



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen

master in systeem- en procesinnovatie in de
gezondheidszorg

Masterthesis

***Kwalitatief onderzoek onder huisartsen in Limburg: wat is hun visie op population
health management***

Pieter-Jan Vanduren

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in systeem- en procesinnovatie in de gezondheidszorg

PROMOTOR :

Prof. dr. ir. Liesbet PEETERS



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

www.uhasselt.be

Universiteit Hasselt
Campus Hasselt:
Martelarenlaan 42 | 3500 Hasselt
Campus Diepenbeek:
Agoralaan Gebouw D | 3590 Diepenbeek

2024
2025



Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen

master in systeem- en procesinnovatie in de
gezondheidszorg

Masterthesis

***Kwalitatief onderzoek onder huisartsen in Limburg: wat is hun visie op population
health management***

Pieter-Jan Vanduren

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in systeem- en procesinnovatie in de gezondheidszorg

PROMOTOR :

Prof. dr. ir. Liesbet PEETERS

Inhoudsopgave

1. Abstract.....	2
2. Inleiding.....	3
3. Methode.....	5
3.1 Achtergrond van de onderzoekers.....	5
3.2 Semi-gestructureerde interviews.....	5
3.3 Rekrutering van deelnemers.....	5
3.4 Afname van interviews.....	5
3.5 Datasaturatie.....	5
3.6 Verwerking van data.....	6
3.7 Inhoudelijke opbouw van de interviews.....	6
3.8 Ethische overwegingen.....	6
4. Resultaten.....	6
5. Discussie.....	8
6. Conclusie.....	10
7. Verklaringen van de auteur.....	11
7.1 Belangenconflicten.....	11
7.2 Dankwoord.....	11
8. Referenties.....	11
9. Bijlagen.....	12
Bijlage 1: Interview guide.....	12
Bijlage 2: COREQ checklist.....	14
Bijlage 3: overzicht van inhoudelijke thema's en bevindingen.....	17

1. Abstract

Inleiding: De moderne gezondheidszorg staat onder druk door een steeds stijgende nood aan zorg vanuit een verouderende bevolking met een hogere prevalentie aan chronische aandoeningen. Het implementeren van population health management kan mogelijk een antwoord bieden op deze uitdagingen. Dit onderzoek gaat na hoe dit kan geïmplementeerd worden binnen de eerstelijnszorg, hoe dit vandaag reeds in de praktijk gebeurt en wat de barrières zijn voor verdere implementatie.

Methode: Huisartsen die werkzaam zijn in de provincie Limburg worden bevraagd over hun visie op population health management aan de hand van semi-gestructureerde interviews. De data die met deze interviews worden verzameld worden geanalyseerd door middel van inductieve inhoudsanalyse om te komen tot relevante inhoudelijke thema's en deze te exploreren.

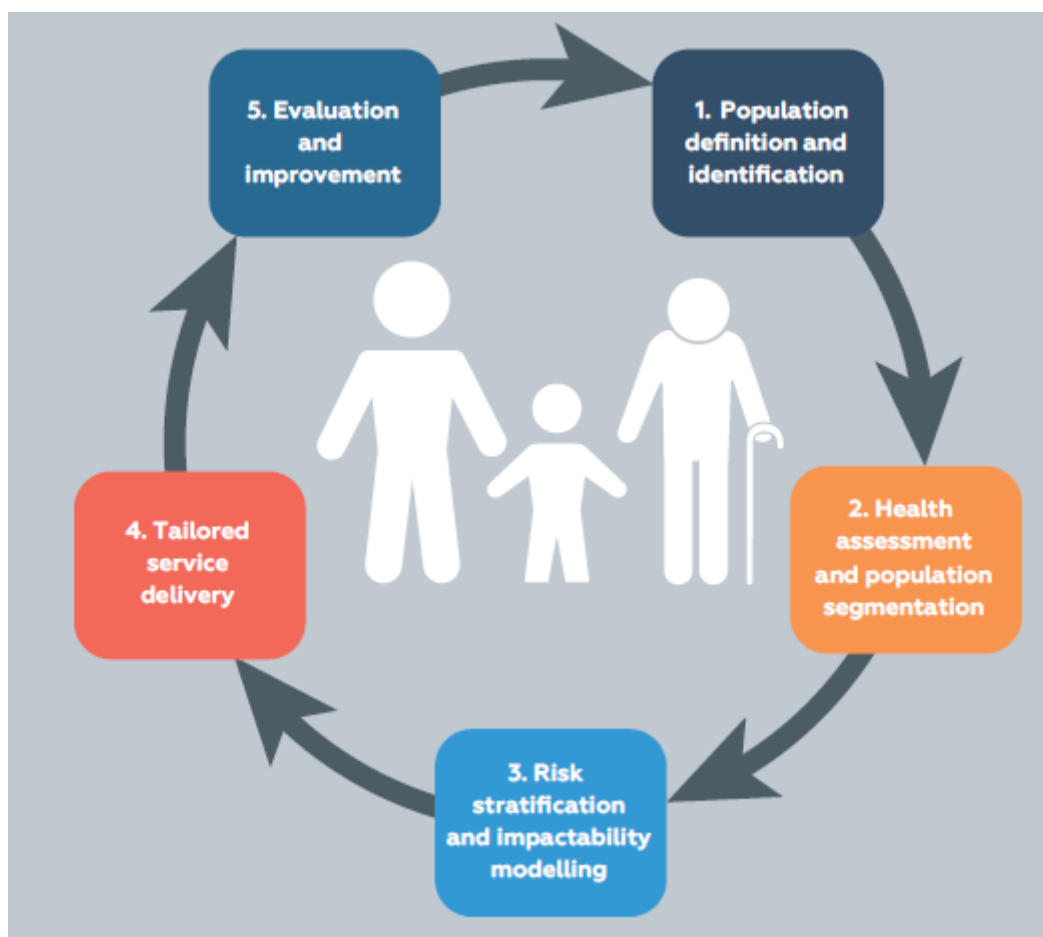
Resultaten: 7 interviews zijn uitgevoerd. Na analyse van de data zijn 5 inhoudelijke thema's geïdentificeerd: preventieve en proactieve zorg, data in de huisartsenpraktijk, financieringsmodellen, samenwerkingsverbanden en draagkracht van de zorgverlener. Binnen elk van deze thema's zijn faciliterende factoren en barrières voor het implementeren van population health management geïdentificeerd.

Conclusie: Dit onderzoek biedt een overzicht van mogelijke faciliterende factoren en barrières voor het implementeren van population health management in de eerstelijnszorg. Verder onderzoek dient dieper in te gaan op deze resultaten alvorens specifieke aanbevelingen naar de praktijk en het beleid toe kunnen worden gedaan.

2. Inleiding

Het huidige gezondheidszorgsysteem (op verschillende schalen, van gemeentelijk tot internationaal niveau) staat voor grote uitdagingen, waarvan de meesten al lang op voorhand konden worden voorspeld, maar waarvan toch hoogst onzeker is of het huidige systeem ermee zal weten om te gaan. Belangrijke uitdagingen omvatten: (1) een toenemende prevalentie van niet-overdraagbare en chronische aandoeningen [1], (2) een vergrijzende bevolking met een verhoogd risico op multimorbiditeit [2] en (3) een stijgende zorgvraag die de gezondheidszorgkosten verhoogt [3]. Verder worden er in Vlaanderen problemen ervaren m.b.t. de toegankelijkheid van de eerstelijns geneeskunde, de ondertussen welbekende huisartsentekorten en patiëntenstops, met als belangrijkste oorzaak de pensioneringsgolf onder oudere huisartsen [4].

