Perspectieven van Vlaamse huisartsen op de samenhang tussen toenemende werkdruk en zorgkwaliteit

Auteurs: Laurie Gilbert, Tine Lioen, Ziggy Hayot, Universiteit Gent

Promotor: Els Clays, Universiteit Gent

Co-promotoren: Janique Lobbestael, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: [2022 – 2025]

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.

Inhoudstafel

Abstract 1
1. Inleiding 2
1.1 Conceptualisering van een 'hoge werklast' en de invloed ervan op huisartsen 2
1.2 Conceptualisering van 'kwaliteit van zorg' 3
1.3 Verschillende factoren beïnvloeden de werkdruk 3
1.4 Invloed van de werkdruk op kwaliteit van zorg 4
1.5 Verlagen van de werkdruk: ideeën uit de literatuur 5
2. Methodologie 8
2.1 Onderzoeksopzet 8
2.2 Literatuuronderzoek en ontwikkeling van de topic guide 8
2.3 Ethische goedkeuring 8
2.4 Werving van deelnemers 8
2.5 Dataverzameling 9
2.6 Transcriptie en data-analyse 9
3. Resultaten 11
3.1 Karakteristieken van de geïnterviewde huisartsen en praktijken 11
3.2 Conceptualisering van werkdruk en kwaliteitsvolle zorg 12
3.2.1 Werkdruk: een multidimensionaal concept 12
3.2.2 Kwaliteitsvolle zorg: een holistische benadering 13
3.2.3 Huidige strategieën voor kwaliteitsoptimalisatie 14
3.3 Factoren die werkdruk beïnvloeden 15
3.3.1 Werkdrukverhogende factoren 15
3.3.2 Werkdrukverlagende factoren 17
3.4 Impact van werkdruk op zorg en zorgverlener 19
3.4.1 Effect van werkdruk op de arts als persoon 19
3.4.2 Effect van werkdruk op medisch handelen 20
3.5 Strategieën en interventies voor werkdrukbeheersing 25
3.5.1 Praktijkgerelateerde interventies 25
3.5.2 Overheidsgerelateerde interventies 26
3.5.3 Persoonlijke interventies 29
3.5.4 Reflecties op werkdruk en efficiëntie 29
3.5.5 Reflecties van huisartsen op het onderzoek 30
4. Discussie 32
4.1 Werkdruk en kwaliteit van zorg: conceptualisering, beïnvloedende factoren en impact 32

4.2 Sterktes en beperkingen van het onderzoek 36
4.3 Implicaties voor praktijk en beleid 37
5. Besluit 39
6. Referenties 40
7. Bijlagen 41
7.1 Bijlage 1 41
7.2 Bijlage 2 43

Abstract

Achtergrond: Internationaal onderzoek toont dat huisartsen aanzienlijke werkgerelateerde stress ervaren met negatieve impact op zorgkwaliteit. Ondanks toenemende werkdruk bij Vlaamse huisartsen is weinig bekend over hun ervaringen met de relatie tussen werkdruk en zorgkwaliteit.

Doelstelling: Dit onderzoek verkent hoe Vlaamse huisartsen de relatie tussen werkdruk en zorgkwaliteit ervaren, hoe zij deze concepten definiëren, en welke strategieën zij zien om werkdruk te verminderen.

Methode: Middels kwalitatief onderzoek werden 8 focusgroepen en 4 diepte-interviews afgenomen bij een diverse groep huisartsen uit verschillende praktijkvormen. De data werd geanalyseerd via thematische analyse tot saturatie werd bereikt.

Resultaten: Vlaamse huisartsen beschrijven werkdruk als multidimensionaal, gekenmerkt door controleverlies over werklast en tijdsbesteding. Kwaliteitsvolle zorg definiëren zij holistisch, met nadruk op tijd voor de patiënt, bio-psycho-sociale benadering, evidence-based handelen en toegankelijkheid.

Onder toenemende werkdruk blijven sommige zorgaspecten beschermd (klinisch onderzoek, acute zorg) terwijl andere in het gedrang komen (preventie, communicatie, dossiervoering). Huisartsen rapporteren fysieke en mentale uitputting, continue cognitieve belasting en verminderde jobtevredenheid.

Werkdrukverhogende factoren omvatten: meerdere klachten per consult, complexe patiëntengroepen, administratieve lasten, onderbrekingen, en het huisartsentekort. Als werkdrukverlagende strategieën worden genoemd: taakdelegatie, administratieve vereenvoudiging, geïntegreerde IT-systemen, herstructurering van wachtdiensten en capaciteitsverhoging.

Conclusie: Er bestaat een spanningsveld tussen de holistische zorgbenadering die huisartsen nastreven en de realiteit van toenemende werkdruk. Huisartsen maken een fundamenteel onderscheid tussen sneller werken (afgedwongen door werkdruk) en slimmer werken (vereist reflectietijd). Deze inzichten bieden aanknopingspunten voor gerichte interventies op praktijk- en beleidsniveau.

1. Inleiding

Het beroep van huisarts biedt een grote diversiteit, diepgang en betekenisvolle mogelijkheden om mensen te helpen. De huisarts is het eerste aanspreekpunt voor zowel fysieke als mentale problemen van de patiënt, volgt chronische problematiek op, werkt preventief, speelt een centrale rol binnen het zorgnetwerk en fungeert als schakel tussen de patiënt en de tweede lijn van de zorg. Deze positieve aspecten gaan echter vaak gepaard met significante uitdagingen. Onderzoek in Engeland toont aan dat 68% van de huisartsen aanzienlijke werkgerelateerde stress ervaart, waarbij 93% rapporteert dat de werkdruk een negatieve invloed heeft op de kwaliteit van patiëntenzorg.(1) Deze bevindingen worden ondersteund door ander Engels onderzoek waaruit blijkt dat twee derde van de huisartsen hun werklast als 'onhoudbaar' of 'onbeheersbaar' omschrijft (2).

Ook in Nederland manifesteren zich vergelijkbare trends. Onderzoek naar burn-out bij huisartsen wijst op een prevalentie van ongeveer 20% (3). Dit percentage zou zelfs een onderschatting kunnen zijn vanwege het 'healthy worker effect', aangezien artsen die arbeidsongeschikt waren door burn-out niet in deze cijfers werden meegenomen. De nauwe verwevenheid tussen burn-out en hoge werklast is goed gedocumenteerd, evenals het feit dat burn-out bij artsen de kwaliteit van zorg kan ondermijnen (4, 5). Een systematische review toont aan dat burn-out onder zorgverleners significant geassocieerd is met verminderde patiëntveiligheid en een lagere kwaliteit van zorg, waarbij de relatie tussen burn-out en medische fouten het sterkst is aangetoond (6).

1.1 Conceptualisering van een 'hoge werklast' en de invloed ervan op huisartsen

Huisartsen ervaren een hoge werklast door werkdagen van 10-14 uur zonder adequate pauzes. Deze druk wordt versterkt doordat naast directe patiëntenzorg ook toenemende administratieve taken ervoor zorgen dat werk doorloopt in avonden, weekends en vakanties. Deze situatie dwingt tot multitasking en laat weinig ruimte voor zorgvuldige reflectie op klinische beslissingen (1, 2, 5). Onderzoek wijst uit dat deze factoren bijdragen aan de globale burn-out-epidemie onder zorgverleners, met ongeveer de helft van alle artsen die symptomen van burn-out ervaart (7). De gevolgen van deze aanhoudende werkdruk zijn aanzienlijk. Toenemende stress manifesteert zich in vermoeidheid, concentratieproblemen en verminderde energie voor niet-werkgerelateerde activiteiten (5, 6). Diverse onderzoeken associëren deze werkdruk met ernstigere risico's zoals middelenmisbruik, relationele problemen, psychische aandoeningen en in extreme gevallen zelfs suïcidaliteit (6-8).

Studies bij ziekenhuisartsen tonen een significant verband tussen verminderde professionele autonomie en symptomen van burn-out (4), een inzicht dat waarschijnlijk ook relevant is voor

de huisartsenpraktijk. Deze problematiek wordt mogelijk versterkt door een evolutie in beroepsopvatting: waar het artsenberoep traditioneel als roeping werd gezien, wordt het nu meer als reguliere baan beschouwd met veranderende verwachtingen omtrent werk-privé balans (5).

De werkdruk heeft ook een substantiële invloed op de professionele voldoening. Wanneer huisartsen door tijdgebrek niet de zorg kunnen bieden die ze willen leveren volgens hun professionele standaarden, daalt hun werktevredenheid en intrinsieke motivatie (1). Werkomstandigheden die kwaliteitszorg structureel bemoeilijken, leiden tot lagere professionele tevredenheid en verhoogd risico op burn-out (9).

1.2 Conceptualisering van 'kwaliteit van zorg'

Het begrip 'kwaliteit van zorg' kent verschillende interpretaties in de literatuur.

Volgens Allen-Duck wordt kwaliteit in de gezondheidszorg primair gekenmerkt door zorg die zowel effectief als veilig is, ingebed in een cultuur van uitmuntendheid, en gericht op het behalen van optimale gezondheidsresultaten (10).

Campbell et al. benaderen kwaliteitsvolle zorg vanuit een breder perspectief als zorg die zowel effectief als toegankelijk is. Volgens hun onderzoek kan de kwaliteit van zorg worden teruggebracht tot twee kernvragen: Krijgt de patiënt de juiste zorg op het juiste moment? En is deze zorg zowel klinisch als interpersoonlijk effectief? Deze definitie omvat zowel technische als relationele aspecten van zorgverlening (11).

1.3 Verschillende factoren beïnvloeden de werkdruk

De werkdruk bij huisartsen wordt beïnvloed door diverse factoren die kunnen worden onderverdeeld in patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden categorieën.

Patiëntgebonden factoren

De vergrijzing speelt een significante rol in de toenemende werklast (9). Oudere patiënten presenteren vaak complexere zorgbehoeften die meer opvolging en coördinatie vereisen. Aansluitend hierop vormt het toenemend aantal patiënten met chronische aandoeningen een bijkomende belasting voor de eerstelijnszorg (5, 9).

Er is ook een duidelijke verandering merkbaar in de behoeften en verwachtingen van patiënten, zoals een groeiende vraag naar gepersonaliseerde zorg en intensievere begeleiding bij chronische aandoeningen (1, 2, 5, 9). Maatschappelijke ontwikkelingen zoals verminderde ondersteuning door familie, beperktere sociale netwerken en taalbarrières dragen bij aan complexere patiëntinteracties (5).

Niet-patiëntgebonden factoren

Administratief: Een voorname belastingsfactor zijn de administratieve taken die huisartsen naast hun medische rol moeten vervullen (1, 2, 5, 6, 9). Deze vergen aanzienlijk veel tijd en hebben een significante impact op de totale werkdruk. Wright en Katz et al. wijzen erop dat voor elk uur aan directe patiëntenzorg, artsen één tot twee uur besteden aan administratie, wat de balans tussen patiëntcontact en papierwerk ernstig verstoort (12).

Organisatorisch/structureel: De verschuiving van verantwoordelijkheden van de tweede naar de eerste lijn heeft de werklast substantieel verhoogd (1, 2, 5, 6, 9). Ook verlof of ziekte van collega's wordt vaak genoemd als oorzaak van acute werkdrukverhoging (5, 6). De medische vooruitgang brengt meer behandelingsmogelijkheden met zich mee, wat artsen meer opties biedt maar tegelijk consultatie- en administratietijd kan verlengen (5, 7, 9).

Financieel: Economische overwegingen spelen eveneens een rol. Aangezien een deel van de financiering afhangt van het aantal geziene patiënten, terwijl de 'capitation fee' een kleiner deel van de totale inkomsten vormt en de praktijkkosten blijven stijgen, kan dit leiden tot economische druk en langere werktijden (5).

Juridisch/professioneel: Het verhoogd risico op juridische procedures draagt bij aan stress en werklast (2). Tegelijkertijd speelt de maatschappelijke verwachting dat artsen zelf mentaal en fysiek gezond zijn een rol in werkdrukbeleving. Artsen neigen ertoe eigen gezondheidsproblemen te minimaliseren en blijven doorwerken ondanks klachten, wat op termijn hun werkdruk verder beïnvloedt (3). Patel et al. benadrukken dat deze werkdruk, gecombineerd met weinig ondersteuning, kan leiden tot verhoogd risico op burn-out en daaraan gerelateerde professionele fouten (13).

Epidemieën: Het aantal consultaties per dag heeft eveneens een directe invloed op de werklast, terwijl epidemieën zoals het griepseizoen of COVID-19 tot aanzienlijke werkdrukpieken leiden (1, 2, 5, 6).

1.4 Invloed van de werkdruk op kwaliteit van zorg

De verhoogde werkdruk in de huisartsengeneeskunde beïnvloedt de zorgkwaliteit op meerdere niveaus. Ten eerste leidt werkdruk vaker tot defensieve geneeskunde, waarbij artsen onderzoeken of behandelingen voorschrijven primair om zichzelf juridisch in te dekken (1, 6, 13). De angst voor rechtszaken wordt door artsen expliciet genoemd als factor die hun werkdruk verder verhoogt (2).

Tijdgebrek dwingt huisartsen zich vooral te richten op acute en extern opgelegde doelstellingen, waardoor preventieve zorg, interdisciplinair overleg, bijscholing en persoonlijke recuperatie in het gedrang komen (5). Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat er

substantieel bewijs is voor een verband tussen burn-out en depressie en verminderde patiëntveiligheid, waarbij professionals met symptomen van burn-out of depressieve klachten een verhoogd risico hebben op het maken van medische fouten (14, 15).

Jobgerelateerde factoren zoals slaaptekort en verminderde motivatie door aanhoudende werkdruk leiden tot verminderde klinische alertheid en een verhoogd risico op medische fouten, wat de effectiviteit en veiligheid van de huisartsenzorg negatief beïnvloedt (6, 7).

Door de hoge werkdruk stijgen de wachttijden voor afspraken, wat de toegankelijkheid van zorg vermindert. Ook de continuïteit van zorg en de kwaliteit van communicatie met patiënten lijden onder tijdsdruk (5). Onderzoek toont aan dat de consultatietijd sterk samenhangt met patiënttevredenheid; kortere consultaties worden als minder waardevol ervaren, vooral bij psychosociale klachten (6).

Artsen die onder tijdsdruk sneller moeten werken, besteden aantoonbaar minder aandacht aan psychosociale en chronische klachten, preventieve zorg en leefstijladvies (6, 12). Werkdruk beïnvloedt ook het klinisch redeneren; huisartsen geven aan soms medische 'shortcuts' te nemen, zoals sneller doorverwijzen of antibiotica voorschrijven, wat kan leiden tot meer voo fouten en suboptimale zorg (5).

