



Op bezoek bij de huisarts

Gerapporteerd gebruik, gepercipieerde kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg bij financieel kwetsbare welzijnszorggebruikers

A. Poppe, E. Verlinde, S. Willems, A. DeSmet, K. Hermans,
Ch. Van Audenhove, J. De Maeseneer

Achtergrond

Verschillende studies stellen de laatste decennia een continue stijging van de levensverwachting vast bij de algemene populatie in alle West-Europese landen. Sinds 1970 nam de levensverwachting er met gemiddeld 6 tot 8 jaar toe (Leon, 2011). Niet iedereen geniet echter in dezelfde mate van deze vooruitgang. De mogelijkheden om een gezond leven te leiden zijn sterk afhankelijk van de socio-economische achtergrond van individuen en families, wat wordt weerspiegeld in toenemende sociale ongelijkheden in gezondheid binnen Europese landen (Dahlgren & Whitehead, 2007). Levensverwachting en gezondheid blijven, ook in Vlaanderen, ongelijk verdeeld (Willems, 2005).

Het voorbije decennium kenmerkt Vlaanderen zich door een expansieve groei van de gezondheids- en welzijnszorg. De nadruk werd gelegd op het belang van gelijke toegankelijkheid, het inspelen op sociale determinanten van ziekte en gezondheid, etc. (Syntheserapport eerstelijns, Vlaamse Overheid, 2010) Met deze maatregelen wil men de strijd aangaan met de in Vlaanderen aanwezige sociale gradiënt, waarbij de kans op ziekte stijgt naarmate men lager staat op de maatschappelijke ladder.

Ondanks de geleverde inspanningen slaagt het gezondheidszorgsysteem er niet in om de ongelijkheid in gezondheid te reduceren. Lagere sociale klassen rapporteren een slechtere gezondheidstoestand en meer chronische aandoeningen (Demarest et al., 2010) en worden bijgevolg gekenmerkt door een hogere gezondheidszorgnood.

Recent onderzoek bevestigt niet alleen het bestaan van een sociale gezondheidskloof in de Vlaamse Gemeenschap, maar rapporteert bovendien een verbreding van die kloof, zowel inzake gezondheidsstatus als wat toegankelijkheid tot de zorg betreft (Syntheserapport eerstelijns, Vlaamse Overheid, 2010). Onderzoek toont aan dat een sterke eerstelijnsgezondheidszorg geassocieerd kan worden met een meer gelijke verdeling van gezondheid (Starfield, Shi & Macinko, 2005). Bijgevolg kan het optimaliseren van de eerstelijnsgezondheidszorg naar voor geschoven worden als strategie om het zorgaanbod beter en directer te doen aansluiten op de behoeften van de verschillende bevolkingsgroepen. In december 2010 werd al een “conferentie eerstelijnsgezondheidszorg” georganiseerd, met als doel een strategische visie uit te tekenen voor de eerstelijnsgezondheidszorg in Vlaanderen.

De huisarts vervult een cruciale rol binnen de gezondheidszorg op de eerste lijn, waar hij of zij fungeert als aanspreekpunt en zorgt voor een laagdrempelige toegang tot het gezondheidszorgsysteem. De huisarts biedt een patiëntgerichte, continue zorg aan, verwijst, wanneer nodig, door naar meer gespecialiseerde zorg en coördineert de zorg die elders of door andere actoren binnen het gezondheidszorgsysteem verstrekt wordt.

Om een meer kwaliteitsvolle en doeltreffende eerstelijnszorg te kunnen realiseren is inzicht in het gebruik van eerstelijnsgezondheidszorg belangrijk, vooral bij maatschappelijk kwetsbare groepen.

Deze SWVG-Feiten en Cijfers onderzoekt allereerst het gebruik en de gepercipieerde kwaliteit van de huisartsenzorg bij financieel kwetsbare zorggebruikers, waarna dieper ingegaan wordt op het vertrouwen in de huisarts en het uitstellen van een bezoek aan de huisarts.

Vertrouwen in de huisarts is de basis van een goede arts-patiënt relatie. Deze arts-patiënt relatie vormt een belangrijk aspect bij het realiseren van een kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg. Een vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt maakt het voor de huisarts gemakkelijker om efficiënt in te spelen op de problemen die de patiënt heeft, zowel tijdens de consultatie als via de telefoon. Op die manier worden onnodige hospitalisaties en aanmeldingen bij de spoedafdeling vermeden (Mainous et al., 2001). Een gebrek aan vertrouwen kan leiden tot conflicten met betrekking tot de oorzaak en de aanpak van gezondheidsproblemen (Levinson, Stiles, Inui & Engle, 1993), wat het verlenen van een goede zorg hindert. In wat volgt wordt nagegaan bij welke personen het vertrouwen in de huisarts minder groot is.

Personen uit de lagere sociale klasse worden vaak geconfronteerd met (financiële) barrières, waardoor gezondheidszorg uitgesteld wordt of zelfs helemaal niet plaatsvindt. Het uitstellen van gezondheidszorg verhoogt het risico op langdurige en ernstige aandoeningen, en heeft tot gevolg dat mensen meer tijd nodig hebben om te herstellen van de behandeling vanwege hun algemeen slechtere gezondheid (Willems, 2005). Beide factoren leiden tot hogere medische kosten.

Er werd vastgesteld dat personen uit lagere socio-economische klassen ook in landen waar, anders dan in

België, geen financiële drempel (onder de vorm van een persoonlijke bijdrage, het zogenaamde ‘remgeld’) aanwezig is om een dokter te bezoeken, vaker gezondheidszorg uitstellen (Willems, 2005). Dit geeft aanleiding tot de vraag welke andere factoren hiertoe bijdragen. In het laatste deel van de resultaten trachten we op deze vraag een antwoord te formuleren.

