal and medical science points of view and in accordance with the Belgian Law of 7 May 2004 concerning experiments on the human person, Chapter VIII - Article 11 - § 4 : items 1 till 11

The Ethics Committee decided, during its meeting on 2025-01-29, that there are no objections to the study in its present form.

Please remark that the Green Light Procedure has to be completed before the study can be performed at UZ Brussel.

This approval is valid for the duration of the trial. The Committee wishes to obtain an annual trial status. Results of the trial should be transmitted to the Committee at the end of the trial (publication or summary if there is no publication planned). The Committee reminds the investigator of his/her personal responsibility for this project. The Committee does not take any responsibility for its favourable advice of the project. The Ethics Committee is organised and operates according to ICH-GCP and its applicable laws and regulations. The list of members is enclosed.

Kind regards,

Chairman
Vice-Chairman

Electronically signed by Audrey Van Scharen on 2/7/2025 4:49:12 PM (reviewed and approved)

Cc: FAGG, R&D department

B. Vragenlijst

Bent u een geregistreerde huisarts werkzaam in België en nederlandstalig?

- Ja (doorgaan naar vragenlijst)
- Nee (enquête wordt beëndigd)

<u>Demografische vragen</u>

Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw
- Andere

Wat is uw leeftijd?

- 'selecteren' (keuzemogelijkheden: 25-30, 30-40, 40-50, 50-60, 60-65, 65+)

Wat is uw burgerlijke staat op dit moment?

- 'selecteren' (keuzemogelijkheden: vrijgezel, relatie, getrouwd)

Hebt u kinderen?

- 'selecteren' (ja, nee)

Hebt u kinderwens?

- 'selecteren' (ja, nee)

In welk jaar bent u afgestudeerd als huisarts?

- 'selecteren' (keuzemogelijkheden: 1945-2000 en HAIO Fase 1/2/3)

In welk type praktijk werkt u voornamelijk?

- Solo-praktijk
- Duo-praktijk
- Groepspraktijk
- Wijkgezondheidscentrum
- Andere

Werkzaamheidsgebied:

- 'selecteren' (keuzemogelijkheden: Antwerpen, Brussel, Vlaams-brabant, Vlaanderen, Wallonië)

Hoeveel uur werkt u gemiddeld per week als huisarts?

- 'selecteren' (keuzemogelijkheden: <20, 20-30, 30-40, 40-50, >50)

Heeft u nog een andere professionele activiteit naast het huisartsenberoep? (vb. Kind&Gezin, academisch, CRA, ….)

- Open vraag

Motivatie voor de keuze van huisartspraktijk

Wat waren de belangrijkste redenen voor uw keuze om huisarts te worden? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- Werk-privébalans
- Autonomie en onafhankelijkheid
- Mogelijkheid om langdurige relaties met patiënten op te bouwen
- Variatie in medische pathologie
- Sociale impact en betekenisvol werk
- Financiële overwegingen
- Andere (gelieve te specificeren)

Hoe belangrijk was de mogelijkheid tot een goede werk-privébalans belangrijk bij uw keuze voor het huisartsenberoep?

- Helemaal niet belangrijk
- Enigszins belangrijk
- Neutraal
- Belangrijk
- Zeer belangrijk

Hoe belangrijk was de autonomie in uw werk bij uw keuze om huisarts te worden?

- Helemaal niet belangrijk
- Enigszins belangrijk
- Neutraal
- Belangrijk
- Zeer belangrijk

Hoe belangrijk was financiële zekerheid bij uw keuze om huisarts te worden?

- Helemaal niet belangrijk
- Enigszins belangrijk
- Neutraal
- Belangrijk
- Zeer belangrijk

Hoe belangrijk was relatie opbouw met patiënten bij uw keuze om huisarts te worden?

- Helemaal niet belangrijk
- Enigszins belangrijk
- Neutraal
- Belangrijk
- Zeer belangrijk

Hoe belangrijk was variatie in pathologie bij uw keuze om huisarts te worden?