1.5 Verlagen van de werkdruk: ideeën uit de literatuur

Hoewel sommige werkdrukfactoren moeilijk vermijdbaar zijn, zoals de vergrijzing van de populatie, presenteert de literatuur diverse potentiële maatregelen om de druk te verlagen. Deze kunnen worden gestructureerd in patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden interventies.

Patiëntgebonden interventies

Patiënteneducatie kan inspelen op het gebrek aan zelfzorgvaardigheden. Gerichte informatie kan worden verspreid via praktijkaffiches, publieke campagnes of schoolopleidingen, waardoor patiënten beter kunnen inschatten welke klachten zelfbehandeling vereisen en welke een arts. Deze aanpak kan onnodige consultaties helpen verminderen (2).

Het veranderen van patiëntverwachtingen wordt genoemd als langetermijnstrategie, hoewel dit tijd en consistente communicatie vergt. Ook het verminderen van het aantal patiënten per huisarts zou logischerwijs de werkdruk verlagen, maar vereist meer huisartsen in het systeem (5).

Een controversiëlere suggestie is het verhogen van consultatietarieven om onnodige afspraken te ontmoedigen, hoewel dit de toegankelijkheid kan verminderen, vooral voor sociaal kwetsbare groepen (2).

Niet-patiëntgebonden interventies

Persoonlijk niveau: Huisartsen kunnen zelf proactieve maatregelen nemen zoals het vermijden van thuiswerk, het stellen van duidelijke werk-privé grenzen, en het opbouwen van een ondersteunend sociaal netwerk. Ook het verminderen van werkdagen kan bijdragen aan stressvermindering (2). Behoud van persoonlijke interesses en aandacht voor eigen normen en waarden kan positief bijdragen aan zowel professioneel als persoonlijk welzijn (16). Mindfulness-gebaseerde interventies en stressmanagementtraining hebben in studies aangetoond dat ze effectief kunnen zijn bij het verminderen van symptomen van burn- out bij zorgverleners (17).

Praktijkniveau: Het delegeren van administratieve taken aan secretariaatsmedewerkers of eenvoudige medische taken aan een praktijkverpleegkundige kan de werkdruk substantieel verminderen, hoewel financiering hierbij een uitdaging vormt. Telefonische consulten, efficiënte triage, groepspraktijken en geavanceerde IT-ondersteuning kunnen bijdragen aan efficiëntere werkprocessen (2).

Systeemniveau: Op nationaal niveau kunnen meer structurele investeringen in de eerstelijnszorg administratieve lasten verminderen en de samenwerking met de tweede lijn verbeteren (2). Onderzoek heeft aangetoond dat zowel individugerichte als organisatorische interventies effectief kunnen zijn bij het verminderen van burn-out onder artsen, met vergelijkbare effectgroottes. Vooral een limiet opleggen qua maximale werkuren blijkt effectief (17).

Professionele autonomie: Het behoud van professionele autonomie wordt beschreven als cruciaal; artsen moeten controle hebben over hun werkomgeving, hun werkschema flexibel kunnen inrichten en substantiële inspraak hebben in de zorgorganisatie, wat een positief effect kan hebben op hun mentaal welzijn en indirect op zorgkwaliteit (4, 13). Interventies die de professionele autonomie versterken en tegelijkertijd de administratieve last verminderen, tonen veelbelovende resultaten in het verbeteren van de tevredenheid en het verminderen van burn-out bij zorgverleners (17).

Hoewel werkdruk en jobgerelateerde stress in de medische sector uitvoerig zijn onderzocht, blijft de impact hiervan op de zorgkwaliteit niet volledig duidelijk (6). Nochtans blijkt uit analyse van de cijfers van het RIZIV dat op kwantitatief vlak de werkdruk bij huisartsen in Vlaanderen toeneemt (18). In 2018 hadden huisartsen jaarlijks 5714 patiëntencontacten; in 2023 waren dit er 6754, goed voor een stijging van 18%. Dit maakt onderzoek naar de beleving van deze toegenomen werklast bij Vlaamse huisartsen interessant.

Kwalitatief onderzoek is hierbij bij uitstek geschikt om de complexe, contextgebonden relatie tussen werkdruk en zorgkwaliteit te exploreren. Door het gebruik van diepte-interviews en focusgroepen kunnen we ervaringen van huisartsen vastleggen en analyseren. Deze methodologie biedt ruimte voor het ontdekken van onverwachte verbanden en nuances die in kwantitatief onderzoek mogelijk onopgemerkt blijven. Het is ook nog onduidelijk in hoeverre bestaande bevindingen van toepassing zijn op Vlaamse huisartsen.

In dit kwalitatief onderzoek bij Vlaamse huisartsen verkennen we de percepties en ervaringen van huisartsen omtrent de relatie tussen een toenemende werkdruk en zorgkwaliteit. We onderzoeken daarnaast ook hoe huisartsen zelf kwaliteit van zorg definiëren, wat zij verstaan onder een hoge werklast, en welke mogelijkheden zij zien om deze werklast in de toekomst te verminderen.

2. Methodologie

2.1 Onderzoeksopzet

Dit onderzoek is opgezet als een kwalitatieve studie die gebruik maakt van focusgroepen en diepte-interviews om de ervaringen en percepties van huisartsen aangaande de relatie tussen werkdruk en zorgkwaliteit in Vlaanderen te exploreren. Thematische analyse werd gekozen als analytische benadering om betekenisvolle patronen en thema's binnen de verzamelde data te identificeren, te analyseren en te structureren.

2.2 Literatuuronderzoek en ontwikkeling van de topic guide

In de voorbereidende fase werd een breed literatuuronderzoek uitgevoerd met analyse van 30 relevante artikelen binnen het thema: "De invloed van psychosociaal welzijn bij huisartsen op de kwaliteit van de eerstelijnszorg en een onderzoek naar relevante interventies." Hieruit werd de onderzoeksvraag verfijnd tot een focus op: "Hoe ervaren huisartsen in Vlaanderen de relatie tussen werkdruk en zorgkwaliteit in hun dagelijkse praktijk?"

Vervolgens werd een gerichter literatuuronderzoek uitgevoerd voor het opstellen van een gedetailleerde topic guide als leidraad voor de focusgroepen en diepte-interviews (zie bijlage 1).

2.3 Ethische goedkeuring

Voor de start van de dataverzameling werd op 4 januari 2023 goedkeuring verkregen van het ethisch comité.

2.4 Werving van deelnemers

Voor de rekrutering van deelnemers zijn huisartsen via diverse kanalen benaderd. Initieel werd contact gelegd met praktijken waar wijzelf als HAIO werkzaam zijn geweest of momenteel werkzaam zijn. Daarnaast zijn onze stagecoördinatoren (STACO's) uit verschillende opleidingsjaren benaderd. De werving werd uitgebreid door HAIO-collega's van ons eigen jaar te contacteren, wijkgezondheidscentra via e-mail te benaderen en persoonlijke professionele contacten aan te spreken. Er werd doelbewust gestreefd naar een diverse groep deelnemers, waaronder:

- Huisartsen uit solopraktijken, groepspraktijken en wijkgezondheidscentra
- Huisartsen in opleiding (HAIO's)
- Huisartsen van verschillende leeftijden en ervaringsniveaus

Deze doelgerichte samplingsstrategie was erop gericht een rijk en gevarieerd beeld te krijgen van ervaringen met werkdruk en zorgkwaliteit binnen diverse praktijkcontexten.

2.5 Dataverzameling

De focusgroepen en diepte-interviews werden afgenomen op basis van de opgestelde topic guide. Na enkele initiële focusgroepen werd deze geëvalueerd en iteratief aangepast om verdere interviews te optimaliseren en opkomende thema's dieper te exploreren. Er werden in totaal 8 focusgroepen en 4 diepte-interviews afgenomen tot theoretische saturatie werd bereikt en er geen substantieel nieuwe inzichten meer naar voren kwamen.

Huisartsen praktijk	Structuur	Aantal artsen	Gemiddelde leeftijd	Secretariaat	Regio
HAP 1	Groepspraktijk	6	50	Ja	Verstedelijkt en landelijk
HAP 2	Groepspraktijk	3	34	Ja	Stedelijk
HAP 3	Duopraktijk	2	48	Ja, halftijds	Landelijk
HAP 4	Groepspraktijk	5	40	Ja	Verstedelijkt/ suburbaan
HAP 5	Groepspraktijk	4	32	Ja	Stedelijk
HAP 6	Groepspraktijk	5	40	ja	Stedelijk
HAP 7	Groepspraktijk	7	35	ja	Stedelijk
HAP 8	Groepspraktijk	5	40	Ja, halftijds	Stedelijk
HAP 9	Solopraktijk	1	63	nee	Landelijk
HAP 10	Groepspraktijk	4	32	Ja	Stedelijk
HAP 11	Wijkgezondheids centrum	9	35	ja	Stedelijk
HAP 12	HAIO's	3	26	/	/

Tabel 1: Overzicht van huisartsenpraktijken (HAP) naar structuur, aantal artsen, gemiddelde leeftijd, aanwezigheid van secretariaat en regio

2.6 Transcriptie en data-analyse

De interviews en focusgroepen werden digitaal opgenomen en volledig getranscribeerd met behulp van de programma's Sonix en Whisper, gevolgd door handmatige verificatie en correctie.

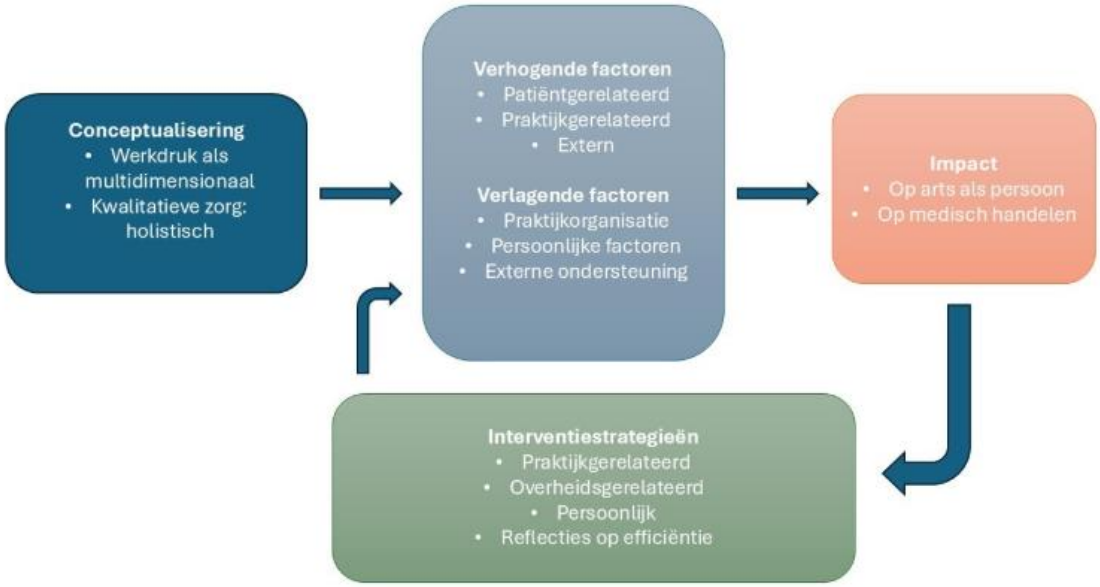
Voor de data-analyse werd thematische analyse toegepast volgens de volgende systematische stappen:

- Elke onderzoeker codeerde de data afzonderlijk om vertrouwd te raken met de inhoud en initiële codes te identificeren
- De afzonderlijke codebomen werden samengebracht en in diepte vergeleken tijdens analytische sessies
- Er werd een gemeenschappelijke codeboom ontwikkeld waarmee alle interviews consistent werden gecodeerd (zie bijlage 2)
- Codes werden geclusterd in bredere thema's en subthema's die relevant waren voor de onderzoeksvraag

- De geïdentificeerde thema's werden getoetst aan de originele data om de validiteit te waarborgen
- De uiteindelijke thematische structuur werd verfijnd en vastgelegd voor rapportage

Voor onze thesis hebben we gebruik gemaakt van artificiële intelligentie als ondersteunend hulpmiddel. Deze technologie heeft ons geholpen bij het structureren van onze ideeën, het opbouwen van een coherente tekststructuur, het verfijnen van onze zinsconstructies en taalgebruik en bij de visualisatie van bepaalde data of concepten.

3. Resultaten



Figuur 1: Weergave resultaten. Gegenereerd met behulp van Claude (Anthropic, 2025)

3.1 Karakteristieken van de geïnterviewde huisartsen en praktijken

Als achtergrond voor ons onderzoek naar de invloed van toenemende werkdruk op de kwaliteit van zorg bieden de volgende gegevens inzicht in de werkomgeving van de deelnemende huisartsen. Deze cijfers illustreren de diversiteit binnen de steekproef en helpen om de latere bevindingen te kaderen in de dagelijkse realiteit van de huisartsenpraktijk.

De geïnterviewde artsen rapporteerden werkuren tussen de 34 tot 80 uren per week, met een gemiddelde van ongeveer 46 uur per week. Het aantal Globaal Medische Dossiers (GMD's) per huisarts varieerde tussen 500 en 1500, met een gemiddelde van 972 GMD's. Per dag zagen de artsen uit ons onderzoek gemiddeld 21 patiënten, met een spreiding tussen 12 en 40 patiënten.

De tijd per consult was gelijk verdeeld: de helft van de artsen voorziet 15 minuten per consult, de andere helft 20 minuten. Het aantal huisbezoeken per week varieerde tussen 1 en 22, met een gemiddelde van 11 huisbezoeken per week per arts. Telefonische contacten schommelden tussen 5 en 49 per dag per arts (gemiddeld 15), waarbij artsen aangaven dat dit sterk varieert en beïnvloed wordt door de aanwezigheid van een secretariaat. Het gemiddeld aantal psychologische consulten per arts per week bedroeg 8, met een spreiding van 3 tot 20 consulten. Hierbij kwam de bemerking dat sommige consulten soms niet als psychologische consulten beginnen, maar hier wel op uitdraaien.

3.2 Conceptualisering van werkdruk en kwaliteitsvolle zorg

3.2.1 Werkdruk: een multidimensionaal concept

De huisartsen conceptualiseren een hoge werkdruk als een complex fenomeen dat verder reikt dan alleen het aantal patiënten per dag. Centraal in hun beleving staat het gevoel controle te verliezen over de eigen werklast, tijdsbesteding en praktijkvoering. Deze perceptie van controleverlies manifesteert zich op verschillende manieren.