Population health management kan handvaten aanreiken om om te gaan met deze uitdagingen. Tot op heden is er geen wetenschappelijke consensus bereikt over wat precies de definitie is van population health management (voortaan afgekort als PHM), [5] maar een aantal duidelijk afgeleide stappen zijn er wel in terug te vinden [6]: identificatie van de doelpopulatie, triple aim beoordeling (gezondheidstoestand van de populatie, kwaliteit en kost van zorg bepalen om zo noden binnen de populatie te identificeren), risicostratificatie (doelgroepen binnen de populatie met hoger risico op negatieve gezondheidssuitkomst identificeren), implementeren van op maat gemaakte interventies (volledige spectrum van preventie tot palliatieve zorg), impact van de interventie meten (volgens triple aim) en als laatste stap het formuleren van voorstellen tot verbetering. Dit dient te worden beschouwd als een cyclisch en iteratief proces zoals voorgesteld in figuur 1 (met stap 5 en 6 samengevoegd).



Figuur 1: visuele voorstelling van PHM cyclus [6]

De principes van PHM worden vandaag in bepaalde situaties reeds in de praktijk gebracht in de gezondheidszorg in Vlaanderen. Zo zijn er de screeningscampagnes voor colon-, borst- en baarmoederhalskanker, waarbij een bepaald deel van de populatie met bepaalde determinanten voor het ontwikkelen van ziekte (in dit geval leeftijd) proactief worden benaderd om hen preventieve gezondheidszorg aan te bieden, wat een mooie concrete invulling is van de principes van PHM. Wat betreft het omgaan met de toenemende prevalentie van chronische aandoeningen (dan gaat het vooral over hart- en vaatziekten, diabetes type 2, verschillende vormen van kanker, en dementie) is er echter nog ruimte om de principes van PHM beter in de praktijk te brengen.

Het doel van dit onderzoek is om huisartsen die werkzaam zijn in Limburg te bevragen over hun visie over het concept PHM. Meer specifiek wordt getracht in kaart te brengen hoe de principes die in PHM vervat zitten vandaag reeds in de praktijk te zien zijn, en anderzijds om in kaart te brengen waar nog mogelijkheden liggen om de gezondheidszorg nog meer uit te oefenen volgens de PHM-principes en wat de barrières zijn die huisartsen verhinderen om dit te doen.

Huisartsen vormen de doelgroep van dit onderzoek vanwege hun centrale positie in het landschap van de 1^e lijn in de gezondheidszorg en hun functie als belangrijkste toegangspoort tot de gezondheidszorg in het algemeen. Daarnaast hebben zij als arts ook een grote mate van autonomie (die wettelijk is vastgelegd [7]) om te beslissen hoe zij de uitoefening van de gezondheidszorg in de praktijk vorm geven. De manier waarop (de meeste) huisartsen in België op dit moment gefinancierd worden (per prestatie) kan het in de praktijk brengen van PHM ook in de weg staan, aangezien een chronisch zieke

patiënt die regelmatig ziekte-episodes doormaakt met nood aan curatieve zorg, meer opbrengt voor een arts dan iemand die zijn gezondheid mooi onder controle heeft.

De deelnemers aan dit onderzoek zijn allemaal actief als huisarts in de (Belgische) provincie Limburg. Deze specifieke geografische setting is relevant omwille van 2 belangrijke redenen: enerzijds is er een hoge prevalentie aan chronische aandoeningen in Limburg t.o.v. het Vlaamse gemiddelde [8], anderzijds is er ook een hoge vraag naar gezondheidszorg vanuit de Limburgse bevolking, wat zich vertaalt in het hoogste gemiddelde aantal consulten bij de huisarts per persoon per jaar van Vlaanderen en Brussel, namelijk 6,3. [9]

3. Methode

3.1 Achtergrond van de onderzoekers

De interviews in dit onderzoek werden afgenomen door 2 onderzoekers: AG en PV. AG is afgestudeerd als huisarts en is daarnaast in het bezit van een masterdiploma management en beleid in de gezondheidszorg. Zij werkte mee aan dit onderzoek in het kader van het schrijven van een doctoraatsthesis en was tijdens het onderzoek ook deeltijds actief als huisarts. PV is in het bezit van een masterdiploma geneeskunde en werkte mee aan dit onderzoek in het kader van het schrijven van een masterthesis (deze paper). Hij was tijdens het verloop van dit onderzoek voltijds student.

3.2 Semi-gestructureerde interviews

Om een volledig en representatief beeld te krijgen van de kijk van huisartsen in Limburg over het thema zoals beschreven in de inleiding werd een kwalitatief onderzoek uitgevoerd, waarbij huisartsen via semi-gestructureerde 1-op-1 interviews worden bevraagd. Het semi-gestructureerde aspect duidt op de aanwezigheid van een document met een lijst van thema's die in elk interview worden bevraagd, ter ondersteuning van de interviewer (zie bijlage 1). Er werd echter duidelijk gekozen voor een stijl van interviewen met een grote nadruk op doorvragen en het verkennen van de specifieke context en werksituatie van de bevroegde deelnemer.

3.3 Rekrutering van deelnemers

Wat betreft de rekrutering van deelnemers werd als volgt te werk gegaan: een van de onderzoekers (AG) bezocht lokale overleg- en navormingsbijeenkomsten (LOK's) van huisartsen verspreid over Limburg om het onderzoek voor te stellen en in contact te komen met mogelijke geïnteresseerden, om dan verder individueel afspraken te maken om de interviews te laten doorgaan. Qua rekruteringscriteria dienden de deelnemende huisartsen werkzaam te zijn in de provincie Limburg en in geval van een groepspraktijk mocht er niet meer dan 1 arts uit dezelfde praktijk aan het onderzoek deelnemen.

3.4 Afname van interviews

De interviews werden afgenomen bij de huisartsen thuis of in hun praktijk. Het interviewen van de deelnemers gebeurde in het begin van het onderzoek (interviews 1 t.e.m. 5, bij interview 4 was PV ook aanwezig) door onderzoeker AG, en naar het einde van het onderzoek toe (interviews 6 en 7) werd deze rol overgenomen door onderzoeker PV (bij interview 6 was promotor LP ook aanwezig). Uiteindelijk werden in totaal 7 interviews afgenomen.

3.5 Datasaturatie

Er werd voorafgaand aan het onderzoek geen aantal te interviewen huisartsen vastgelegd, maar de onderzoekers namen zich voor om door te gaan met nieuwe deelnemers te interviewen tot er datasaturatie was bereikt (het punt waarop de onderzoekers geen nieuwe inzichten meer vergaaren uit het verzamelen van meer data) [10].