- Helemaal niet belangrijk
- Enigszins belangrijk
- Neutraal
- Belangrijk
- Zeer belangrijk

Tevredenheid en ervaringen

Hoe tevreden bent u momenteel met uw werk als huisarts?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Neutraal
- Tevreden
- Zeer tevreden

In hoeverre voldoet uw huidige werk aan de verwachtingen die u had toen u begon aan uw carrière als huisarts?

- Helemaal niet
- Enigszins
- Neutraal
- Voldoet grotendeels
- Overtreft mijn verwachtingen

Welke aspecten van uw werk vindt u het meest bevredigend? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- Contact met patiënten
- Autonomie
- Variatie in pathologie
- Balans tussen werk en privé
- Maatschappelijke impact
- Andere:

Welke aspecten van uw werk vindt u het minst bevredigend? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- Administratieve lasten
- Hoge werkdruk
- Financiële compensatie
- Onvoldoende ondersteuning
- Gebrek aan autonomie
- Andere:

Toekomstperspectieven

Zou u, met de kennis van nu, opnieuw kiezen voor het huisartsenberoep?

- Ja, ik zou opnieuw huisarts worden
- Nee, ik zou wel opnieuw dokter worden, maar in een andere specialisatie
- Nee, ik zou een ander beroep kiezen

Hoe lang verwacht u nog als huisarts werkzaam te zijn?

- Minder dan 5 jaar
- 5-10 jaar
- 10-20 jaar
- Meer dan 20 jaar

Waar ziet u uzelf over 5 jaar in uw carrière als huisarts?

- Nog steeds werkzaam als huisarts
- Werkzaam als huisarts, maar in een andere setting (bv. groepspraktijk)
- Overstappen naar een ander medisch specialisme
- Parttime werken
- Met pensioen gaan
- Andere:

Bent u van plan om uw uren als huisarts te verminderen in de komende 5 jaar?

- Ja
- Nee
- Misschien

Welke factoren zouden ertoe kunnen leiden dat u eerder stopt met werken als huisarts? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- Werkdruk/burn-out
- Financiële overwegingen
- Gezondheidsproblemen
- Veranderde persoonlijke omstandigheden (bijv. familie)
- Verandering in zorgsysteem/reguleringen
- Administratieve belasting
- Andere:

Wat zijn volgens u de belangrijkste uitdagingen voor huisartsen in de komende jaren? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- Administratieve belasting
- Werklast en werkdruk
- Financiële compensatie
- Gebrek aan ondersteunend personeel
- Balans tussen werk en privé
- Andere:

Jobtevredenheid en toekomstkeuzes

Hoe zou u uw algehele jobtevredenheid als huisarts omschrijven?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Neutraal
- Tevreden
- Zeer tevreden

Wat zou uw motivatie zijn om van het huisartsenberoep naar een ander beroep over te stappen?

- Betere financiële beloning
- Minder administratieve lasten
- Betere werk-privébalans
- Meer professionele ontwikkeling
- Andere:

Hoe ziet u de toekomst van het huisartsberoep in België?

- Zeer positief
- Positief
- Neutraal
- Negatief
- Zeer negatief

Hoe denkt u dat de huisartspraktijk in België de komende jaren zal veranderen?

- Veranderingen in de financiering van de zorg
- Toenemende administratieve lasten
- Grotere focus op preventieve zorg
- Veranderende patiëntverwachtingen
- Andere:

Overwegingen voor beleidsmakers

Bent u tevreden met het huidige gezondheidssysteem waarin huisartsen in België werken?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Neutraal
- Tevreden
- Zeer tevreden

Welke maatregelen zouden volgens u het huisartsenberoep aantrekkelijker maken voor nieuwe generaties artsen? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- Meer financiële steun/subsidies
- Vermindering van administratieve lasten
- Meer autonomie in de praktijkvoering
- Beter ondersteunend personeel
- Verbetering werk-privé balans
- Meer mogelijkheden voor bijscholing
- Andere:

Wat denkt u dat nodig is om huisartsen langer in het vak te houden?

- Verbeterde werk-privébalans
- Financiële prikkels
- Vermindering van werkdruk
- Mentale en emotionele ondersteuning
- Andere:

Heeft u zelf suggesties of ideeën voor veranderingen in het gezondheidssysteem die het werk van huisartsen kunnen verbeteren?

- Open vraag