Een eerste kernelement is de onvoorspelbaarheid van de werkdag, die de werkdruk significant verhoogt. Een arts beschrijft dit als *"momenten dat je geen controle meer hebt over het aantal uur dat je zou willen werken, dat je eigenlijk geforceerd wordt om meer te doen."* (HAP 6)

Alles wat er "tussendoor" en "extra" komt, kan stress veroorzaken. Niet het aantal geplande consultaties op zich, maar veeleer de telefonische onderbrekingen, administratieve lasten en acute huisbezoeken verhogen de werkdruk substantieel. Deze tussendoor-taken verstoren het werkritme en maken tijdsmanagement moeilijker, zoals een huisarts treffend verwoordt: *"Bij mij is dat niet het aantal patiënten dat erop staat, maar vooral de telefoons die er tussenkomen, en als je zo 's middags nog een keer een hele hoop huisbezoeken erbij hebt."* (HAP 2) Een huisarts bevestigt dit*: "Een hoge werkdruk is buiten de vaste agenda heel veel extra oproepen. Extra telefoons die beantwoord moeten worden, extra administratie die erbij komt, naast de vaste afspraken die ingepland kunnen worden. Wanneer mijn agenda vol zit, en er dan nog wat bovenop komt. Dat is eigenlijk te veel."* (HAP 7)

Een tweede aspect is het gevoel geen tijd meer te hebben voor essentiële aspecten van het huisartsenvak, zoals preventieve geneeskunde, bijscholing en een grondige aanpak van chronische zorgvragen. Een huisarts beschrijft het als*: "Als je het gevoel hebt dat je niet meer echt aan de preventieve geneeskunde geraakt, dat je altijd maar de kleine probleempjes aan het oplossen bent en geen tijd hebt om uw andere dingen af te werken, of uw chronische huisbezoeken bijvoorbeeld moet verzetten omdat er zoveel acute zijn, dan begint het te wringen."* (HAP 1)

Meerdere huisartsen geven aan dat het niet kunnen volgen van bijscholingen, of te vermoeid zijn om ernaartoe te gaan, voor hen een duidelijk signaal is van te hoge werkdruk (HAP 1).

Ten derde kenmerkt toenemende werkdruk zich door het meenemen van administratief werk naar huis, wat de grens tussen werk en privéleven doet vervagen. Dit resulteert in langere werkdagen met weinig ruimte voor herstel of ontspanning, wat op termijn het welzijn van de arts ondermijnt (HAP 10).

Een vierde dimensie is de impact op het privéleven, waarbij artsen aangeven dat ze hun familie minder zien door de hoge werklast, wat de werk-privébalans verder verstoort. Een huisarts

verwoordt dit treffend als*: "Bij mij is het als ik op het einde van de week het gevoel heb dat ik mijn dochter bijna niet gezien heb, dat ze al in bed lag als ik thuiskwam."* (HAP 1)

Ten slotte is er het kwantitatieve aspect, waarbij uren van 's ochtends vroeg tot 's avonds laat, met weinig tijd voor pauzes of reflectie, door de huisartsen als kenmerkend voor hoge werkdruk worden beschouwd (HAP 8).

3.2.2 Kwaliteitsvolle zorg: een holistische benadering

In de perceptie van huisartsen omvat kwaliteitsvolle zorg een breed spectrum aan elementen die verder gaan dan louter technisch-medische aspecten. Deze brede conceptualisering weerspiegelt de holistische benadering die kenmerkend is voor de huisartsgeneeskunde.

Een kernelement is de beschikbaarheid van adequate tijd voor de patiënt. Huisartsen definiëren kwaliteit onder meer als het kunnen nemen van voldoende tijd zonder tijdsdruk of stress te ervaren tijdens consulten. Een huisarts verwoordt het zo: *"Kwaliteitsvolle zorg is, als ik in een consultatie zit met mijn patiënt, dat ik echt de tijd kan nemen voor mijn patiënt en dat ik niet gestrest en gehaast moet zitten kijken op de klok."* (HAP 5) Deze tijdsfactor wordt gezien als voorwaarde voor diepgaande zorg.

De holistische benadering, waarbij naast het medische ook sociale en psychologische aspecten worden betrokken, vormt een tweede essentieel element. Deze multidimensionale aanpak wordt beschouwd als kenmerkend voor de huisartsgeneeskunde en onderscheidt deze van meer specialistische zorg, zoals een arts benadrukt*: "Ja, en naast het strikt technisch medisch ook het sociale en het psychologische durven te bekijken, vragen rond te stellen en eventueel proberen oplossingen te vinden."* (HAP 3)

Evidence-based handelen wordt consequent genoemd als pijler van kwaliteitsvolle zorg. Huisartsen hechten belang aan het baseren van hun beslissingen op wetenschappelijke richtlijnen en het bijblijven met de nieuwste ontwikkelingen via bijscholing en literatuurstudie (HAP 1,3).

Toegankelijkheid en bereikbaarheid zijn kernwaarden die veel huisartsen benadrukken. Een huisarts verwoordt het als*: "In de eerste lijn, dat is dan eigenlijk een bereikbaarheid voor uw patiënten. En dan bij extensie, als je patiënten waarvan dat je zegt van: eigenlijk had ik die liever vandaag gezien, moet beginnen uitstellen, dan denk ik dat je aan die kwaliteit van zorg inboet."* (HAP 1) Het gaat hierbij om zowel fysieke als financiële toegankelijkheid: iedereen moet de zorg kunnen krijgen die nodig is, wanneer die nodig is, ongeacht sociaaleconomische status (HAP 2,4).

Preventie en populatiegeneeskunde worden geïdentificeerd als belangrijke componenten van kwaliteitsvolle zorg. Huisartsen zien het als hun taak om proactief gezondheidsproblemen te voorkomen, niet alleen reactief te behandelen (HAP 1, 12).

Patiënteneducatie en empowerment worden veelvuldig genoemd als essentiële aspecten. Een huisarts stelt dat kwaliteitsvolle zorg inhoudt *"dat de patiënt jouw advies of jouw feedback begrijpt. Dat hij zelf inzicht krijgt in zijn eigen pathologie. Dat hij verantwoordelijkheid kan opnemen om zijn eigen problematiek op te lossen."* (HAP 6)

Ten slotte benadrukken verschillende huisartsen dat kwaliteit van zorg uiteindelijk gaat over tevredenheid bij zowel arts als patiënt, en dat de zorg proportioneel en adequaat moet zijn voor de specifieke situatie (HAP 12).

3.2.3 Huidige strategieën voor kwaliteitsoptimalisatie

Huisartsen hanteren diverse strategieën om kwaliteit van zorg te waarborgen of te verbeteren, zelfs onder toenemende werkdruk. Deze strategieën kunnen worden ingedeeld in vijf hoofdcategorieën.

Ten eerste vormt praktijkorganisatie en -uitbreiding een belangrijke strategie. Huisartsen optimaliseren hun praktijkvoering door voldoende mankracht te voorzien en back-upsystemen te implementeren. De trend naar uitbreiding van praktijken met verpleegkundigen, psychologen of maatschappelijk werkers illustreert deze aanpak (HAP 1).

Ten tweede wordt multidisciplinaire samenwerking ingezet als middel om kwaliteit te garanderen. Door samen te werken met andere zorgprofessionals zoals diabetes-educatoren, diëtisten en verpleegkundigen, kunnen huisartsen specifieke zorgaspecten delegeren terwijl ze de algemene coördinatie behouden. Vooral in het wijkgezondheidscentrum vormen structurele overlegmomenten en multidisciplinair ontwikkelde protocollen een ruggengraat voor kwalitatieve zorg, zoals blijkt uit de praktijkervaring van een huisarts*: "We hebben heel wat vaste protocollen, die ook multidisciplinair worden opgesteld. Dat wordt ook herbekeken op het maandelijks overleg. Elke zorgverlener kan met de verpleging, vaste artsen en maatschappelijk werker een overleg over een patiënt organiseren. En we zijn bezig met een traject doelgerichte zorg, om onze zorgstrategie aan te passen in functie van de levensdoelen van de patiënt. Dat we niet overbehandelen, maar ook niet onderbehandelen. We streven naar betekenisvolle zorg."* (HAP 11)

Ten derde zetten huisartsen steeds meer in op preventie als kwaliteitsstrategie. Dit omvat zowel het actief uitnodigen van patiënten voor preventieve acties (zoals uitstrijkjes en vaccinaties) als het prioriteren van fysieke consultaties boven telefonische contacten of e-mails om preventieve kansen te maximaliseren (HAP 2,5).

Ten vierde blijft regelmatige bijscholing en evidence-based werken een fundamentele strategie. Huisartsen investeren in het bijblijven met de nieuwste richtlijnen via webinars, bijscholingen en vakliteratuur, ondanks tijdsdruk (HAP 12).

Ten slotte draagt een duidelijke praktijkvisie met concrete afspraken bij aan kwaliteitsbewaking. Huisartsen implementeren "huisregels" rond bijvoorbeeld voorschriftaanvragen, afsprakenbeheer en praktijkorganisatie om de zorgkwaliteit te beschermen tegen toenemende druk. Een huisarts vertelt: *"We hebben nu met de praktijk afgesproken dat er strenge huisregels zijn rond het aanvragen van voorschriften. Dus we zitten allemaal op dezelfde lijn."* (HAP 5)

3.3 Factoren die werkdruk beïnvloeden

De factoren die de werkdruk bij huisartsen beïnvloeden, kunnen worden onderverdeeld in werkdrukverhogende en werkdrukverlagende factoren. Uit de interviews en focusgroepen komt een genuanceerd beeld naar voren van elementen die bijdragen aan of juist beschermen tegen verhoogde werkdruk.

3.3.1 Werkdrukverhogende factoren

De werkdrukverhogende factoren kunnen worden gecategoriseerd in drie hoofdgroepen: patiëntgerelateerde factoren, praktijkgerelateerde factoren en externe factoren.

Patiëntgerelateerde factoren

Een eerste significante factor is het fenomeen van meerdere klachten per consult. Huisartsen ervaren aanzienlijke druk wanneer patiënten met vier of vijf verschillende problemen komen tijdens één consultatie, zoals een huisarts treffend beschrijft*: "Ik wil heel veel kwaliteit bieden, maar als patiënten met vier, vijf klachten komen... Soms zeg ik dat dan 'dat is eigenlijk vijf specialisten in één dat je nu verwacht op één consult.'"* (HAP 5) Deze meervoudige vraagstelling maakt het moeilijk om consulten binnen de geplande tijd af te ronden en vergroot de cognitieve belasting.

Een tweede factor betreft complexe patiëntengroepen die structureel meer tijd vragen. Oudere patiënten, personen met psychische problematiek, mensen met taalbarrières, zeer jonge kinderen, palliatieve patiënten en personen met Aanhoudende Lichamelijke Klachten (ALK) worden genoemd als groepen die intensievere zorg vereisen (HAP 1-7,9,11,12).

Een arts vertelt: *"Vrij vaak als ze thuis vragen: 'Hoe was uw dag?' Dan denk ik dat één van de belangrijkste factoren, misschien wel het type patiënt is dat we die dag hebben gezien. Soms heb je het gevoel van het waren allemaal dingen en ik wist hoe dat ik het moest aanpakken en patiënt en ik waren tevreden aan het eind van het consult. En soms heb je van die dagen of consultatieblokken dat de ene na de andere met een probleem komt dat je zelf niet goed weet*

van 'oh wat moet ik hier nu aan doen' of 'wat is mijn rol hier?' Of een veeleisende patiënt of een moeilijk psychologisch consult waar je het gevoel hebt dat je ook tekortschiet. Je hebt misschien op hetzelfde uur gedaan, maar je voelt je gedraineerd als arts zo van 'amai ja, zo moeten er niet te veel dagen volgen.' En dat heeft dan inderdaad misschien minder met de werkdruk te maken, maar eerder met het type patiënt." (HAP 1)

Een derde element bestaat uit de veranderde verwachtingspatronen van patiënten. Er is een merkbare verschuiving in wat patiënten verwachten, vooral sinds de COVID-19-pandemie. De verwachting dat zaken telefonisch of elektronisch kunnen worden afgehandeld zonder fysiek contact, het verkrijgen van een consult op dezelfde dag voor niet-urgente problemen, en specifieke eisen rond huisbezoeken (tijdstip, frequentie) verhogen de druk op huisartsen aanzienlijk (HAP 1-8,11,12).

Praktijkgerelateerde factoren

Administratie en attesten vormen een aanzienlijke bron van werkdruk. Het invullen van formulieren, verslagen, attesten en verwijsbrieven wordt bijna unaniem genoemd als belastend. Een huisarts omschrijft een veelvoorkomende situatie: *"Ik ben bij één patiënt langer bezig geweest met de attesten en de verlenging van medicatie dat dan elektronisch niet lukte en rolstoel voor te schrijven dan dat ik effectief tijd besteed heb aan die meneer."* (HAP 3)

Telefoons en onderbrekingen vormen een tweede praktijkgerelateerde factor. Het beantwoorden van telefonische vragen tijdens consultaties verstoort het werkritme en de concentratie, wat leidt tot inefficiëntie en verhoogde stress. Een huisarts beschrijft de belasting van telefoons en omschrijft treffend hoe dit de ervaren werkdruk amplificeerde: *'Telefoons beantwoorden was voor mij iets zeer stresserend en iets wat mij hele tijd het gevoel gaf alsof ik super veel werk had. Terwijl nu zie ik eigenlijk meer patiënten op een dag in consultaties van vijftien minuten bijvoorbeeld maar is er wel veel minder telefonie werk, dus ervaar ik dat gelijk minder zwaar ondanks dat ik veel meer patiënten zie. Dus de telefoon beantwoorden vind ik één van de meest belastende dingen.'* (HAP 4)

De praktijkorganisatie zelf kan werkdruk verhogen wanneer deze suboptimaal is. Voorbeelden zijn praktijken die weigeren extra artsen aan te nemen ondanks hoge werkdruk, of praktijken waar organisatorische taken boven op de klinische taken komen. Een arts vertelt*: 'Als je ziet dat je van 's morgens vroeg prestaties moet doen en je zoekt niet, of je vindt niet, of je organiseert u niet, bijvoorbeeld met een verpleegkundige. Dan ja, dan zijt je ergens zelf een stuk medeverantwoordelijk voor het feit dat je in een overstresste situatie terechtkomt hè.'* (HAP 1)

Het ontbreken van buffers en pauzes in de agenda en het plannen van te veel patiënten zonder ruimte voor onverwachte situaties, versterkt de werkdruk verder. Wanneer vertraging zich opstapelt zonder mogelijkheid tot inhalen, leidt dit tot een voortdurend gevoel achter te lopen (HAP 3,4).