3.6 Verwerking van data

De interviews werden opgenomen (alleen klank) en vervolgens getranscribeerd. Dit transcriptieproces gebeurde met behulp van de transcriptiesoftware in Nvivo (het programma waarmee ook de codering van de resultaten gebeurde, zie verder) waarna elk transcript manueel werd overlopen adhv de geluidsopname ter controle van de correctheid. Na het verzamelen en transcriberen van de data werden deze gecodeerd met behulp van het softwarepakket NVivo. Deze codering gebeurde op een stapsgewijze en iteratieve manier, waarbij in 1^e instantie een betekenis werd toegewezen aan elk afzonderlijk antwoord, en later deze coderingen werden gegroepeerd volgens hun inhoudelijke overeenkomst. Deze werkwijze sluit aan bij het concept van inductieve inhoudsanalyse. [14] Deze clusters van coderingen werden dan samengebracht tot inhoudelijke thema's. Er werden in totaal 5 inhoudelijke thema's geïdentificeerd (zie onderdeel "resultaten").

3.7 Inhoudelijke opbouw van de interviews

Wat betreft de inhoud van de interviews (gestuurd door de interview guide in bijlage 1) werd ervoor gekozen om verder te gaan dan enkel dat wat rechtstreeks met PHM te maken heeft. 6 thema's werden opgesteld als inhoudelijk raamwerk voor de interviews: PHM, datacollectie (op microniveau), New Deal [11], rol van de eerstelijnszones, ondersteunend personeel en multidisciplinaire samenwerking in de huisartsenpraktijk, arbeidsvreugde en werkbaarheid van het beroep. Er werd gekozen om de scope van de interviews wat breder open te trekken dan enkel PHM owv een aantal redenen: de onderzoekers zijn zich ervan bewust dat de term PHM (nog) niet echt ingeburgerd is onder zorgprofessionals, omdat het een vrij nieuw concept is en (nog) niet aan bod kwam in de opleidingen van zorgprofessionals, en omdat het voor velen een nogal abstract begrip is (het feit dat er geen duidelijke definitie van PHM bestaat helpt hier natuurlijk ook niet bij). Het bevragen van huisartsen over enkel PHM zou dus een risico met zich meebrengen van te weinig gespreksstof. Daarnaast wilden de onderzoekers een breed perspectief krijgen op de uitdagingen waar de gezondheidszorg vandaag mee wordt geconfronteerd zoals beschreven in de inleiding, en zo veel mogelijk ideeën, trends en concepten ter sprake brengen waarmee men deze uitdagingen tegemoet kan gaan.

3.8 Ethische overwegingen

Het ethisch comité van de UHasselt heeft het ontwerp van deze studie goedgekeurd (dossier nr CME2024/033). Alle deelnemers ontvingen voorafgaand aan hun deelname een formulier voor geïnformeerde toestemming. Bij de start van elk interview werd mondeling nog bevestiging gevraagd van de toestemming om het gesprek op te nemen.

4. Resultaten

7 interview werden afgenomen in de periode van september 2024 tot en met maart 2025. De duur van de interviews varieerde van 55 tot 90 minuten. Elk van de deelonderwerpen zoals beschreven in de interview guide kwam in elk interview aan bod maar de mate van detail en het aantal doorvragen per thema verschilde per interview.

Een overzicht van een aantal karakteristieken van de 7 deelnemers is als volgt: 3 vrouwen en 4 mannen namen deel, 2 deelnemers werken alleen (t.o.v. 5 in een groepspraktijk), de leeftijden van de deelnemers varieerden van 30 tot 64 jaar en hun aantal jaren ervaring in het beroep van 2 tot 37 jaar.

Doorheen het proces van analyse en codering van de data werden 5 belangrijke inhoudelijke thema's geïdentificeerd: proactieve en preventieve zorg, data in de huisartsenpraktijk, financieringsmodellen, samenwerkingsverbanden en draagkracht van de zorgverlener.

Een 1^e vaststelling die steeds bij het begin van elk interview duidelijk werd is dat het de term PHM onbekend is voor huisartsen. De achterliggende principes van PHM (risicostratificatie binnen de populatie, focus op de meest kwetsbare individuen) zijn dat echter niet, dus in die zin is het minder relevant dat de definitie van PHM niet gekend is. De deelnemers zijn in het algemeen overtuigd van het nut van een grotere focus op meer preventie en proactiviteit binnen de gezondheidszorg. De 3 screeningsprogramma's voor kanker in Vlaanderen als voorbeeld hiervan zijn welbekend bij de huisartsen, maar het was moeilijk om uitspraken te doen over hoe deze werkwijze op een grotere schaal (meer dan enkel screenen voor kanker) kan worden toegepast. Een belangrijk subthema binnen preventieve en proactieve gezondheidszorg was ook de verantwoordelijkheid en responsabilisering van de patiënt. Huisartsen zien het niet als hun taak om mensen zonder enige hulpvraag te benaderen, maar willen er wel mee voor zorgen dat patiënten zelf meer proactief op zoek gaan naar gezondheidszorg, door een combinatie van responsabilisering en het verhogen van gezondheidsgeletterdheid.

Op het vlak van data in de huisartsenpraktijk wordt het nut van het verzamelen en analyseren erkend, maar hinkt de mate waarin dit effectief in de praktijk wordt gebracht nog achterop. De deelnemers vinden het een goed idee om adhv data te worden vergeleken met collega's om voorbeelden van goede praktijkvoering te identificeren. Er werd ook aangehaald dat data nooit het volledige verhaal kunnen vertellen van wat er in een huisartsenpraktijk gebeurt omdat er altijd een stuk nuance verloren gaat bij het omzetten van praktijkvoering in data. Het correct (gecodeerd) registreren van data (o.a. over diagnoses) is nog niet overall geoptimaliseerd. Verder voelen huisartsen zich niet (voldoende) opgeleid om zelfstandig de relevante data uit hun elektronische dossiers te halen en te analyseren, dit zien ze liever gedaan worden door een externe partner die meer onderlegd is in datawetenschappen of gecentraliseerd op een hoger niveau.

Qua financiering zijn huisartsen over het algemeen tevreden over de financiële vergoeding die ze ontvangen voor hun werk. Ze zijn tevreden met het huidige systeem dat hun betaalt a rato van het aantal medische prestaties dat ze leveren. Een overstap naar een ander financieringssysteem dat zich meer op forfaitaire financiering richt wordt niet enthousiast onthaald, enerzijds omwille van ongerustheid over het verminderen van de totale som van de financiële vergoeding die ze zouden ontvangen en anderzijds omwille van het niet overtuigd zijn dat dit de kwaliteit en efficiëntie binnen het systeem ten goede zou komen.

Wat betreft het samenwerken tussen huisartsen en andere beroepen: Het inschakelen van een administratief medewerker is ondertussen goed ingeburgerd in de groepspraktijken (voor praktijken met 1 arts is dit een te grote financiële belasting). Het inschakelen van andere professionals (bv een verpleegkundige of psycholoog) binnen de praktijk die aan zorg gerelateerde taken kunnen overnemen van de huisarts is duidelijk minder populair. Dit heeft te maken met de financiële risico's die hieraan verbonden zijn en het gevoel van niet genoeg ondersteund te worden vanuit de overheid hiervoor. Huisartsen zijn wel overtuigd dat ze, vanuit een oogpunt van efficiëntie, een aantal technische taken beter zouden uitbesteden, maar kiezen liever voor het opbouwen van een goed netwerk aan zorgverleners waarnaar ze patiënten kunnen verwijzen dan het opnemen van die zorgverleners binnen de eigen praktijk.