Externe factoren

De relatie met de tweede lijn kan werkdruk verhogen door inefficiënte communicatieprocessen. Huisartsen moeten vaak zelf bellen voor snelle afspraken bij specialisten, waarbij ze lang aan de lijn moeten wachten. Een huisarts vertelt hierover: *"Maar wat dat er mij mateloos stoort is dat we zelf moeten bellen voor snelle afspraken. Dat de secretaresse dat niet mag doen en dat wij daarvoor dan zoveel minuten aan het muziekje moeten hangen."* (HAP 3) Ook ontvangen ze soms onvolledige of late ontslagbrieven, waardoor ze onvoldoende geïnformeerd zijn over het verder afgesproken verloop voor patiënten die uit een opname komen of bij een specialist geweest zijn (HAP 7).

Het huisartsentekort vormt een structurele factor die de werkdruk systematisch verhoogt. Sommige praktijken hanteren een patiëntenstop waardoor er een grote toestroom is aan patiënten naar andere praktijken, wat zorgt voor een onevenredige verdeling van de werklast (HAP 1,5-7).

Overheidsmaatregelen en veranderende regelgeving creëren extra werkdruk. Voorbeelden die aangehaald worden, zijn de antibioticabarometer, onduidelijke communicatie over vaccinatieprogramma's, en verschuiving van administratieve taken van overheid naar huisarts (zoals zorgtoeslagen en FOD-papieren) (HAP 6-8).

Seizoensgebonden drukte, met name tijdens het griepseizoen in de winter, leidt tot voorspelbare maar intense pieken in werkdruk (HAP 1-3, 6, 7, 12). Een huisarts zegt*: "Nu merken we heel erg dat het infectieseizoen weer begonnen is. En dat heeft natuurlijk een enorme impact op de werkdruk. Zowel rusthuizen beginnen meer appèl te doen op ons als de populatie die aan het werk is, of schoolgaande kinderen, et cetera."* (HAP 2)

3.3.2 Werkdrukverlagende factoren

Naast factoren die de werkdruk verhogen, identificeren huisartsen ook elementen die bijdragen aan het verlichten van de werkdruk. Deze kunnen worden onderverdeeld in praktijkorganisatorische factoren, persoonlijke factoren en externe ondersteuningsfactoren.

Praktijkorganisatorische factoren

De omschakeling van vrije consultaties naar een afsprakensysteem wordt genoemd als een belangrijke werkdrukverlagende factor. Huisartsen die deze transitie hebben gemaakt,

rapporteren een aanzienlijk verbeterde voorspelbaarheid van hun werkdag en meer controle over hun tijdsbesteding. Een huisarts deelt haar ervaring*: "Maar ik vind dat we het beter kunnen organiseren dan vroeger. Vroeger hadden wij vrije consultatie. Je deed om 7.30u uw deur open. Je begon en je wist nooit wanneer dat je gedaan had en dat kon 9-10.00u zijn, maar dat kon evengoed 11.30u zijn."* (HAP 3)

Het werken in een groepspraktijk versus een solopraktijk biedt volgens sommige artsen voordelen voor het beheersen van werkdruk. Groepspraktijken faciliteren onderlinge ondersteuning, verdeling van de werklast, en opvang bij ziekte of vakantie, wat bijdraagt aan verminderde werkdruk en verhoogde weerbaarheid, vooral in crisissituaties zoals tijdens de COVID-19-pandemie (HAP 3,4,8).

Het delegeren van taken aan een secretariaat vormt een cruciale strategie om werkdruk te verlagen. Een goed functionerend secretariaat filtert telefoontjes, regelt administratieve zaken en fungeert als eerste contactpunt, waardoor artsen zich kunnen concentreren op hun kerntaken (HAP 1,4-7,12).

Duidelijke praktijkafspraken en "goed opgevoede" patiënten dragen bij aan een beter beheersbare werkomgeving. Structurele regelingen rond telefoonverkeer, voorschriftaanvragen en afsprakenbeheer, gekoppeld aan patiënten die deze regels kennen en naleven, verminderen onnodige verstoring en werkdruk (HAP 2,4,7,9).

Persoonlijke factoren

Ervaring wordt genoemd als een factor die werkdruk verlaagt. Met de jaren ontwikkelen huisartsen efficiëntere werkwijzen, betere communicatiemethoden en duidelijkere professionele grenzen, wat bijdraagt aan een positievere werkbeleving ondanks hoge caseloads. Een huisarts beschrijft: *"Na een tijdje weet je wel ongeveer wat dat je waard zijt, wat dat u limieten zijn en zeker hoe dat je moet communiceren, hoe dat je mensen kunt blokkeren, afbreken en dergelijke meer. Één keer dat je in die fase komt dan is dat eigenlijk just fun."* (HAP 1)

Het bewust inplannen van ontspanningsmomenten en zelfzorg helpt bij het dragen van werkdruk. Artsen benoemen dat tijd vrijmaken voor sport en ontspanning een positieve impact heeft op hun werkdruk (HAP 3).

Autonomie en controle over de eigen agenda wordt gezien als cruciaal voor het beheersen van werkdruk. Het kunnen bepalen van eigen werktijden en -patronen geeft artsen een gevoel van zelfbeschikking dat de ervaren werkdruk vermindert (HAP 5).

Externe ondersteuningsfactoren

Ondersteuning vanuit de wachtkring kan een buffer vormen tegen werkdruk door het bieden van ondersteuning en helderheid, zeker tijdens meer kritieke periodes zoals de COVID-pandemie (HAP 8).

Efficiënt overleg met de tweede lijn vermindert werkdruk door gestroomlijnde verwijzingsprocessen. Huisartsen waarderen directe communicatielijnen met specialisten, zoals speciale "huisartsenlijnen", die bijdragen aan efficiëntere zorgverlening (HAP 1,3).

3.4 Impact van werkdruk op zorg en zorgverlener

De impact van werkdruk manifesteert zich op twee onderling verbonden niveaus: effecten op de arts als persoon en effecten op het medisch handelen. Deze effecten staan niet los van elkaar maar vormen een complex geheel waarbij persoonlijk welzijn en professioneel functioneren elkaar beïnvloeden.

3.4.1 Effect van werkdruk op de arts als persoon

De impact van hoge werkdruk op huisartsen als individu ontvouwt zich in drie onderling verbonden dimensies: fysieke en mentale uitputting, toegenomen cognitieve belasting en verminderde jobtevredenheid.

Fysieke en mentale uitputting

Aanhoudende werkdruk leidt tot een sluipende vermoeidheid die verder reikt dan alleen fysieke moeheid. Huisartsen beschrijven een complexe vorm van uitputting die zowel lichamelijk als cognitief van aard is. Een huisarts beschrijft dit als: *"Ik merk dat dan vooral 's avonds als ik thuiskom dat ik enorm moe ben en dat ik niet veel energie nog heb om iets anders te doen. Op mijn werk zelf kan ik dat eigenlijk redelijk goed kaderen meestal, en ben ik iemand die wel door en door doet, en dan zowat plat valt achteraf."* (HAP 4)

De mentale dimensie van vermoeidheid wordt bijzonder benadrukt. Artsen rapporteren dat ze aan het einde van een drukke dag vooral mentaal uitgeput zijn, wat hun vermogen aantast om met dezelfde aandacht en zorg te werken als aan het begin van de dag (HAP 12).

Deze vermoeidheid heeft een cyclisch karakter, waarbij langdurige periodes van hoge werkdruk niet alleen leiden tot uitputting maar ook tot verstoorde slaappatronen, wat op zijn beurt de energiereserves verder aantast en een vicieuze cirkel in stand houdt (HAP 8).

Cognitieve belasting en onzekerheid

Nauw verbonden met vermoeidheid is het fenomeen van toegenomen onzekerheid en piekeren over klinische beslissingen. Onder hoge werkdruk ervaren huisartsen een verminderd

vertrouwen in hun besluitvorming, wat leidt tot het mentaal 'mee naar huis nemen' van patiëntcasussen (HAP 6,10, 12).

De mentale nasleep van een drukke werkdag wordt treffend beschreven door een huisarts: *"Als de druk het hoogst is en je wilt iets afronden en je komt wel tot een bepaalde consensus. Dan, als ik naar huis op mijn fiets zit, begint dat precies nog een keer allemaal opnieuw. En dan begin ik te denken van: 'goh dju, ik kan misschien dat nog of dat...' Dus als ik dan thuiskom, schrijf ik dat dan weer allemaal op. En eigenlijk op de momenten dat je zou moeten kunnen ontspannen, geraak je d'r nog niet, want dan kan je moeilijker loslaten."* (HAP 6)

Deze continue cognitieve belasting vertaalt zich naar een patroon van zelftwijfel en herbeleving van consultaties, waarbij artsen blijven nadenken over of ze wel het juiste hebben gedaan.

Het gebrek aan reflectietijd tijdens de werkdag versterkt deze onzekerheid, zoals een huisarts aangeeft*: "Ja, ik denk dat je minder comfortabel naar huis gaat 's avonds omdat je zegt van: 'wat heb ik hier allemaal gezien vandaag, ik weet het zelfs niet meer.' En dat dan ook net het probleem is, dat je die tijd voor jezelf kwijtraakt, waardoor je eigenlijk gewoon met meer onzekerheid zit."* (HAP 12)

Verminderde jobtevredenheid

De combinatie van vermoeidheid en toegenomen onzekerheid cumuleert uiteindelijk in een verminderde jobtevredenheid. Huisartsen rapporteren dat het gevoel onder tijdsdruk te werken niet alleen hun werkplezier beïnvloedt maar ook hun tevredenheid over de geleverde zorg (HAP 5).

De afname van werkplezier heeft een cumulatief effect dat doorwerkt in de persoonlijke levenssfeer en de energie voor de volgende werkdag, wat kan leiden tot een neerwaartse spiraal waarbij verminderd welzijn en verminderde zorgkwaliteit elkaar versterken (HAP 10).

3.4.2 Effect van werkdruk op medisch handelen

De effecten van werkdruk op het medisch handelen van huisartsen manifesteren zich in zes hoofddomeinen: consultatie-aanpak, communicatie met patiënten, zorgplanning en -organisatie, medische besluitvorming, professionele ontwikkeling en intercollegiaal overleg.

Consultatie-aanpak

Bij verhoogde werkdruk passen vele huisartsen hun consultatieaanpak aan, waarbij het inkorten van de anamnese en strikter afbakenen van consultaties als eerste strategie wordt gehanteerd (HAP 1,2,6). Een huisarts illustreert dit treffend: *"Bij een verhoogde werkdruk luister ik minder naar de patiënten en ik ga sneller naar mijn diagnose dat ik veronderstel uit mijn anamnese. Ik denk bij een anamnese dat je heel ruim kunt gaan en heel veel tijd kunt*

nemen om te luisteren. Hoe drukker het is, hoe minder dat ik ga luisteren en hoe meer dat ik mijn ervaring waarschijnlijk ga gebruiken om te zeggen: 'ah het gaat in die richting zijn, dus ik ga mijn anamnese in die richting focussen of sturen.'" (HAP 6)

Niet alle artsen ervaren echter dezelfde impact. Sommige huisartsen blijven vasthouden aan een grondige anamnese, zelfs onder druk. Een collega huisarts benadrukt de efficiëntiewinst op langere termijn: *"Een goeie anamnese is op de langere termijn ook wel tijdswinst, uw anamnese en klinisch onderzoek. Want als je dan inderdaad bij uw uitleg komt en de patiënt heeft zoiets van: 'maar ja, dat heeft hier totaal niks te maken met hetgeen dat ik...' Ja, dan moet je toch opnieuw beginnen."* (HAP 12)

Opvallend is dat het klinisch onderzoek grotendeels gespaard blijft van de invloed van werkdruk (HAP 2,4,8). Huisartsen beschouwen dit als een essentieel onderdeel van hun consult dat niet aan kwaliteit mag inboeten, ongeacht de tijdsdruk, zoals een huisarts benadrukt: *"Klinisch onderzoek, daar ga ik nooit op inboeten. Omdat dat zeer veel informatie oplevert. Om dan je beleid er toch op te enten ook. Plus dat dat eigenlijk niet zo lang duurt."* (HAP 8)

Communicatie met patiënt

In tegenstelling tot het klinisch onderzoek, heeft werkdruk wel degelijk invloed op de kwaliteit van de communicatie met patiënten. Veel huisartsen rapporteren een afname in empathie en geduld tijdens drukke periodes, met name bij complexe of moeilijke gesprekken.

Een huisarts getuigt*: "Ik ga sneller praten en minder verbindend communiceren. Zeker als het iemand is die een ander idee heeft dan jij. Dan ga ik daar veel minder mee kunnen omgaan, als ik onder druk sta. Of bijvoorbeeld bij een psychiatrische patiënt die niets van advies of voorstellen of zo ziet zitten. Pff dan ga ik het toch wel gehad hebben en gaat hij dat weten."* (HAP 6)

De meer directe, minder geduldige communicatiestijl kan ook een belemmering vormen voor adequate informatievergaring, doordat patiënten mogelijk minder geneigd zijn hun zorgen volledig te delen met een arts die gehaast overkomt (HAP 10).

Voor sommige artsen uit zich de werkdruk niet zozeer in minder empathie tijdens het medische gesprek, maar in het wegvallen van de sociale component van het consult. Een huisarts legt uit*: "Wat dat wel verschilt bij mij bij een verhoogde werkdruk is zo mijn persoonlijke communicatie met patiënten. Zo een keer: 'Hoe is t met uw vrouw? Hoe is het met uw kinderen?' Zo'n dingen. Een keer zo tijd hebben voor een klapke te doen. Ik vind dat altijd wel leuk. Maar natuurlijk als het hier helemaal vol sta, je loopt al wat achter, dan gaat dat niet meer."* (HAP 7)

Niet alle artsen ervaren echter dat werkdruk hun communicatiestijl beïnvloedt. (HAP 1,4) Een huisarts benadrukt: *"Ondanks dat het een chaotische en drukke dag is, weet ik van mezelf dat ik altijd vriendelijk en empatisch blijf. Ik ga niet zo snel kortaf worden of bot worden of zo."* (HAP 1)

Hoewel sommige artsen vasthouden aan hun niveau van empathie, blijkt de uitgebreidheid van patiëntenuitleg wel degelijk te lijden onder werkdruk. De tijd die besteed wordt aan toelichting van diagnoses, behandelplannen en medicatie neemt merkbaar af (HAP 1,3,11).