De factoren die verklaren waarom huisartsen hun werk graag doen vallen grotendeels onder te verdelen in 2 categorieën: de contacten die ze hebben met hun patiënten en de vrijheid en autonomie

die ze hebben bij het uitoefenen van hun beroep. Regelmatige contactmomenten met patiënten faciliteren het opbouwen van een vertrouwensrelatie die veel professionele genoegdoening met zich meebrengt. Het beschikken over een hoge mate van vrijheid, zowel op inhoudelijk vlak (samen met de patiënt beslissen wat het beste plan van aanpak is zonder veel externe inmenging) als op organisatorisch vlak is een 2^e belangrijke bron van arbeidsvreugde voor huisartsen. De belangrijkste factoren die de aantrekkelijkheid van het beroep in negatieve zin beïnvloeden zijn de hoge administratieve werklast (waaronder het invullen van talloze attesten) en het ervaren van een hoge werkdruk in het algemeen (een vertaling van de grote vraag naar gezondheidszorg vanuit de maatschappij) die de balans tussen werk en privéleven soms uit evenwicht kan brengen.

Een uitgebreidere bespreking van de bevindingen (per thema en in tabelvorm, inclusief quotes van de deelnemers) is terug te vinden in bijlage 3.

5. Discussie

De centrale onderzoeksvraag van dit onderzoek is: wat is de visie van Limburgse huisartsen op PHM? Strikt genomen is het antwoord op die vraag dat huisartsen moeilijk een visie over PHM kunnen formuleren, simpelweg omdat het concept PHM grotendeels onbekend is voor hun. Zoals echter al in de sectie "methode" werd aangegeven, werd er geanticipeerd op het feit dat PHM een onbekend concept is voor huisartsen. Onbewust zijn ze wel veel bezig met PHM, omdat veel van de taken die onderdeel zijn van hun werk nauw aanleunen bij wat PHM is. Daarnaast doet het feit dat een huisarts niet precies weet wat PHM is geen afbreuk aan de relevantie van de inzichten die zijn voortgevloeid uit de interviews m.b.t. de geïdentificeerde inhoudelijke thema's.

Na screening van de wetenschappelijke literatuur werd geconcludeerd dat er geen voorgaand onderzoek is gebeurd met exact dezelfde vraagstelling en methodologie als dit onderzoek. Desondanks werden 2 publicaties geïdentificeerd met relevante bevindingen die kunnen worden vergeleken met dit onderzoek. De 1^e publicatie betreft een kwalitatief onderzoek van Steenkamer et al. [12] waarbij focusgroepen werden georganiseerd met deelnemers die vanuit hun beroep op hoog niveau beslissingen nemen omtrent gezondheidszorg en daaraan gerelateerd beleid en wetenschap in België, met als doel het identificeren van barrières die het implementeren van PHM in België in de weg staan en het formuleren van aanbevelingen om die barrières op te heffen. Een 1^e belangrijke conclusie is dat het huidige financieringssysteem (betaald worden per prestatie) de implementatie van PHM in de weg staat omdat het een reactieve vorm van gezondheidszorg stimuleert waarbij het behandelen van acute aandoeningen centraal staat. De huisartsen die aan dit onderzoek hebben deelgenomen hebben deze stelling noch bevestigd noch ontkracht, maar het is wel duidelijk dat op dit moment, bijna 2 jaar na de publicatie van het artikel van Steenkamer et al., er nog geen toegenomen animo of behoefte bij huisartsen lijkt te bestaan om te evolueren naar een ander financieringssysteem.

Een 2^e conclusie uit het onderzoek van Steenkamer et al. is dat zorgprofessionals (waaronder huisartsen) nog te weinig vertrouwd zijn met PHM ("de taal van PHM niet spreken") om het te kunnen implementeren in de praktijk. Deze kenniskloof is ook terug te vinden bij de deelnemers aan dit onderzoek.

Verder hebben Steenkamer et al. het over gedeelde verantwoordelijkheden voor het onderhouden van de volksgezondheid en de noodzaak om patiënten zelf de verantwoordelijkheid voor hun gezondheid en welzijn in handen te geven, alsook om hun gezondheidsgeletterdheid te verbeteren. Dit zijn eveneens stellingen die worden bevestigd door de deelnemers van dit onderzoek.

Een ander relevant artikel dat werd geïdentificeerd is dat van Geurten et al. [13] Dit betreft een review van artikels die rapporteren over hoe PHM-initiatieven die specifiek zijn bedoeld voor populaties van type 2 diabetici in de praktijk worden uitgerold. Een conclusie uit deze review die specifiek relevant is voor dit onderzoek, is dat de bestudeerde PHM-initiatieven zich steeds afspeelden binnen het domein van de gezondheidszorg, zonder andere takken van publieke dienstverlening (bv sociale zekerheid) erbij te betrekken. Dit komt overeen met het inzicht uit dit onderzoek dat huisartsen meestal hun eigen ding doen en enkel in contact staan met andere actoren binnen de gezondheidszorg, en veel minder met bv lokale overheden die hen kunnen wijzen op bepaalde noden die er bestaan in de lokale gemeenschap. Het idee lijkt te leven bij huisartsen dat het niet aan hun is om patiënten zonder specifieke zorgvraag proactief te benaderen, en dat zodra die zorgvraag ontstaat de patiënt zijn weg naar de gezondheidszorg wel zal vinden (want dat zou ook zijn eigen verantwoordelijkheid moeten zijn). Echter tonen cijfers van de Belgische overheid aan dit specifiek m.b.t. diabetes niet zo goed lijkt te werken in de praktijk, aangezien naar schatting 1/3 van de diabetespatiënten niet gediagnosticeerd is. [1]

Er dient te worden gewezen op een aantal beperkingen of zwaktes die eigen zijn aan dit onderzoek, en de mogelijke verklaringen ervoor te exploreren. Het belangrijkste punt van (geanticipeerde) kritiek zit in de afwezigheid van volledige datasaturatie. In het onderdeel "methoden" is beschreven dat de onderzoekers zich bij het begin van het onderzoek voornamen om nieuwe deelnemers te blijven rekruteren tot er voor elk van de deelonderwerpen die werden bevraagd datasaturatie was bereikt. Na 7 interviews te hebben afgenomen werd er tot de conclusie gekomen dat voor een aantal thema's datasaturatie was bereikt. Zo werd er vastgesteld dat de geïnterviewde huisartsen met unanimititeit een negatieve perceptie hebben t.o.v. de New Deal, en dit hoofdzakelijk om financiële redenen. Ook de hypothese van de kenniskloof rond PHM (zoals beschreven in de inleiding) werd grotendeels bevestigd. Bij andere thema's was er echter veel meer diversiteit in de manier waarop de verschillende er tegenover stonden of mee omgingen. Zo waren er duidelijke verschillen in de manier waarop in verschillende praktijken data werden verzameld alsook welke analyses er op deze data werden uitgevoerd en wat er met de resultaten van die analyses werden gedaan. Het lag in de lijn der verwachtingen dat, bij het uitvoeren van meer interviews, er nog andere manieren van het in de praktijk brengen van datagestuurde zorg zouden worden gevonden. Ook binnen het deelonderwerp arbeidsvreugde en werkbaarheid van de job was de diversiteit binnen de antwoorden groot. Dit viel in de lijn der verwachtingen aangezien inherent erg subjectief van aard is en er een groot aantal persoonlijke factoren hier een invloed op kunnen uitoefenen.