Zorgplanning en -organisatie

Werkdruk dwingt huisartsen tot aanpassingen in hun zorgplanning en -organisatie. Een veelgebruikte strategie is het overschakelen naar telefonische consulten of het plannen van vervolgafspraken in plaats van alles in één consult af te handelen (HAP 7, 10, 11). Een huisarts vat dit kernachtig samen: *"Een huisbezoek ga je rapper transformeren naar een consult en een consult ga je rapper transformeren naar een telefonisch consult als het drukker wordt. Om gewoon uwen dag te overleven."* (HAP 10) Daarnaast geven huisartsen aan dat ze bij hoge werkdruk sneller geneigd zijn voorschriften op uitstel mee te geven, zodat de patiënt niet opnieuw naar de praktijk hoeft te komen voor een vervolgconsult. Dit stelt de arts in staat om de patiëntenstroom te beheersen, maar kan ten koste gaan van de opvolging (HAP 8).

Ook het schrijven van arbeidsongeschiktheidsattesten wordt beïnvloed door werkdruk, al lopen de ervaringen hierin uiteen. Sommige artsen worden juist strenger bij werkdruk, zoals een huisarts zegt: *"Ik ben daar redelijk kordaat in en ik denk zelfs meer als ik onder druk ga staan. Het is niet dat ik dan meer ga geven. Nee, eigenlijk niet."* (HAP 3) Anderen worden echter toegeeflijker omdat een discussie over een attest extra tijd kost die er niet is. Een huisarts geeft dit openlijk toe: *"Waar dat ik dat in merk als er iemand voor u zit en je weet dat die zo al twintig keer met rugpijn is gekomen en elke keer een afwezigheidsattest vraagt voor het werk, dat je dan niet de energie hebt om daar nog eens 5 minuten een discussie over te voeren en dan geef je het gewoon. En dat zou niet mogen, maar ja, je zijt ook maar een mens natuurlijk."* (HAP 7)

De administratie en dossiervoering komen als eerste onder druk te staan. De nauwkeurigheid en volledigheid waarmee het medisch dossier wordt bijgehouden, lijdt hieronder, wat consequenties kan hebben voor de continuïteit van zorg en samenwerking met collega's. Een vaak genoemd aspect dat onder werkdruk minder aandacht krijgt, is het aanpassen en up-to-date houden van de medicatielijst van patiënten (HAP 1,6,8,11,12). Een huisarts verwoordt dit als: *"Als ik minder tijd heb, dan ben ik ook minder bezig met zo dat dossier in CareConnect in orde te brengen: Is die Sumehr opgeladen? De voorgeschiedenis, is die mooi opgeschreven? Dan zal ik minder de medicatie overlopen of dat dat juist staat, die chronische medicatie. Uw*

verslag van het consult in Careconnect zal ook veel beperkter zijn. Allee bij mij toch als ik achter zit, dan is dat één zinnetje " (HAP 1)

Ondanks de druk op verschillende aspecten van zorgverlening, benadrukken veel huisartsen dat de toegankelijkheid - een kernwaarde in hun definitie van kwaliteitsvolle zorg - behouden blijft, ook bij verhoogde werkdruk (HAP 1,5,10,11). Het vangnet voor patiënten in nood blijft gewaarborgd, zoals een huisarts aangeeft: *"Hetgeen dat nooit verandert is benadrukken als het niet betert, dat ze moeten terugkomen. Dus zeker dat safety net inbouwen."* (HAP 5) Ook voor acute huisbezoeken maken sommige huisartsen een bewuste keuze om prioriteit te geven aan toegankelijkheid, zoals een arts beschrijft: *"Er komt een oproep voor een dringend huisbezoek. Ik kan echt zeggen aan de secretaresse: 'Licht de patiënten in, wie dat naar huis wil gaan, moet niet blijven wachten.' Ik heb daar zoiets wel van aan mijn eigen beloofd dat ik daar niet op ging inboeten. Want ja, daarvoor is ons verantwoordelijkheid net iets te groot, denk ik."* (HAP 1)

De zorg voor chronische patiënten, die regelmatige en consistente opvolging vereist, kan onder druk komen te staan tijdens periodes van hoge werkdruk. Sommige artsen rapporteren een minder intensieve monitoring van stabiele chronische patiënten (HAP 3), terwijl anderen juist de continuïteit van chronische zorg prioriteren, ongeacht de werkdruk (HAP 8).

Medische besluitvorming

De werkdruk heeft ook impact op het diagnostische denkproces van huisartsen. Het risico op tunnelvisie en het missen van het bredere klinische beeld neemt toe wanneer de tijd beperkt is. (HAP 8,9) Een huisarts observeert: *"De systematische aandacht vervalt. Ik merk dan dat mijn aandacht dan gaat naar wat misschien door de patiënt meest naar voren gebracht wordt, maar niet meer voor het bredere. En dat vind ik een kwaliteitsvermindering."* (HAP 8)

Toch geven huisartsen aan dat het klinische 'niet-pluis gevoel', een essentieel aspect van huisartsgeneeskunde, standhoudt onder druk. Ernstige aandoeningen worden volgens hen nog steeds adequaat herkend (HAP 6,10).

Ondanks de druk op verschillende aspecten van het medisch handelen, blijken artsen vrij consistent in hun voorschrijfgedrag. De meesten geven aan dat ze niet geneigd zijn om onder werkdruk af te wijken van evidence-based richtlijnen, met name voor antibiotica en andere gevoelige medicatiegroepen (HAP 2,7,8,10,11), zoals een huisarts stellig aangeeft*: "En qua voorschrijven ook. Ik ga zeker geen antibioticum voorschrijven als ik daar geen indicatie voor zie omdat ik het druk heb en van mensen af wil zijn, dat ga ik zeker niet doen."* (HAP 2) Toch zijn er enkele situaties waarin de combinatie van werkdruk en patiëntverwachtingen tot een compromis kan leiden, zoals een huisarts aangeeft: *"Iemand waarvan je weet dat die*

antibiotica wilt en anders niet buiten gaat geraken, ga je er misschien minder in discussie mee gaan." (HAP 3)

De impact van werkdruk op doorverwijsgedrag varieert tussen huisartsen en is afhankelijk van de specifieke context. Sommigen rapporteren snellere verwijzing naar spoedgevallen bij tijdsdruk (HAP 8), terwijl anderen aangeven dat hun algemene verwijspatroon niet verandert (HAP 12). Voor bepaalde patiëntengroepen, zoals kinderen en geriatrische patiënten, blijven artsen geneigd om zelf te behandelen ongeacht de werkdruk (HAP 8).

De kwaliteit van de verwijzing kan wel beïnvloed worden door tijdsdruk, zoals een huisarts opmerkt: *"Ik denk dat dat ook wel bij kwaliteitsvolle zorg hoort als je doorverwijst dat je op een kwalitatieve manier doorverwijst. Waar dat het denk ik soms tekortschiet door tijdsgebrek hè, dat je gewoon iets snel op papier zet."* (HAP 6)

Het uitvoeren van aanvullende onderzoeken zoals bloedafname blijft voor de meeste artsen niet onderhevig aan werkdruk. Ze benadrukken het belang van deze onderzoeken voor een correcte diagnose, ongeacht de tijdsdruk. Bij het afnemen van een ECG is het beeld echter genuanceerder. Hoewel veel huisartsen aangeven dat ze hierbij geen concessies doen, zoals een huisarts die stelt: *"Dan heb ik een zeer snelle terugkoppeling naar mezelf. Zo als er iemand komt met pijn op de borst en je denkt: 'oh nee, ik ga hier toch geen ECG moeten doen?' Dan denk ik: 'ga het nu juist wél doen', dat moet hier wel dezelfde, correcte zorg blijven. Ook al zitten er drie mensen te wachten."* (HAP 1), vormt bij sommige huisartsen de hoge werkdruk toch een drempel voor het nemen van een ECG. Een huisarts illustreert dit: *"Ik vind dat heel erg om te zeggen nu, maar soms heb ik al gehad dat ik een ECG wou nemen. Ik had er geen tijd voor. Ik heb de patiënt twee uur later of zo laten terugkomen. Ik vind dat heel erg eigenlijk."* (HAP 5)

Preventie blijkt het eerste aspect van zorg te zijn dat onder druk komt bij een verhoogde werkdruk. Zowel algemene gezondheidspromotie als meer specifieke aspecten van preventieve zorg zoals vaccinatie en kankerscreening krijgen minder aandacht wanneer er tijdsdruk is. Een huisarts illustreert dit met een voorbeeld*: "Als je een obese patiënt voor u hebt, waarvan dat je weet dat het nodig is om die keer op keer op goeie lichaamsbeweging, voeding, etc. te wijzen, ga je daar in een drukke consultatie moment uiteraard niet nog een keer een uitgebreide 10 minuten aan spenderen om hem daar nog op te wijzen."* (HAP 3)

Professionele ontwikkeling

De werkdruk heeft niet alleen direct invloed op het contact met patiënten, maar ook op de professionele ontwikkeling van huisartsen. Een verhoogde werkdruk vermindert de tijd die

beschikbaar is voor het opzoeken van informatie en verdieping in complexe casussen (HAP 6).

Ook de tijd voor formele bijscholing komt onder druk te staan tijdens drukke periodes, wat op langere termijn de kwaliteit van zorg kan beïnvloeden doordat artsen minder goed op de hoogte blijven van de nieuwste ontwikkelingen (HAP 8).

Intercollegiaal overleg

Het intercollegiaal overleg, een belangrijke bron van kennisdeling en kwaliteitsborging, blijkt in verschillende mate beïnvloed te worden door werkdruk. Bij sommige praktijken komen gestructureerde overlegmomenten in het gedrang (HAP 10), terwijl andere praktijken bewust vasthouden aan deze structuren, zelfs onder hoge werkdruk (HAP 8,11). In het geïnterviewde wijkgezondheidscentrum beschrijft een arts deze bewuste keuze: *"We hebben ons overleg, dus dat is er. Het is hier uitzonderlijk dat we zeggen: 'we gaan ons overleg met de verpleegkundigen uitstellen, want het is heel druk.' En als we dat doen, dan zorgen we dat er direct een nieuw moment is. Het wordt nooit uitgesteld. We houden wel vast aan die structuren."* (HAP 11)

Voor huisartsen in opleiding kan een verhoogde werkdruk in de praktijk echter een drempel vormen voor adequate supervisie, zoals een HAIO omschrijft: *"Als huisarts in opleiding zijnde… Het zou niet mogen, maar je wordt dan wel misschien geremd als je het gevoel hebt van: mijn collega's lopen hier gestresseerd rond, zich reppen om iets of wat op hun schema te blijven, als jij dan nog als HAIO een vraag wilt stellen, dat je dan al eens sneller denkt van: 'ik zal wel zelf mijn plan trekken.'"* (HAP 12) Het overleg met de tweede lijn, essentieel voor een goede ketenzorg, lijkt voor de meeste huisartsen prioriteit te blijven krijgen (HAP 10,11), ongeacht de werkdruk. Sommigen geven wel aan dat het moment van overleg kan verschuiven (HAP 3).

3.5 Strategieën en interventies voor werkdrukbeheersing

Uit de interviews komen diverse concrete ideeën naar voren over hoe de werkdruk bij huisartsen kan worden verlaagd. Deze kunnen worden onderverdeeld in drie hoofdcategorieën: praktijkgerelateerde factoren, overheidsgerelateerde factoren en persoonlijke factoren.

3.5.1 Praktijkgerelateerde interventies

Taakdelegatie en multidisciplinaire samenwerking

Het delegeren van taken aan ondersteunend personeel zoals een praktijkverpleegkundige wordt door veel huisartsen gezien als een effectieve manier om de werkdruk te verlichten. Een huisarts illustreert dit met een praktisch voorbeeld: *"Als jij nu per twee keer bijvoorbeeld een*

verpleegkundige een maandelijkse check laat doen bij een chronische patiënt en dan een keer zelf gaat. Ja, dat gaat toch een gigantisch verschil maken." (HAP 1)

Er bestaat echter geen consensus over welke taken precies gedelegeerd zouden moeten worden. Sommige huisartsen waarderen bepaalde handelingen, zoals bloedafname, juist als waardevol contactmoment, zoals een huisarts aangeeft*: "Voor mij moet er echt geen praktijkassistente komen die mijn werk overneemt van bloed trekken. Ondertussen bevraag ik mijn patiënten en heb ik zo ongelooflijk veel informatie."* (HAP 7)

Geïntegreerd praktijkmanagement

Naast medische ondersteuning blijkt ook behoefte aan administratieve ondersteuning en gespecialiseerd praktijkmanagement. Hierbij gaat het om iemand die de niet-medische taken van de arts kan overnemen, zodat artsen zich kunnen concentreren op hun kerntaken (HAP 6).

Intercollegiale solidariteit

De toenemende werkdruk heeft ertoe geleid dat veel praktijken een volledige patiëntenstop hanteren, wat de druk op omliggende praktijken verder verhoogt. Huisartsen pleiten voor meer collegialiteit en een geografisch afgebakende patiëntenstop, waarbij praktijken wel patiënten uit hun directe omgeving blijven aannemen (HAP 6).

3.5.2 Overheidsgerelateerde interventies

Administratieve vereenvoudiging

De administratieve last vormt een van de meest genoemde factoren die bij vermindering de werkdruk zou kunnen verlagen (HAP 2,3, 5-8, 10-12). Vooral de noodzaak tot het uitschrijven van arbeidsongeschiktheidsattesten wordt herhaaldelijk aangehaald als problematisch. Een huisarts verwoordt dit kernachtig*: "En het aller, aller allerbelangrijkste is denk ik de administratie, de werkbriefjes. Want dat is waarom mensen toch uiteindelijk komen, die zeggen ook van 'ja ik heb een virale infectie, ik weet dat het over gaat, maar mijn baas wil een briefje' en dat is gewoon ballast voor mij."* (HAP 2)

Meerdere artsen verwijzen naar het Nederlandse model als mogelijk voorbeeld, waar arbeidsongeschiktheid door externe instanties wordt beoordeeld (HAP 2,5). Een huisarts licht toe: *"Wat ik in Nederland een heel mooi systeem vind, is dat die arbeidsongeschiktheid gewoon niet bij de huisarts ligt. Dus het voordeel is, een huisarts is dan heel puur. Ik hoef jou niet te pleasen omdat je mijn patiënt bent met arbeidsongeschiktheid. Ook al denk ik dat je wel kunt werken met jouw rugpijn bij wijze van spreken."* (HAP 2) Ook wordt breed gepleit voor het toestaan van korte ziekteverloven zonder attest (HAP 7,10,12).