Als er geen of onvolledige datasaturatie is bereikt stelt men zich als onderzoeker de vraag hoe dat komt of wat men, achteraf gezien, anders had kunnen doen om wel datasaturatie te bereiken. Een 1^e voor de hand liggende verklaring is dat er meer dan 7 interviews hadden moeten worden afgenomen. De reden hiervoor kan als volgt worden omschreven: het beëindigen van de rol van onderzoeker AG als medewerker aan dit onderzoek bemoeilijkte de rekrutering van nieuwe deelnemers in belangrijke mate, aangezien het belang van AG in dit rekruteringsproces moeilijk kan worden overschat. Het feit dat AG zelf actief is als huisarts en dus mogelijke deelnemers aan het onderzoek kon benaderen als collega en zo een netwerk kon opbouwen bleek een belangrijke factor in het scheppen van de nodige vertrouwensrelatie tussen onderzoeker en deelnemer binnen wetenschappelijk onderzoek. Dit bleek ook in de praktijk toen de 2^e onderzoeker, PV, dit rekruteringsproces wilde verderzetten. Voorafgaand aan het onderzoek werd ook geanticipeerd op mogelijke moeilijkheden met het rekruteren van voldoende deelnemers aangezien aan hen gevraagd wordt om toch een aanzienlijke hoeveelheid tijd (90 minuten) te reserveren in hun agenda die ze anders zouden kunnen besteden aan beroeps- of andere activiteiten, en dit zonder enige vergoeding te ontvangen voor hun deelname aan het onderzoek.

Een 2^e piste die mogelijk naar (meer) datasaturatie had kunnen leiden is het inhoudelijk anders opbouwen van de interviews. Als men kijkt naar de interview guide (zie bijlage 1) die werd gebruikt om de inhoud van de interviews te structureren en deze vergelijkt met de verschillende definities van PHM uit het reviewartikel van Steenkamer et al. [5] zal direct opvallen dat de meerderheid van de gespreksthema's geen deel uitmaken van de definitie van PHM. Zoals vermeld in de sectie methoden is er bewust beslist om de inhoud van de interviews uit te breiden voorbij wat volgens de wetenschappelijke literatuur tot de definitie van PHM behoort, deels ter anticipatie op de mogelijke kenniskloof over PHM die er bestaat bij huisartsen. Voor elk van de deelonderwerpen die in de interview guide staan beschreven kan ook zeker worden beredeneerd waarom ze relevant zijn of kunnen zijn voor het implementeren van PHM in Limburg. Desondanks was het, achteraf bekeken, waarschijnlijk een beter idee geweest om van start te gaan met een beknoptere interview guide, met minder verschillende deelonderwerpen en deelonderwerpen die nauwer aansluiten bij de kerndefinitie van PHM. Sleutelvragen waar de interviews rond zijn opgebouwd zouden dan kunnen zijn: "Hoe krijgt preventieve gezondheidszorg vorm in de dagelijkse praktijk? (bv adhv een concrete aandoening)" "Hoe worden gezondheidsdeterminanten op populatieniveau in kaart gebracht en hoe kan die informatie huisartsen helpen in hun dagelijkse werkzaamheden?" "Hoe worden deelpopulaties van individuen met een verhoogd risico op bepaalde negatieve gezondheidsuitkomsten geïdentificeerd en kan dit best op het niveau van de individuele praktijk of op een hoger niveau gebeuren?" "Hoe kunnen deze mensen proactief worden benaderd?" "Welke obstakels ondervindt u in de huidige manier van werken die u verhinderen om te evolueren richting meer PHM?". Het hebben van een kortere interview guide leidt ook tot kortere interviews waardoor er sneller datasaturatie optreedt. Kortere interviews vergemakkelijken op hun beurt het rekruteringsproces omdat mogelijk geïnteresseerde deelnemers minder tijd hoeven te spenderen aan het onderzoek en deze mogelijke drempel tot deelname dus kleiner wordt.

6. Conclusie

Het gezondheidszorgsysteem in zijn huidige vorm heeft af te rekenen met de uitdaging van een verouderende bevolking met een toenemende prevalentie aan chronische aandoeningen, wat de kwaliteit, toegankelijkheid en financiële duurzaamheid van het systeem onder druk kan zetten. Op een andere manier aan gezondheidszorg doen, volgens de principes van PHM, kan helpen om met deze uitdagingen om te gaan. Huisartsen in Limburg werden bevraagd over dit thema. In specifieke situaties zoals het screenen naar specifieke soorten kanker en het vaccineren tegen influenza wordt reeds gewerkt volgens een methodiek die nauw aanleunt bij PHM, maar een allesomvattende implementatie van PHM in de eerstelijnszorg in Vlaanderen is nog veraf. Belangrijke barrières die nog bestaan hiervoor zijn een gebrek aan inzicht in PHM, een financieringssysteem dat geen stimulans geeft voor preventieve en proactieve zorg, een gebrek aan data-analyse in de gezondheidszorg en een gebrek aan samenwerking tussen verschillende actoren binnen en over de grenzen van de gezondheidszorg heen. Toekomstige initiatieven om PHM te implementeren in Vlaanderen dienen zich op deze zaken te focussen. Toekomstig onderzoek om de barrières voor het implementeren van PHM in de 1elijnszorg te verkennen kunnen zich afzonderlijk en met scherper afgelijnde vraagstellingen op deze in kaart gebrachte barrières toespitsen.

7. Verklaringen van de auteur

7.1. Belangenconflicten

De auteur verklaart hierbij geen tegenstrijdige belangen te dienen.

7.2. Dankwoord

De auteur wenst in de 1^e plaats een boodschap van dank en appreciatie uit te spreken voor Anouk Geenen, wiens inbreng cruciaal was in verschillende fases van dit onderzoek: opstarten van het onderzoek en scherpstellen van de onderzoeksvraag, bekomen van ethische goedkeuring, rekrutering van deelnemers, verzamelen en analyseren van data. Daarnaast wenst de auteur ook een woord van dank te richten aan de promotor van dit onderzoek, Liesbet Peeters, voor het uitvoeren van haar rol als promotor op een zeer “down to earth” en laagdrempelig bereikbare manier. Tot slot wenst de auteur nog prof dr Steve Van den Bulck te bedanken voor de tijd die hij bereid was vrij te maken voor het geven van inhoudelijke en methodologische feedback tijdens het proces van het schrijven van deze paper.

8. Referenties

1. Renard F, Scohy A, De Pauw R, Jurčević J, Devleeschauwer B. Health status report 2021: the state of health in Belgium. Brussel: Sciensano; 2022.
2. Chronische aandoeningen en multimorbiditeit: leeftijd en geslacht: VZ info; [Beschikbaar via: <https://www.vzinfo.nl/chronische-aandoeningen-en-multimorbiditeit/leeftijd-en-geslacht>].
3. Naar een gezond België: financiële duurzaamheid 2024 [Beschikbaar via: <https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/duurzaamheid-van-het-gezondheidssysteem/financiele-duurzaamheid>].
4. Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2024. KCE; 2024.
5. Steenkamer BM, Drewes HW, Heijink R, Baan CA, Struijs JN. Defining Population Health Management: A Scoping Review of the Literature. *Popul Health Manag*. 2017;20(1):74-85.
6. Struijs JN, Drewes HW, Heijink R, Baan CA. How to evaluate population management? Transforming the Care Continuum Alliance population health guide toward a broadly applicable analytical framework. *Health Policy*. 2015;119(4):522-9.
7. Gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, (2015).
8. Provincies in cijfers: gezondheid: Provincies in cijfers; 2023 [Beschikbaar via: <https://provincies.incijfers.be/dashboard/eerstelijnszones/gezondheid>].
9. New Deal voor huisartsen: simulatietool: AADM, BVAS, Domus Medica; 2023 [Beschikbaar via: <https://newdealhuisartsen.be/simulatietool/>].
10. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant*. 2018;52(4):1893-907.
11. Vandenbroucke F. Naar een New Deal voor de Huisarts(praktijk). Kabinet van minister van sociale zaken en volksgezondheid; 2022.
12. Steenkamer B, Vaes B, Rietzschel E, Crombez J, De Geest S, Demeure F, et al. Population health management in Belgium: a call-to-action and case study. *BMC Health Serv Res*. 2023;23(1):659.
13. Geurten RJ, Struijs JN, Bilo HJG, Ruwaard D, Elissen AMJ. Disentangling Population Health Management Initiatives in Diabetes Care: A Scoping Review. *Int J Integr Care*. 2024;24(1):3.
14. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008;62(1):107-15.
15. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57.

9. Bijlagen

Bijlage 1: Interview guide

Inleidende vraag

1. Population Health Management
 - a. Wat verstaat u onder PHM?
 - b. Wat zijn de voordelen van werken volgens dit principe?
 - c. Welke barrières ervaart u om meer PHM toe te passen?
2. Datacollectie
 - a. In hoeverre bent u bezig met het registreren van data in uw praktijk
 - i. Is correct coderen voor u belangrijk?
 - ii. Heeft u al ooit data uit uw patiëntenbestand gehaald om aan de hand hiervan een actieplan te maken?
 - iii. Heeft u dit actieplan ook uitgevoerd?
 - b. Hoe zou zorg op afstand kunnen helpen? Vb. thuismeting van glycemie of bloeddruk en het doorsturen hiervan naar de praktijk.
 - i. Welke doelgroep lijkt het meest zinvol? (Hartkloppingen? Diabetes?)
 - ii. Welke pathologie lijken het meest zinvol om te betrekken?
 - iii. Hoeveel van uw patiënten zijn in staat om deel te nemen in een project met zorg op afstand?
3. New Deal
 - a. In hoeverre bent u op de hoogte van de plannen van minister Vandenbroucke met betrekking tot de 'New Deal'?
 - b. Is uw praktijk ingeschreven om mee te doen met het project?
 - i. Waarom niet?
 - ii. Waarom wel?
 - c. Mocht u garantie hebben dat uw inkomen onveranderd blijft, waarom zou u dan wel of niet meedoen?
4. ELZ
 - a. In welke mate bent u tevreden over de werking van de ELZ?
 - b. Op welk gebied zouden zij meer ondersteuning kunnen bieden voor u of uw praktijk?
 - c. Welke verwachtingen hebt u naar de toekomst toe mbt de ELZ?
 - i. Aanbieden van ondersteunende diensten/personeel? Welke?
 - ii. Zou u gebruik maken van een populatiemanager om advies te geven over uw praktijk?
5. Ondersteunend personeel
 - a. Welke ondersteunde disciplines werken er momenteel in uw praktijk?
 - b. Wat is voor u de toegevoegde waarde van deze personeelsleden?
 - c. Welke taken voeren deze disciplines uit? Welke taken hebben zij van u overgenomen?
 - d. Hoe zou dit zich in de toekomst verder kunnen ontwikkelen?
 - i. Andere disciplines?
 - ii. Meer uren/ondersteuning?
6. Huidige ervaren werkplezier
 - a. Als u uw werkgeeluk als huisarts in de praktijk een cijfer moet geven, welk cijfer is dit?
 - i. Waarom niet <-1>?
 - ii. Waarom niet <+1>?
 - b. Wat hebt u nodig om ervoor te zorgen dat het <+1> wordt?
 - c. Wat hebt u zelf al geprobeerd in uw carrière om het cijfer omhoog te krijgen?

- d. Hoe is uw huidige work/life balance?
- e. Zou u minder uren willen werken?
- f. Hoe belangrijk is de hoogte van uw inkomen voor u?
- g. Welk percentage van uw inkomsten zou u willen afstaan om hoeveel minder te werken? Waarom niet meer? Waarom niet minder?

Bijlage 2: COREQ checklist [15]

Nr.	Item	Omschrijving	Onderdeel #
Domein 1: Onderzoeksteam			
Persoonlijke eigenschappen			
1.	Interviewer/facilitator	Welke auteur(s) voerden de interviews of focusgroepen uit?	Zie 3.3
2.	Referenties/opleiding	Wat zijn de referenties/vooropleidingen van de onderzoekers?	Zie 3.1
3.	Beroep	Wat was het beroep van de onderzoekers op het moment van het onderzoek?	Zie 3.1
4.	Geslacht	Zijn de onderzoekers mannen of vrouwen?	AG: vrouw PV: man
5.	Ervaring en training	Welke ervaring of training hebben de onderzoekers?	AG: voorgaande masterthesis rond kwalitatief onderzoek met interviews PV: geen voorgaande ervaring met kwalitatief onderzoek
Relationship with participants			
6.	Relatie ontwikkeld	Werd een relatie ontwikkeld voorafgaand aan het onderzoek?	Nee
7.	Kennis van de deelnemers over de onderzoekers	Wat wisten de deelnemers over de onderzoekers? (persoonlijke doelen, motief voor uitvoeren van het onderzoek)	Deelnemers waren ervan op de hoogte dat dit onderzoek kaderde in het doctoraat van AG en de masterthesis van PV
8.	Eigenschappen van de onderzoekers	Welke eigenschappen over de onderzoekers werden gerapporteerd? (vooringenomenheid, veronderstellingen, interesse in het onderwerp)	Geen, geen argumenten voor vooringenomenheid van de onderzoekers, interesse vanuit opleiding in gezondheidszorg
Domein 2: Opzet van het onderzoek			
Theoretisch raamwerk			
9.	Methodologische oriëntatie en theorie	Welke methodologische oriëntatie wordt gebruikt om het onderzoek te ondersteunen? (<i>grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis</i>)	Dit onderzoek is kwalitatief van aard, waarbij data werden verzameld adhv semi-gestructureerde interviews. Voor het analyseren