Het probleem strekt zich verder uit dan alleen arbeidsongeschiktheidsattesten. Huisartsen wijzen op diverse andere administratieve taken die ze als zinloos of overbodig ervaren, zoals attesten voor scholen, sportkeuringen en verschillende formulieren voor verschillende instanties (HAP 6,8,10,11).

Digitalisering en geïntegreerde IT-systemen

Verbeterde IT-systemen worden veelvuldig genoemd als essentiële manier om de werkdruk te verlagen. Huisartsen verlangen naar geïntegreerde systemen die informatie-uitwisseling met andere zorgverleners vereenvoudigen, inclusief woonzorgcentra en specialisten. Een huisarts schetst de mogelijkheden: *"De overheid belooft een algemeen e-health systeem dat alles overkoepelend is, ook met de woonzorgcentra. [...] Idealiter zou je met ons software systeem kunnen kijken in de software van de woonzorgcentra: zien hoe dat het is met onze patiënt, zien wat dat de medicatielijst is, zien of de medicatie gegeven is. Dan kunnen we ook veel betere verwijsbrieven maken bijvoorbeeld."* (HAP 6)

Ook voor patiëntmonitoring worden digitale oplossingen voorgesteld, zoals platforms waar patiënten zelf metingen, zoals de bloeddruk bijvoorbeeld, kunnen invoeren die rechtstreeks in het huisartsensysteem terechtkomen, wat de administratieve verwerking sterk zou vereenvoudigen (HAP 10).

Een cruciale aanvulling hierop zou een systeem zijn waarbij medicatiewijzigingen door specialisten automatisch en in real-time worden bijgewerkt in het huisartseninformatiesysteem, waardoor huisartsen altijd beschikken over een actueel medicatieoverzicht van hun patiënten zonder extra administratieve handelingen (HAP 7).

Herstructurering van wachtdiensten

De organisatie van wachtdiensten blijkt een significante belasting te vormen. Verschillende artsen suggereren een herziening van het systeem, waarbij de nachtelijke uren worden overgedragen aan spoeddiensten. Een huisarts benadrukt: *"Als je tussen elf en zeven 's nachts echt niet kunt wachten tot de volgende ochtend, ja, eigenlijk, voor mij is dat spoed. En vind ik niet dat wij, huisartsen, daar ook nog een keer mee moeten belast worden."* (HAP 7)

Capaciteitsverhoging: meer huisartsen opleiden

Een fundamentele oplossing die werd aangehaald is het vergroten van de capaciteit door meer huisartsen op te leiden. Huisartsen benadrukken dat het huidige tekort een structureel probleem vormt dat alleen kan worden opgelost door een toename van het aantal artsen (HAP 6,10).

Toegankelijkere specialistische zorg

De moeizame doorverwijzing naar specialisten en psychologen verhoogt de druk op huisartsen om zelf complexere problemen op te lossen. Huisartsen ervaren grote drempels bij het doorverwijzen, met name in de geestelijke gezondheidszorg, zoals een arts aangeeft: *"Het soms moeilijk verwijzen naar, vooral dan geestelijke gezondheidszorg, zeker bij jongeren. Dat vraagt van ons als huisarts ook heel veel tijd omdat we 1. veel zelf moeten opvangen, omdat ze nergens terecht kunnen en 2. omdat het vaak heel veel telefoontjes, verwijsbrieven en bijna smeekbedes vraagt."* (HAP 8)

Gedeelde verantwoordelijkheid voor voorschriften

Een innovatief voorstel betreft het delen van de verantwoordelijkheid voor chronische voorschriften met apothekers. Voor bepaalde medicatie zoals bloeddrukverlagende middelen of cholesterolverlagers zou een systeem kunnen worden opgezet waarbij de apotheker voorschriften kan verlengen, terwijl de huisarts periodiek de medicatie evalueert (HAP 12).

Patiënteneducatie en empowerment

Diverse huisartsen benadrukken het belang van betere patiënteneducatie als middel om onnodige consulten te verminderen. Ze pleiten voor publiekscampagnes en vroegtijdige gezondheidsvoorlichting die patiënten in staat stellen beter in te schatten wanneer een doktersbezoek noodzakelijk is. Deze arts pleit voor grootschalige publiekscampagnes: *"Ik vind dat er gerust op televisie meer reclamespots mogen zijn over dat virussen nog altijd geen antibiotica nodig hebben. Ik krijg nog altijd de vraag om bij griep antibiotica voor te schrijven. Dan denk ik: 'dat is nu toch algemene kennis?!'"* (HAP 5)

In het verlengde hiervan ligt het concept van 'empowerment', waarbij patiënten sterker gestimuleerd worden om hun gezondheid in eigen handen te nemen, zoals een huisarts verwoordt: *"Meer empowerment van patiënt om hun gezondheid in eigen handen te nemen. Ik denk moest je van op jonge leeftijd leren hoe dat je voor jezelf zorgt: wat dat alarmsignalen zijn bij ziekte en wat niet, hoe zorg je goed voor je lichaam op vlak van beweging, op vlak van voeding,... Ik denk dat we als artsen minder werk zouden hebben."* (HAP 6)

Verbeterde overheidscommunicatie

Adequate en tijdige communicatie vanuit de overheid naar de artsen wordt als cruciaal gezien. Huisartsen wijzen op ervaringen tijdens de COVID-19-pandemie en vaccinatiecampagnes, waarbij onduidelijke communicatie leidde tot extra werkdruk doordat artsen zelf oplossingen moesten zoeken voor problemen die centraal hadden kunnen worden aangepakt (HAP 8).

3.5.3 Persoonlijke interventies

Naast praktijk- en overheidsgebonden interventies komt ook het belang van persoonlijke zelfzorg naar voren. Huisartsen benadrukken dat zelfzorg niet ondergeschikt mag zijn aan de kwaliteit van zorg, en dat artsen grenzen moeten stellen om duurzaam te kunnen functioneren.

Een belangrijk aspect hierbij is de voorbeeldfunctie die huisartsen hebben ten opzichte van hun patiënten, zoals een huisarts verwoordt: *"Als je aan mensen zegt je moet zorgen dat je leven in evenwicht is, dan moet je dat ook zelf doen of durven doen."* (HAP 6)

3.5.4 Reflecties op werkdruk en efficiëntie

In de interviews is de huisartsen gevraagd te reageren op de stelling uit Engels onderzoek dat "de toenemende werkdruk de arts kan motiveren om slimmer en efficiënter te werken." (1) De reacties hierop variëren van gedeeltelijke instemming tot duidelijke afwijzing.

Potentiële efficiëntiewinst

Sommige artsen erkennen dat werkdruk inderdaad kan leiden tot efficiënter werken. Een huisarts merkt op: *"Als er druk is dan ga je wel efficiënter werken. Maar of we door die druk echt slimmer worden of efficiënter zoeken om te werken?"* (HAP 8) Een collega vult aan dat het eerder na een drukke periode is dat men verbeteringen doorvoert, niet tijdens de drukte zelf.

Een arts erkent dat werkdruk soms positieve organisatorische veranderingen versnelt: *"Ergens denk ik wel dat de hoge werkdruk toch ook enkele positieve dingen in werking gezet heeft of dingen versneld heeft. Bijvoorbeeld een secretariaatsmedewerker zou er niet gekomen zijn zonder extra werk dat we kregen."* (HAP 6)

Fundamentele kritiek op de stelling

Meerdere artsen wijzen de stelling fundamenteel af. Ze maken een belangrijk onderscheid tussen sneller werken (wat werkdruk wel afdwingt) en slimmer werken (wat juist tijd vraagt voor reflectie en aanpassing). Een huisarts verwoordt dit treffend: *"Het eerste dat ik bedenk om slimmer en efficiënter te werken is dat je tijd moet hebben om even uit te zoomen. En dan te durven dingen aanpassen. Maar dat vraagt altijd tijd. Ik heb niet het gevoel dat een hoge werkdruk dat faciliteert. Ik heb eerder het gevoel dat de hoge werkdruk faciliteert om sneller te werken, maar daarom niet slimmer."* (HAP 6)

Dezelfde arts voegt toe dat onder hoge werkdruk men vaak kiest voor de meest voor de hand liggende oplossing, niet noodzakelijk de beste, simpelweg omdat er geen tijd is om dieper na te denken over betere alternatieven.

Een arts ontkent een inherent menselijk vermogen om efficiënter te worden onder druk: *"Ik denk niet dat het in de mens zit, of toch niet in mij, om efficiënter te worden als ik minder tijd*

heb, maar eerder om chaotischer te worden en te zien dat het klaar geraakt. Al denk ik wel dat dat individueel verschillend is." (HAP 12)

Concrete verbeteringen

Ondanks de algemene scepticiteit worden enkele concrete voorbeelden genoemd waarbij werkdruk tot verbeteringen heeft geleid, zoals het invoeren van geblokte tijdslots voor acute consultaties, efficiëntere verwerking van administratieve taken, en digitale oplossingen voor laboverslagbeheer (HAP 8).

3.5.5 Reflecties van huisartsen op het onderzoek

Aan het einde van de interviews is aan de huisartsen gevraagd wat zij meenamen uit het gesprek. Hun reflecties bieden inzicht in de bewustwording die het onderzoek zelf teweegbracht.

Bewustwording van eigen handelen

Meerdere artsen geven aan dat het interview hen heeft aangezet tot reflectie over hun eigen professionele handelen. Ze benoemen een toegenomen kritische blik op de eigen werkwijze en een verhoogd bewustzijn over hoe bepaalde keuzes hun werkdruk beïnvloeden (HAP 5,12).

Erkenning van grenzen aan eigen invloed

Een belangrijk inzicht voor meerdere artsen was het besef dat niet alle factoren die werkdruk beïnvloeden binnen hun invloedssfeer liggen. Een huisarts verwoordt dit als: *"Ik denk dat we ook moeten aanvaarden dat er dingen liggen buiten ons kunnen. Zoals het aantal huisartsen waar we totaal geen invloed op hebben. En dat we ons daar dan misschien ook niet te druk in moeten maken, want het brengt toch niet op. Zo'n beetje loslaten ook."* (HAP 10)

Herkenning en bevestiging

Voor veel artsen vormde het interview een bevestiging dat collega's met soortgelijke uitdagingen kampen. Een huisarts merkt op: *"Dat we precies toch wel allemaal een beetje op dezelfde lijn liggen, met de knelpunten, pijnpunten. En ook wel hetgeen wat wél overeind blijft als de werkdruk hoog is."* (HAP 11) Deze herkenning werkte validerend en enigszins troostend; het besef niet alleen te staan met bepaalde problemen werd als waardevol ervaren (HAP 6,8).

Waardering voor het beroep ondanks toenemende werkdruk

Opvallend is dat meerdere artsen, ondanks de toenemende werkdruk, hun blijvende waardering voor het huisartsenberoep benadrukken. Een huisarts verwoordt dit als volgt: *"Ik ben super blij met mijn beroep, met de keuze en de uitgebreidheid. De afwisseling vind ik fantastisch, de dankbaarheid van uw patiënten, en de families die je kan opvolgen. Dat vind ik gewoon één van de mooiste beroepen die er bestaan, maar het is jammer genoeg dat we een beetje met te weinig soms zijn."* (HAP 7)

Belang van gezamenlijke reflectie

Veel artsen waarderen de gelegenheid om samen te reflecteren over werkdruk en kwaliteit van zorg. Ze geven aan dat dergelijke gesprekken te weinig plaatsvinden in de dagelijkse praktijk, terwijl ze helpen bij het bespreekbaar maken van uitdagingen en het delen van oplossingsstrategieën (HAP 3,6,11).

4. Discussie

4.1 Werkdruk en kwaliteit van zorg: conceptualisering, beïnvloedende factoren en impact

Dit onderzoek biedt inzicht in de perspectieven van Vlaamse huisartsen op de relatie tussen toenemende werkdruk en kwaliteit van zorg. De resultaten tonen dat Vlaamse huisartsen werkdruk ervaren als een complex fenomeen dat verder reikt dan louter het aantal patiënten per dag. De kern van ervaren werkdruk ligt in het gevoel van controleverlies over de eigen werklast, tijdsbesteding en praktijkvoering. Dit sluit aan bij bevindingen van Croxson et al., die eveneens beschrijven dat het niet de directe patiëntenzorg is die de grootste druk veroorzaakt, maar juist de onvoorspelbaarheid en het gebrek aan controle over de werkdag (1).

Vlaamse huisartsen definiëren werkdruk voornamelijk als het gevoel van controleverlies over diverse aspecten van hun professionele leven. Opvallend is dat deze conceptualisering vijf dimensies omvat: de onvoorspelbaarheid van de werkdag, het onvoldoende toekomen aan essentiële aspecten van het vak, het meenemen van werk naar huis, de impact op het privéleven, en kwantitatieve aspecten zoals lange werkdagen. Deze multidimensionale benadering van werkdruk gaat verder dan de meer unidimensionale beschrijvingen in sommige internationale studies (5, 6), en benadrukt dat werkdruk niet alleen om volume gaat maar ook om kwalitatieve aspecten zoals controle en voorspelbaarheid.

Wat betreft kwaliteitsvolle zorg hanteren Vlaamse huisartsen een holistische benadering die verder gaat dan louter technisch-medische aspecten. Hun definitie omvat adequate tijd voor de patiënt, een bio-psycho-sociale benadering, evidence-based handelen, toegankelijkheid en bereikbaarheid, preventie, patiënteneducatie en empowerment, en tevredenheid bij zowel arts als patiënt. Deze brede conceptualisering sluit aan bij de definitie van Campbell et al., die kwaliteit van zorg beschrijven in termen van effectiviteit en toegankelijkheid, maar gaat verder door expliciet preventie, patiënteneducatie en empowerment te integreren (11). Er is een opvallende discrepantie tussen de holistische benadering van kwaliteitsvolle zorg die Vlaamse huisartsen nastreven en de realiteit van een toenemende werkdruk die hen dwingt om bepaalde aspecten van die zorg te compromitteren. Dit spanningsveld creëert een vorm van morele stress die mogelijk bijdraagt aan de door Wright en Katz et al. beschreven vermindering van professionele voldoening (12).

De door Vlaamse huisartsen gerapporteerde werkdrukverhogende factoren kunnen worden onderverdeeld in patiëntgerelateerde factoren, praktijkgerelateerde factoren en externe factoren.

Dit komt grotendeels overeen met de categorisering in de internationale literatuur (5), maar met enkele Vlaams-specifieke accenten. Bij de patiëntgerelateerde factoren valt op dat

Vlaamse huisartsen bijzonder belang hechten aan het fenomeen van meerdere klachten per consult. Dit wordt ervaren als een aanzienlijke bron van werkdruk, een bevinding die minder prominent naar voren komt in de internationale literatuur. Dit zou kunnen wijzen op een cultureel of structureel verschil in de wijze waarop Vlaamse patiënten hun huisarts consulteren.