			van de data werd gewerkt volgens de principes van inductieve inhoudsanalyse. [14]
Selectie van deelnemers			
10.	Steekproefselectie	Hoe werden deelnemers geselecteerd? (doelmatig, opeenvolgend, sneeuwbalmethode, ...)	Elke mogelijke deelnemer die na benadering bereid was om deel te nemen werd geïncludeerd (dus geen selectie)
11.	Methode van benadering	Hoe werden potentiële deelnemers benaderd? (fysiek, telefonisch, e-mail, ...)	Fysiek, telefonisch, e-mail
12.	Steekproefgrootte	Hoeveel mensen namen deel aan het onderzoek?	7
13.	Niet-deelneming	Hoeveel mensen weigerden om deel te nemen of beëindigden hun deelname vroegtijdig? Wat waren de redenen hiervoor?	Aantal onbekend, belangrijkste redenen waren tijdsgebrek en gebrek aan kennis over of interesse in het onderwerp
Omstandigheden			
14.	Omstandigheden van dataverzameling	Waar werden de data verzameld? (thuis, op het werk, ...)	Zie 3.3
15.	Aanwezigheid van niet-deelnemers	Waren er behalve de deelnemers en de onderzoekers nog mensen aanwezig bij het verzamelen van de data?	Zie 3.3
16.	Beschrijving van de steekproef	Wat zijn belangrijke eigenschappen van de steekproef (demografische gegevens, ...)	Zie 4
Dataverzameling			
17.	Interview gids	Worden vragen uit de interviews of een gids voor de interviews vrijgegeven door de auteurs? Werd dit op voorhand getest?	Zie bijlage 1 Niet op voorhand getest
18.	Herhaalde interviews?	Werden meerdere interviews afgenomen bij dezelfde deelnemer? Zo ja, hoeveel?	Nee
19.	Geluids- of beeldopname	Werden er geluids- of beeldopnamen gemaakt bij het verzamelen van de data?	Geluidsopnamen
20.	Notities	Werden er notities genomen tijdens of na de interviews of focusgroepen?	Ja
21.	Duur	Hoe lang duurden de interviews of focusgroepen?	55-90 minuten (zie 4)
22.	Datasaturatie	Wordt er gerapporteerd over datasaturatie?	Ja (zie 3.4, 4, 5)
23.	Teruggave van transcripties	Werden de transcripties teruggegeven aan de deelnemers voor commentaar en/of verbetering?	Nee
Domein 3: analyse en bevindingen			
Data-analyse			

24.	Aantal data-codeerders	Hoeveel onderzoekers codeerden de data?	2 (AG deels, PV volledig)
25.	Omschrijving van de coderingsboom	Wordt er door de auteurs een omschrijving van de coderingsboom gegeven?	Overzicht van thema's: zie 4 + bijlage 3
26.	Opstellen van thema's	Werden inhoudelijke thema's vooraf opgesteld of afgeleid uit de data?	Afgeleid uit de data (doch komen wel deels overeen met de thema's uit de interview guide)
27.	Software	Welke software (indien van toepassing) werd er gebruikt om om te gaan met de data?	NVivo
28.	Controle door deelnemers	Werd er door de deelnemers feedback gegeven op de bevindingen?	Nee
Rapportering			
29.	Gepresenteerde quotes	Werden quotes van de deelnemers gepresenteerd om de thema's of bevindingen te illustreren? Werden deze quotes geïdentificeerd (adhv deelnemersnummer)	Ja Niet geïdentificeerd Zie bijlage 3
30.	Overeenstemming tussen data en bevindingen	Was er overeenstemming tussen de gepresenteerde data en de bevindingen?	Ja (zie 4 + bijlage 3)
31.	Duidelijkheid van hoofdthema's	Werden de hoofdthema's duidelijk voorgesteld in de bevindingen?	Zie 4 + bijlage 3
32.	Duidelijkheid van subthema's	Is er een beschrijving van diverse casussen of een bespreking van de subthema's?	Zie 4 + bijlage 3

Bijlage 3: overzicht van inhoudelijke thema's en bevindingen

Hoofdthema	% van interviews waar het thema aan bod kwam	Belangrijkste algemene bevindingen	Datasaturatie?	Quote(s)
Proactieve en preventieve zorg	100%	Het concept PHM (zoals beschreven in de inleiding) is niet bekend bij huisartsen. Enkele mooie voorbeelden van proactieve en preventieve zorg uit de praktijk zijn de 3 screeningsprogramma's voor borst-, darm- en baarmoederhalskanker (deze worden weliswaar niet door de huisartsen georganiseerd, maar zij hebben er desondanks een belangrijke rol in door het motiveren van patiënten tot deelname) en daarnaast het identificeren prioritaire populaties voor vaccinaties zoals die tegen influenza. Voor bepaalde specifieke aandoeningen wordt in de praktijk dus al gewerkt volgens een methodiek die sterk aanleunt bij het cyclische stappenplan dat PHM is. Voor andere aandoeningen (bv hart- en vaataandoeningen) is dit minder of nog niet het geval.	Ja	(Als antwoord op de vraag wat PHM betekent): "Moeilijke vraag. Ik ga er vanuit dat het gaat over organisatie van de gezondheid van een grote groep mensen." "De verantwoordelijkheid over hun gezondheid ligt nog altijd bij de patiënt zelf." "Anderzijds denk ik dat er ook een responsabilisering van de patiënt zelf, dat daar heel hard op ingezet moet worden." "Als arts rechtstreeks, denk ik dat je moeilijk mensen kunt gaan contacteren, die helemaal geen

		Er dient ook vermeld te worden dat in 5 van de 7 interviews expliciet wordt gewezen op de verantwoordelijkheid van de patiënt om zelf de regie over zijn gezondheid in handen te nemen, waarbij het niet de schuld van het gezondheidszorgsysteem of de maatschappij mag zijn dat iemand niet preventief met zijn gezondheid bezig is.		hulpvraag hebben.” “Een puur preventief consult komt bijna niet voor.”
Data in de huisartsenpraktijk	6/7	Huisartsen vinden het over het algemeen goed om op basis van data uit hun elektronische dossiers feedback te krijgen over hun praktijkvoering. Kanttekeningen hierbij zijn onder andere: er moet voldoende rekening worden gehouden met de karakteristieken van de verschillende patiëntenpopulaties bij het vergelijken van praktijken, het doel van de data-analyses moet zijn om goede praktijkvoering in kaart te brengen om zo de kwaliteit van gezondheidszorg te verhogen en niet in de 1^e plaats om artsen te controleren en te sanctioneren. Er werd door 3 deelnemers ook expliciet op gewezen dat data niet zaligmakend zijn in de zin dat niet alles wat in de dagelijkse praktijkvoering	Nee	“Ik denk dat die data eruit halen, dat is niet echt onze corebusiness als huisarts.” “Ik denk dat je een beetje appels met appels en peren met peren moet vergelijken, natuurlijk.”

		gebeurt in cijfers kan worden gegoten zonder dat daarbij belangrijke nuances verloren gaan. Artsen zijn zich er in het algemeen ook van bewust dat het verzamelen van relevante data nog beter kan, daarmee vooral bedoelend dat het gebruik van ICD-coderingen voor het ingeven van diagnoses nog niet overal helemaal is ingeburgerd. Een laatste belangrijk inzicht is dat het verzamelen en analyseren van data geen of zo weinig mogelijk extra administratieve belasting met zich mag meebrengen, en waar mogelijk het analyseren van data wordt uitbesteed aan anderen (niet-artsen).		
Financieringsmodellen	100%	Huisartsen zijn over het algemeen tevreden met de vergoeding die ze ontvangen voor hun werk (1 deelnemende praktijk aan het onderzoek had zich wel recent gedeconventioneerd). Het idee van (deels) over te stappen van betaald worden per prestatie naar een forfaitair bedrag per ingeschreven patiënt (wat een onderdeel is van de New Deal die regelmatig ter sprake werd gebracht) werd over het algemeen met weinig enthousiasme	Nee	“Vaak is subsidie wel zo iets wat dat huisartsen wel motiveert om bepaalde dingen te gaan implementeren.” “En als we allemaal gaan naar forfaitair ... denk ik dat dat heel veel artsen gaat tegenhouden om te zeggen ik ga er dan nog meer

		onthaald. De geïnterviewde huisartsen lijken niet overtuigd dat een ander financieringssysteem dan per prestatie betaald worden zal bijdragen aan betere gezondheidszorg. Integendeel, er werd door 2 deelnemers het argument naar voren geschoven dat per prestatie betaald worden de toegankelijkheid van de zorg verhoogt door artsen te stimuleren om meer patiënten te zien op een dag dan strikt noodzakelijk (bv tijdens de uren waarin er een wachtdienst beschikbaar is). De hypothesen dat betaling per prestatie overconsumptie van gezondheidszorg aanwakkert en dat een forfaitair vergoedingssysteem een verschuiving van curatieve zorg naar preventieve zorg en gezondheidspromotie kan bewerkstelligen werden niet besproken in de interviews.		(patiënten) zien.” Over de New Deal: “Financieel gezien, onze praktijk, ja goed, we verdienen er een pak minder door.”
Samenwerkingsverbanden	100%	In groepspraktijken is het inschakelen van een administratief medewerker ingeburgerd (de 5 groepspraktijken waarvan een arts deelnam aan het onderzoek hadden er allemaal een), voor artsen die solo werken is het meestal een te grote investering (geen van beide alleen werkende artsen in het onderzoek had een administratief medewerker in	Nee	“Ik denk dat iedereen werkt een beetje op zijn of haar eigen manier” “Ik denk dat op dit moment, zijn er veel taken die wij nog doen, die wij niet per se hoeven te doen.” “Iets waar wij al

		dienst). Wat betreft het samenwerken met andere gezondheidszorgberoepen: in 2 van de deelnemende groepspraktijken was er deeltijds een verpleegkundige werkzaam, in de andere praktijken waren de huisartsen de enige gezondheidszorgprofessionals aanwezig. In het algemeen vinden huisartsen het niet zo belangrijk om onder 1 dak samen te werken met andere zorgberoepen, zo lang ze patiënten vlot kunnen doorverwijzen zodra daar nood aan is. De redenen die hiervoor werden opgegeven waren enerzijds financieel van aard (financiële ondersteuning vanuit de overheid voor het aanwerven van praktijkondersteuning stond nog niet voldoende op punt) en anderzijds hadden ze liever een netwerk van professionele partners ter beschikking dan op 1 medewerker te moeten vertrouwen voor het geval die dan afwezig zou zijn door bijvoorbeeld ziekte of zwangerschap. Het uitbesteden van bepaalde technische taken aan verpleegkundigen die artsen nu vaak zelf doen wordt door de meeste artsen als positief aanzien vanuit een perspectief van		jaren achter vragen is eigenlijk een fatsoenlijke ondersteuning voor bijvoorbeeld een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk. Ze hebben daar die opleiding voor, maar die verpleegkundige, je moet die dan aannemen, en bekostigen, maar die kan zelfs geen prestaties zelf aanrekenen.”
--	--	---	--	---

		efficiëntie, maar aan de andere kant hoeden ze zich ervoor om te veel het contact met de patiënt te verliezen vanuit het standpunt van een kwaliteitsvolle therapeutische relatie (zie volgende thema).		
Draagkracht van de zorgverlener	100%	Vrijheid en autonomie is een concept dat vaak naar voren kwam tijdens de interviews als voorwaarde voor het graag uitoefenen van de job. Die vrijheid gaat zowel over de inhoud van het beroep (samen met de patiënt beslissingen maken over diagnose en behandeling, uiteraard rekening houdend met wetenschappelijke inzichten maar zonder al te veel bemoeienis van bovenaf door de overheid) als over het organisatorische aspect (zelf de hoeveelheid en duur van de consulten bepalen, eigen dagindeling opmaken waarbij rekening kan worden gehouden met de persoonlijke situatie). Een 2^e belangrijke bron van motivatie die vaak werd vermeld is het contact met de patiënten en het kunnen opbouwen van een vertrouwensband. Om dit te kunnen doen is het belangrijk dat er voldoende contactmomenten zijn tussen arts en patiënt. Dit sluit aan bij het thema samenwerkingsverbanden: artsen zijn zich er wel van	Nee	"Ik vind dat ontzettend belangrijk dat ik mijn eigen ding kan doen." " Ik weet van mijzelf dat ik die verbinding moet kunnen aangaan met een patiënt." "...de attestencultuur in België..." (als bron van frustratie en onnodig geachte administratie) "Ik doe de job inhoudelijk wel nog graag. Je haalt veel voldoening uit patiëntencontacten." "Er zijn soms conflictsituaties, rond attesten vaak ook, dat er dan conflicten ontstaan."

		bewust dat ze een deel van hun tijd spenderen aan technische handelingen waarvoor ze eigenlijk overgekwalificeerd zijn en die perfect zouden kunnen worden overgelaten aan een verpleegkundigen (zoals het verwijderen van hechtingen of het afnemen van een bloedstaal), maar zijn toch vaak niet geneigd om die taken ook effectief uit handen te geven omdat die contactmomenten met de patiënt hun de gelegenheid geven om met de patiënt in interactie te gaan over een ander onderwerp (bv een motiverend gesprek over de levensstijl van de patiënt, “2 vliegen in 1 klap slaan”) en de kwaliteit van de relatie te verbeteren. Een belangrijke bron van demotivatie voor veel huisartsen die prominent aan bod kwam is de hoge administratieve werklast die het beroep met zich meebrengt. Specifiek ging het dan vaak over het veelvuldig moeten invullen van attesten door de artsen waarvan het nut voor hun niet altijd duidelijk was of waarvoor zij zichzelf niet als de best geplaatste persoon zagen om de correcte gegevens die op het attest moeten worden ingevuld te achterhalen (een typisch voorbeeld hiervan is een huisarts die op een attest		
--	--	---	--	--

		voor arbeidsongeschiktheid moet invullen hoe lang de werknemer niet in staat zal zijn om zijn job uit te oefenen, terwijl de arts eigenlijk onvoldoende inzicht heeft in de specifieke werkomstandigheden van die werknemer om die vraag accuraat te kunnen beantwoorden). Een andere (doch kleinere) bron van frustratie die ook terugkwam in de interviews is het door de huisartsen gepercipieerde gebrek aan gezondheidsgeletterdheid onder de patiënten. Ze erkennen hun eigen rol in het correct voorlichten van de patiënten maar wezen ook op de mogelijkheid en verantwoordelijkheid van de verschillende overheden om op dit vlak een breder publiek te kunnen informeren (bijvoorbeeld door de bevolking te wijzen op het bestaan van websites met goed onderbouwde gezondheidsgerelateerde informatie zoals Sensoa of Gezondheid en wetenschap).		
--	--	--	--	--