De praktijkgerelateerde factoren tonen sterke overeenkomsten met internationale bevindingen. Administratie en attesten worden bijna unaniem genoemd als een significante bron van werkdruk, wat aansluit bij de bevindingen van Wright en Katz et al. die stellen dat artsen voor elk uur patiëntenzorg één tot twee uur aan administratie besteden (12). Telefoons en onderbrekingen worden door Vlaamse huisartsen als bijzonder verstorend ervaren, een element dat specifieke aandacht verdient in interventies gericht op werkdrukvermindering. Bij de externe factoren worden enkele elementen genoemd die specifiek lijken voor de Vlaamse context, zoals de relatie met de tweede lijn en de administratieve lasten die voortvloeien uit overheidsmaatregelen zoals de antibioticabarometer. Dit suggereert dat een deel van de oplossingen voor werkdrukvermindering moet worden gezocht in systeemveranderingen die specifiek zijn voor de Vlaamse gezondheidszorgorganisatie.

De werkdrukverlagende factoren die Vlaamse huisartsen identificeren, bieden aanknopingspunten voor praktische interventies. Het afsprakensysteem, werken in een groepspraktijk, delegeren van taken aan een secretariaat, en duidelijke praktijkafspraken worden genoemd als effectieve strategieën. Dit sluit aan bij de interventies voorgesteld uit ander onderzoek (2), maar voegt daar het belang van persoonlijke ervaring en autonomie aan toe als beschermende factoren.

De impact van werkdruk op Vlaamse huisartsen manifesteert zich op twee niveaus: effecten op de arts als persoon en effecten op het medisch handelen. Deze tweedeling illustreert de complexe wisselwerking tussen het persoonlijk welzijn van de arts en de kwaliteit van de geleverde zorg. Op persoonlijk niveau rapporteren huisartsen fysieke en mentale uitputting, toegenomen cognitieve belasting en verminderde jobtevredenheid. Deze bevindingen sluiten aan bij de door Dyrbye et al. beschreven burn-out-epidemie onder zorgverleners (7). Opvallend is de diepte en nuance waarmee de respondenten hun vermoeidheid beschrijven: niet alleen als fysieke uitputting, maar als een meer complexe toestand die zich uit in mentale overbelasting, verstoorde slaappatronen, en toenemende zelftwijfel.

Bijzonder zorgwekkend is het fenomeen van de "continue cognitieve belasting" die huisartsen beschrijven. Ze rapporteren een vorm van mentale nasleep die zich manifesteert als piekeren over klinische beslissingen, zelfs buiten werktijd. Dit suggereert dat werkdruk niet alleen invloed heeft op de arts tijdens het werk, maar ook doordringt in diens privéleven en rustmomenten. Deze bevinding gaat verder dan wat eerder onderzoek heeft beschreven, dat

zich vooral concentreerde op directe werkgerelateerde stress zonder deze persisterende cognitieve belasting volledig te erkennen (3, 4, 7, 12). De verminderde jobtevredenheid die Vlaamse huisartsen rapporteren lijkt nauw verbonden met hun onvermogen om zorg te leveren volgens hun eigen kwaliteitsstandaarden. Dit sluit aan bij eerdere bevindingen die suggereren dat discrepantie tussen professionele idealen en werkelijkheid een belangrijke bron is van verminderde werktevredenheid (9, 16).

Wat echter opvalt in dit onderzoek is dat Vlaamse huisartsen, ondanks deze frustratie, blijk geven van een sterke veerkracht en blijvende toewijding aan hun beroep. Deze paradox van hoge werkdruk en werkstress enerzijds en blijvende professionele betrokkenheid anderzijds verdient verdere aandacht.

Wat betreft het medisch handelen, toont dit onderzoek dat werkdruk invloed heeft op verschillende aspecten van de zorgverlening, maar niet op alle aspecten in dezelfde mate. Deze differentiële impact werpt een nieuw licht op hoe artsen onder druk prioriteiten stellen, en roept de vraag op of deze prioritering bewust gebeurt of het gevolg is van onbewuste aanpassingsmechanismen. Een van de meest verrassende bevindingen is dat het klinisch onderzoek grotendeels gespaard blijft van de invloed van werkdruk, terwijl de anamnese - traditioneel beschouwd als hoeksteen van de huisartsgeneeskunde - wel wordt ingekort onder tijdsdruk. Deze omgekeerde prioritering dan wat vanuit didactisch oogpunt wordt aangeleerd (waar anamnese boven klinisch onderzoek staat in diagnostische waarde) suggereert dat in de praktijk andere mechanismen spelen. Mogelijk beschouwen huisartsen het klinisch onderzoek als een niet te missen veiligheidsnet, of als een structurerend ritueel in de arts-patiëntrelatie dat moeilijker te verkorten is dan een gesprek.

Ook de communicatie met patiënten komt onder druk te staan, waarbij huisartsen rapporteren dat vooral de diepgang en empathie verminderen, terwijl de informatieoverdracht meestal behouden blijft. Deze bevinding contrasteert enigszins met eerder onderzoek (6), dat suggereerde dat de gehele communicatie zou lijden onder werkdruk. Onze resultaten nuanceren dit beeld door aan te tonen dat huisartsen selectief bepaalde aspecten van communicatie prioriteren (informatieoverdracht) boven andere (empathie, sociale componenten). De zorgplanning en -organisatie tonen wellicht de meest verontrustende impact van werkdruk. De tendens om consulten te transformeren naar telefonische contacten en om administratie en dossiervoering te minimaliseren kan potentieel ernstige gevolgen hebben voor de continuïteit van zorg. Verder onderzoek zou moeten uitwijzen in welke mate deze aanpassingen daadwerkelijk leiden tot verminderde zorguitkomsten.

De impact op medische besluitvorming vertoont een genuanceerd patroon. Enerzijds rapporteren huisartsen een risico op tunnelvisie en het missen van het bredere klinische beeld,

wat aansluit bij bestaande literatuur over diagnostische fouten onder tijdsdruk (5, 14). Anderzijds blijft het klinische 'niet-pluis gevoel' volgens hen standvastig, net als hun voorschrijfgedrag dat opvallend resistent lijkt tegen werkdruk. Deze bevinding staat in contrast met studies die suggereren dat werkdruk tot meer defensieve geneeskunde en onnodige voorschriften zou leiden (1, 6, 13), en werpt de vraag op of Vlaamse huisartsen mogelijk specifieke beschermende factoren ontwikkeld hebben tegen deze tendens.

Opvallend is de consistente bevinding dat preventie het eerste aspect van zorg is dat onder druk komt te staan. Dit is zorgwekkend gezien het toenemende belang van preventie in de aanpak van chronische ziekten en maatschappelijke gezondheidsuitdagingen. De discrepantie tussen wat huisartsen identificeren als kwaliteitsvolle zorg (waarin preventie een prominente plaats krijgt) en wat in de praktijk prioriteit krijgt onder werkdruk, illustreert een structureel spanningsveld dat aandacht verdient van beleidsmakers. Niet alleen de directe patiëntenzorg, maar ook de randvoorwaarden voor kwaliteitsvolle zorg zoals professionele ontwikkeling en intercollegiaal overleg, komen onder druk te staan. Hoewel sommige praktijken bewust vasthouden aan structurele overlegmomenten, rapporteren veel huisartsen dat zowel formele bijscholing als informele kennisuitwisseling het eerste zijn dat sneuvelt bij toenemende werkdruk. Dit risico op professionele isolatie en kennisveroudering vormt een sluimerende bedreiging voor de kwaliteit van zorg op langere termijn.

Een kritische reflectie op deze bevindingen doet de vraag rijzen of de huidige organisatie van de huisartsenzorg wel duurzaam is. De systematische compensatiemechanismen die huisartsen ontwikkelen om bepaalde kernaspecten van zorg te beschermen ten koste van andere, suggereren dat het systeem operationeel is aan de grenzen van zijn capaciteit.

Bovendien rijst de vraag of huisartsen zich volledig bewust zijn van de keuzes die ze onder werkdruk maken, en of deze keuzes aansluiten bij wat vanuit maatschappelijk en medisch perspectief optimaal zou zijn. Deze bevindingen pleiten voor een fundamentele heroverweging van hoe huisartsenzorg is georganiseerd, gefinancierd en ondersteund, waarbij zowel de kwaliteit van zorg als het welzijn van de zorgverlener gewaarborgd blijven.

De voorgestelde strategieën voor werkdrukbeheersing door de geïnterviewde Vlaamse huisartsen omvatten praktijkgerelateerde interventies, overheidsgerelateerde interventies en persoonlijke interventies. Bij de praktijkgerelateerde interventies ligt de nadruk op taakdelegatie en multidisciplinaire samenwerking, hoewel er geen consensus bestaat over welke taken precies gedelegeerd zouden moeten worden. Dit weerspiegelt de complexiteit van taakdelegatie in de huisartsenpraktijk, waar de balans tussen efficiëntiewinst en het behoud van waardevolle contactmomenten zorgvuldig moet worden afgewogen. De overheidsgerelateerde interventies benadrukken sterk het belang van administratieve

vereenvoudiging, met name rond arbeidsongeschiktheidsattesten. Het Nederlandse model, waarbij arbeidsongeschiktheid door externe instanties wordt beoordeeld, wordt herhaaldelijk genoemd als mogelijk voorbeeld. Ook verbeterde IT-systemen en herstructurering van wachtdiensten worden gezien als kansrijke interventies. Deze bevindingen sluiten aan bij eerdere studies die de administratieve last identificeren als een van de belangrijkste oorzaken van werkdruk (2, 5, 6, 9, 12).

Een opvallende bevinding is de kritische houding van Vlaamse huisartsen tegenover de stelling dat "de toenemende werkdruk de arts kan motiveren om slimmer en efficiënter te werken." De meeste huisartsen wijzen deze stelling fundamenteel af, waarbij ze een belangrijk onderscheid maken tussen sneller werken (wat werkdruk wel afdwingt) en slimmer werken (wat juist tijd vraagt voor reflectie en aanpassing). Deze nuancering is belangrijk voor beleidsmakers die soms veronderstellen dat druk automatisch leidt tot efficiëntie, terwijl dit onderzoek suggereert dat dit niet het geval is in de huisartsenpraktijk.

4.2 Sterktes en beperkingen van het onderzoek

Een belangrijke sterkte van dit onderzoek is de kwalitatieve methodologie, die toelaat om de complexe, contextgebonden relatie tussen werkdruk en zorgkwaliteit te exploreren. Door het gebruik van focusgroepen werden rijke, gedetailleerde gegevens verzameld die inzicht bieden in de subjectieve ervaringen, percepties en interpretaties van Vlaamse huisartsen. Deze methodologie liet toe om onverwachte verbanden en nuances te ontdekken die in kwantitatief onderzoek mogelijk onopgemerkt zouden blijven. De diversiteit binnen de steekproef vormt een tweede sterkte. De deelnemende huisartsen vertegenwoordigden verschillende praktijkvormen (solo, duo, groep, wijkgezondheidscentrum) en geografische locaties, wat bijdraagt aan de rijkdom en overdraagbaarheid van de bevindingen. De variatie in werkervaring, aantal patiënten en consultatietijd biedt een genuanceerd beeld van de Vlaamse huisartsenpraktijk. Ten slotte vormt de timing van dit onderzoek een sterkte, gezien de huidige context van toenemende druk op het gezondheidszorgsysteem in het algemeen en de eerstelijnszorg in het bijzonder. De bevindingen bieden actuele inzichten die relevant zijn voor beleidsvorming en praktijkverbetering.

Ondanks deze sterktes kent dit onderzoek ook enkele beperkingen. Ten eerste is er, inherent aan kwalitatief onderzoek, een beperkte generaliseerbaarheid van de bevindingen. Met 12 huisartsenpraktijken vertegenwoordigt onze steekproef slechts een klein deel van het totale aantal huisartsenpraktijken in Vlaanderen. Hoewel we ernaar hebben gestreefd diversiteit in onze steekproef te verkrijgen (verschillende praktijkvormen, ervaringsniveaus en regio's), is voorzichtigheid geboden bij het generaliseren van onze bevindingen naar de volledige Vlaamse huisartsenpopulatie. Daarnaast is het mogelijk dat bepaalde subgroepen van

huisartsen ondervertegenwoordigd waren, zoals huisartsen die reeds gestopt zijn vanwege hoge werkdruk of burn-out.

Ten tweede kan sociaal wenselijk antwoordgedrag een rol hebben gespeeld, vooral wanneer het gaat om de impact van werkdruk op kwaliteit van zorg. Huisartsen kunnen terughoudend zijn om toe te geven dat werkdruk hun professioneel handelen beïnvloedt, uit zorg voor hun professionele reputatie of vanuit een persoonlijk ethos.

Een derde beperking ligt in de afwezigheid van het patiëntenperspectief in dit onderzoek. Hoewel de focus lag op de percepties van huisartsen, zou het includeren van patiëntenervaringen een meer volledig beeld hebben kunnen geven van de impact van werkdruk op de daadwerkelijk ervaren zorgkwaliteit.

Ten vierde biedt dit cross-sectionele onderzoek een momentopname, terwijl werkdruk en kwaliteit van zorg dynamische concepten zijn die evolueren in de tijd. Longitudinaal onderzoek zou meer inzicht kunnen bieden in hoe deze concepten en hun onderlinge relatie veranderen over tijd.

Tot slot focust dit onderzoek op percepties en zelfgerapporteerd gedrag, niet op objectieve metingen van werkdruk of zorgkwaliteit. Hoewel percepties waardevol zijn, zou triangulatie met objectieve data zoals consultduur, voorschrijfcijfers of patiëntuitkomsten verduidelijking kunnen geven.

4.3 Implicaties voor praktijk en beleid

De bevindingen van dit onderzoek hebben verschillende praktische implicaties voor huisartsen, praktijkmanagers, beleidsmakers en onderwijsinstellingen. Huisartsen kunnen baat hebben bij het explicieter maken van de keuzes die ze onder werkdruk maken. Door bewust te reflecteren op welke aspecten van zorg prioriteit krijgen en welke in het gedrang komen, kunnen ze meer gerichte strategieën ontwikkelen om kwaliteitsvolle zorg te waarborgen, zelfs onder druk. De bevindingen ondersteunen het belang van praktijkorganisatorische maatregelen zoals het werken met een afsprakensysteem, adequate buffertijd, en duidelijke praktijkafspraken rond telefonie en administratie. Praktijken die nog niet met dergelijke systemen werken, zouden de implementatie ervan kunnen overwegen. Taakdelegatie blijkt een kansrijke strategie, maar vereist zorgvuldige afweging over welke taken worden gedelegeerd. Praktijken zouden kunnen experimenteren met verschillende modellen van taakdelegatie om te bepalen wat het beste werkt in hun specifieke context, met behoud van waardevolle contactmomenten. De resultaten benadrukken het belang van intercollegiaal overleg en structurele reflectiemomenten, zelfs (of juist) onder hoge werkdruk.

Praktijken zouden kunnen overwegen om deze momenten expliciet te beschermen, gezien hun waarde voor zowel kwaliteitsborging als psychologische ondersteuning.

Voor beleidsmakers wijst dit onderzoek op het belang van administratieve vereenvoudiging, met name rond arbeidsongeschiktheidsattesten, als een prioriteit voor werkdrukvermindering. Het Nederlandse model wordt als mogelijk voorbeeld aangehaald. De bevindingen suggereren verder dat betere integratie van zorgsystemen en verbeterde communicatie tussen eerste en tweede lijn substantieel zou kunnen bijdragen aan werkdrukvermindering. Investeringen in geïntegreerde IT-systemen verdienen daarom prioriteit. De resultaten ondersteunen ook het belang van capaciteitsverhoging in de eerstelijnszorg, zowel door het opleiden van meer huisartsen als door het faciliteren van ondersteunend personeel zoals praktijkverpleegkundigen en secretariaatsmedewerkers.

Voor medisch onderwijs impliceren de bevindingen dat naast klinische vaardigheden ook praktijkmanagement, efficiënte werkprocessen en persoonlijke stressmanagementstrategieën meer aandacht verdienen in de opleiding. Voor patiënteneducatie suggereert het onderzoek dat betere gezondheidsgeletterdheid en zelfzorgvaardigheden zouden kunnen bijdragen aan werkdrukvermindering, wat pleit voor ondersteunende campagnes op dit gebied.

Dit onderzoek roept ook nieuwe vragen op die verder onderzoek verdienen: longitudinaal onderzoek naar adaptatie aan werkdruk, triangulatie met objectieve metingen, interventieonderzoek naar werkdrukvermindering, integratie van het patiëntenperspectief, en vergelijkend onderzoek met andere gezondheidszorgsystemen zoals het Nederlandse model.

5. Besluit

Samenvattend biedt dit onderzoek inzicht in hoe Vlaamse huisartsen de relatie tussen werkdruk en kwaliteit van zorg ervaren. Werkdruk blijkt een complex, multidimensionaal fenomeen dat vooral draait om controleverlies, terwijl kwaliteitsvolle zorg in holistische termen wordt gedefinieerd. Onder druk maken huisartsen keuzes waarbij sommige zorgaspecten (zoals klinisch onderzoek) beschermd worden, terwijl andere (zoals preventie) in het gedrang komen.

Een belangrijke bevinding is dat huisartsen kritisch staan tegenover het idee dat werkdruk automatisch leidt tot efficiënter werken. Ze maken een fundamenteel onderscheid tussen sneller werken en slimmer werken, waarbij dit laatste juist tijd voor reflectie vereist. Deze inzichten in de complexe relatie tussen werkdruk en zorgkwaliteit in de Vlaamse huisartsenpraktijk bieden concrete aanknopingspunten voor gerichte interventies op zowel praktijk- als beleidsniveau.

6. Referenties

1. Croxson CH, Ashdown HF, Hobbs FR. GPs' perceptions of workload in England: a qualitative interview study. British Journal of General Practice. 2017.
2. Fisher RFR, Croxson CHD, Ashdown HF, Hobbs FDR. GP views on strategies to cope with increasing workload: a qualitative interview study. British Journal of General Practice. 2017;67(655):E148-E56.
3. Twellaar M, Winants Y, Houkes I. How healthy are Dutch general practitioners? Self-reported (mental) health among Dutch general practitioners. The European journal of general practice. 2008;14(1):4-9.
4. Khan A, Teoh KR, Islam S, Hassard J. Psychosocial work characteristics, burnout, psychological morbidity symptoms and early retirement intentions: a cross-sectional study of NHS consultants in the UK. BMJ open. 2018;8(7):e018720.
5. Svedahl ER, Pape K, Toch-Marquardt M, Skarshaug LJ, Kaspersen S-L, Bjørngaard JH, et al. Increasing workload in Norwegian general practice–a qualitative study. BMC family practice. 2019;20:1-10.
6. van den Hombergh P, Künzi B, Elwyn G, van Doremalen J, Akkermans R, Grol R, et al. High workload and job stress are associated with lower practice performance in general practice: an observational study in 239 general practices in the Netherlands. BMC Health Serv Res. 2009;9:118.
7. Dyrbye LN, Shanafelt TD, Sinsky CA, Cipriano PF, Bhatt J, Ommaya A, et al. Burnout among health care professionals: a call to explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care. NAM perspectives. 2017.
8. Vandenbroeck S, Van Gerven E, De Witte H, Vanhaecht K, Godderis L. Burnout in Belgian physicians and nurses. Occupational Medicine. 2017;67(7):546-54.
9. Nørøxe KB, Pedersen AF, Bro F, Vedsted P. Mental well-being and job satisfaction among general practitioners: a nationwide cross-sectional survey in Denmark. BMC family practice. 2018;19(1):1-11.
10. Allen-Duck A, Robinson JC, Stewart MW. Healthcare Quality: A Concept Analysis. Nurs Forum. 2017;52(4):377-86.
11. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. Soc Sci Med. 2000;51(11):1611-25.
12. Wright AA, Katz IT. Beyond burnout—redesigning care to restore meaning and sanity for physicians. N Engl J Med. 2018;378(4):309-11.
13. Patel RS, Bachu R, Adikey A, Malik M, Shah M. Factors related to physician burnout and its consequences: a review. Behavioral sciences. 2018;8(11):98.
14. Tawfik DS, Scheid A, Profit J, Shanafelt T, Trockel M, Adair KC, et al. Evidence relating health care provider burnout and quality of care: a systematic review and meta-analysis. Annals of internal medicine. 2019;171(8):555-67.
15. Brunsberg KA, Landrigan CP, Garcia BM, Petty CR, Sectish TC, Simpkin AL, et al. Association of pediatric resident physician depression and burnout with harmful medical errors on inpatient services. Academic medicine. 2019;94(8):1150-6.
16. Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM. The well-being of physicians. The American journal of medicine. 2003;114(6):513-9.
17. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. The lancet. 2016;388(10057):2272-81.
18. Ceulemans F, Derycke E. Momentopname van het medisch korps in België. Artsenkrant. 2025;2794.

7. Bijlagen

7.1 Bijlage 1

TOPIC GUIDE

BEGIN VAN HET INTERVIEW

- Recorder aanzetten
- Onszelf voorstellen
- Onderwerp voorstellen
- Proces van het interview bespreken (bv. “We gaan een aantal vragen stellen, bedoeling van het interview is dat we er een gesprek van maken”)
- Confidentialiteit/privacy (bv. “Er worden tijdens het interview geen namen genoemd en jullie gegeven zullen gepseudonomiseerd worden”).
- Informed consent laten tekenen.

OPENINGSVRAGEN

- Wat is de structuur van uw praktijk? (groepspraktijk/solo/…)
- Wat is jullie leeftijd? Jaren ervaring?
- Hoeveel uren per week werkt u als huisarts? (niet enkel patiëntencontact inclusief administratie, opleiding, onderzoek) Voltijds/halftijds?
- Hoeveel tijd wordt aan patiëntenzorg gespendeerd (directe patiëntencontact/totaal aantal uren werk per week). U mag ook een verhouding of percentage meedelen.
- Hoeveel patiënten ziet u gemiddeld op een werkdag?
- Hoeveel tijd neemt u per patiënt tijdens een consultatie?
- Hoeveel huisbezoeken doet u per week?
- Hoeveel telefonische contacten heeft u gemiddeld per dag?
- Werkt u met een (tele)secretariaat?
- Hoeveel psychologische consulten heeft u gemiddeld per week?
- Hoeveel GMD-patiënten heeft u in de (groeps)praktijk?
- Heeft jullie praktijk een patiëntenstop?

INTRODUCTIEVRAGEN

- Hoe definieert u een hoge werkdruk?
- Welke factoren zorgen voor een hogere werkdruk?
- Indien vooral werkgerelateerde factoren aan bod komen: zijn er factoren buiten de werksfeer die hier invloed op hebben?
- Wat ziet u als kwaliteitsvolle zorg?

TRANSITIEVRAGEN

- Hoe zou je je huidige werksituatie momenteel beschrijven?
- Waaraan merkt u in uw praktijk dat de werkdruk oploopt?
- Hoe voelt u zich wanneer deze werkdruk (te) hoog oploopt?

- Zijn er patiëntengroepen die meer tijd eisen? Hoe is jullie ervaring hierin?
- Wat is uw ervaring met de samenwerking tussen uw huisartsenpraktijk en de tweede lijn? Bv. Wanneer patiënten ontslagen worden van het ziekenhuis
- Besteden jullie in de praktijk aandacht aan het optimaliseren van de kwaliteit van zorg en hoe pakken jullie dat aan?

CENTRALE VRAGEN

Als centrale vraag starten we met een brainstormvraag om de discussie te bevorderen en om ervoor te zorgen dat de interviewees elkaar niet kunnen beïnvloeden.

Schrijf de 5 belangrijkste zaken die bij u opkomen bij volgende stelling: “Wanneer de werkdruk oploopt, merk ik volgende zaken die wel of niet verschillen in de kwaliteit van mijn zorg: …”

Als er nog tijd over is:

Argumenten voor -en tegen bepaalde stellingen om een discussie te genereren. Uit een soort gelijk onderzoek bij huisartsen in Engeland werd er als stelling geuit: ‘De toenemende werkdruk kan de arts motiveren om slimmer en efficiënter te werken’. Wat is jullie mening hierover?

Schrijf 3 suggesties op dat volgens jullie de werklast van huisartsen zou verminderen.

BESLUITENDE VRAGEN

We hebben zeer veel zaken besproken vandaag. Als laatste vraag zou ik je willen vragen: van alles dat we hebben besproken: wat neem je uit het interview mee?

OF/EN

Bevindingen die tijdens het interview werden gezegd samenvatten. Kunnen jullie jullie hierin terugvinden of zijn we iets vergeten of hebben we iets verkeerd begrepen?

7.2 Bijlage 2

CODEBOOM

- Kwantitatieve data
    - GMD's
    - Patiëntenstop
    - Secretariaat
    - Soort praktijk
    - Tijd per consult
    - Directe patiëntenzorg
    - Huisbezoeken
    - Patiënten per dag
    - Psychologische consulten
    - Werkuren
    - Telefonische contacten
- Definities werkdruk
- Huidige werkdruk
- Definities kwaliteit van zorg
    - Bijscholen
    - Continuïteit, toegankelijk, acute zaken kunnen opvangen
    - Doorverwijzing
    - Evidence-based
    - Goed medisch dossier
    - Holistisch brede biopsychosociale context
    - Opvolging chronische patiënten
    - Overleg met collega's
    - Patiënteneducatie
    - Patiëntentevredenheid
    - Preventie
    - Tijd nemen
    - Veilig
    - Eigen competenties kennen
    - Eigen tevredenheid
- Werkdruk verhogende factoren
    - 2de lijn
    - Administratie en attesten
    - Afwezigheid collega
    - Complexiteit van de job
    - Diagnostische onzekerheid
    - Doorverwijzing geestelijke gezondheidszorg
    - Ernst van problematiek of diagnose
    - Gebrek aan pauze
    - Griepseizoen
    - Het weer
    - Hoeveelheid consulten
    - Huisartsentekort
    - Informatie via verschillende communicatiekanalen, mails, familie, vrienden
    - Logistiek
    - Meerdere klachten per consult
    - Onverwachte huisbezoeken

    - Opleiding
    - Overheid
    - Overloop agenda
    - Patiëntengroepen die meer tijd vragen
    - Persoonlijke problematieken
    - Prakijkorganisatie
    - Preventie
    - Stress van personeel
    - Telefoons
    - Verwachtingen van patiënten
    - Wachten
- Werkdruk verlagende factoren
    - Afspraken vs vrije consultaties
    - Goed opgevoede patiënten
    - Groepspraktijk vs solopraktijk
    - Hulp wachtkring
    - Online agenda
    - Taken delegeren naar ondersteunend personeel
    - Ontspanningsmomenten
    - Zomerseizoen
    - Ervaring
    - Overleg 2e lijn
    - Eigen agendabepaling
    - Visie praktijk
- Optimaliseren kwaliteit van zorg
- Effect werkdruk op arts als persoon
    - Gejaagdheid, frustraties
    - Jobtevredenheid
    - Onzekerheid
    - Vermoeidheid
    - Zaken meenemen naar huis
    - Patiëntentevredenheid
    - Eigen grenzen minder bewaken
- Effect werkdruk op medisch handelen
    - Anamnese en meer afbakenen van consult
    - Arbeidsongeschiktheid schrijven
    - Besliskunde, tunnelvisie
    - Chronische zorg
    - Doorverwijzen
    - empathie en geduld en comm naar de pt
    - Extra onderzoeken ECG, labo, etc.
    - Intercollegiaal overleg, ook 2de lijn
    - Klinisch onderzoek
    - Medisch dossier
    - Minder aandacht voor voorgeschiedenis
    - Minder opzoeken, opleiding
    - Minder preventie
    - Sneller telefonisch consult of vervolgconsult
    - Taken delegeren
    - Uitleg aan patiënt
    - Uitlopen consultatie

    - Uitstellen administratief werk
    - Voorschrijfgedrag, evidence based
    - Toegankelijkheid
    - Alarmsymptomen
- Stelling Engeland
- Ideeën verlagen werkdruk
    - Admin, overbodige attesten
    - Babbel met collega's, vrienden
    - Betere communciatie vanuit de overheid
    - Chronische voorschriften door apotheek
    - CRP toestellen
    - Gemakkelijkere doorverwijzing
    - Gezondheidszorgsysteem
    - Herstructureren wachtsysteem
    - IT
    - Meer huisartsen
    - Meer zelf werken
    - Minder interferentie vanuit de overheid -> PJ
    - Minder strenge patiëntenstop
    - Ondersteuning wachtkring
    - Patiënt vast inschrijven in praktijk
    - Patiënteneducatie
    - Praktijkassistent
    - Verantwoordelijkheid bij patiënt leggen
    - Zelfzorg
    - Agendabeheer
    - Afspraken binnen praktijk, visie praktijk
- Conclusies