Onderzoeksvragen

Deze SWVG-Feiten en Cijfers onderzoekt gerapporteerd gebruik en gepercipieerde kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg bij financieel kwetsbare zorggebruikers, met het doel beleidsaanbevelingen te formuleren ter verbetering.

Volgende vragen vormen het uitgangspunt:

- Hoe vaak en voor welke problemen consulteren financieel kwetsbare zorggebruikers de huisarts?
- In welke mate beschouwen financieel kwetsbare zorggebruikers de kernaspecten van de huisartsenzorg als belangrijk en gerealiseerd?
- Hoe groot is het vertrouwen in de huisarts en welke zijn de determinanten van dat vertrouwen?
- Hoe vaak stellen financieel kwetsbare zorggebruikers een bezoek aan de huisarts uit en welke zijn de determinanten van dit uitstelgedrag?

Methode

Onderzoeksopzet

Deze SWVG-Feiten en Cijfers kadert binnen het onderzoek KANS (Kwetsbaarheid Aanpakken in de Samenleving), een onderdeel van het meerjarenprogramma van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (www.steunpuntwvg.be). In dit onderzoek is aan de hand van vragenlijsten informatie verzameld over het zorggebruik en de zorgtrajecten van mensen die in financiële kwetsbaarheid leven en/of gevoelens van psychisch onwelbevinden ervaren. Het onderzoek loopt in acht Vlaamse regio's: Ieper, Oostende, Genk, Gent, Oudenaarde, Tielt-Winge, Geel en Antwerpen. De selectie van deze regio's is gebaseerd op het streven naar een zo groot mogelijke diversiteit op gebied van: socio-economische kenmerken van de aanwezige bevolking, graad van verstedelijking en provinciale spreiding (Hermans, 2008).

Steekproef

Alle gebruikers van eerstelijns welzijnsvoorzieningen in de geselecteerde regio's werden in de periode 2008-2009 gescreend voor deelname aan het onderzoek door de medewerkers van het OCMW, CAW en ICAW¹. De basisvoorwaarden waaraan cliënten moeten voldoen om in aanmerking te komen voor deelname zijn:

- Het Nederlands voldoende beheersen
- In 1 van de 8 geselecteerde regio's verblijven
- Tussen 18 en 65 jaar zijn

Tabel 1: Screeningscriteria voor psychisch onwelbevinden en financiële kwetsbaarheid

Tabel 1. Screeningscriteria voor psychisch onwelbevinden en financiële kwetsbaarheid		Zowel psychisch onwelbevinden als financieel kwetsbaar	Zowel op minstens 1 van de vragen over psychisch onwelbevinden 'ja' antwoorden als op minstens 1 van de vragen over 'financiële kwetsbaarheid' 'ja' antwoorden
Psychisch onwelbevinden (Whooley, 1997)			
		Enkel psychisch onwelbevinden	
▪ Heeft u gedurende de voorbije maand vaak last gehad van neerslachtigheid, een depressief of hopeloos gevoel?	Op minstens 1 van beide 'ja' antwoorden om beschouwd te worden als een persoon die psychisch onwelbevinden ervaart		
▪ Heeft u gedurende de laatste maand minder plezier of interesse in wat u doet?			
Financiële kwetsbaarheid		Enkel financieel kwetsbaar	
▪ Geniet u een verhoogde tegemoetkoming in het kader van de ziekteverzekering?	Op minstens 1 van deze 'ja' antwoorden om beschouwd te worden als een persoon die zich in een financieel kwetsbare positie bevindt		
▪ Werd u het OMNIO-statuut toegekend in het kader van de ziekteverzekering?			
▪ Is uw bruto belastbaar gezinsinkomen lager dan 13.543,71 euro verhoogd met 2.507,30 euro per gezinslid ander dan de aanvrager? Hierbij is een gezinslid iedereen die officieel of hetzelfde adres woont			

Vervolgens werden de cliënten die in aanmerking kwamen om aan het onderzoek deel te nemen geselecteerd op financiële kwetsbaarheid en/of psychisch onwelbevinden. De inclusiecriteria met betrekking tot deze specifieke voorwaarden worden opgesomd in tabel 1.

De specifieke inclusiecriteria impliceren dat niet de volledige groep van welzijnszorggebruikers in het onderzoek werd opgenomen. Deze studie beperkt zich bijgevolg tot uitspraken aangaande welzijnszorggebruikers die geconfronteerd worden met financiële kwetsbaarheid en/of psychisch onwelbevinden. In totaal werden 700 gebruikers van eerstelijns welzijnszorgvoorzieningen bevestigd.

De resultaten die in deze Feiten en Cijfers gerapporteerd worden hebben uitsluitend betrekking op de respondenten die zich in een situatie van financiële kwetsbaarheid bevinden (N=606).

Resultaten

1. Hoe vaak en voor welke problemen consulteren financieel kwetsbare zorggebruikers de huisarts?

Meer dan de helft (54,6%) van de financieel kwetsbare KANS-respondenten beoordeelt zijn gezondheid als matig tot zeer slecht, ten opzichte van 15,8% van de 15-64 jarigen in het Vlaams Gewest (Gezondheidsenquête 2008). Daarnaast wordt de steekproef gekenmerkt door een hoge prevalentie van chronische aandoeningen (60,6% lijdt aan minstens één chronische aandoening, ten opzichte van 24,0% van de 15-64-jarigen in het Vlaams Gewest). Dunlop et al. (2001) wijzen erop dat deze twee factoren een hogere gezondheidszorgnood tot gevolg hebben, hetgeen resulteert in een verhoogd aantal bezoeken aan de huisarts. Het percentage financieel kwetsbare zorggebruikers die het voorbije jaar beroep deden op de huisarts ligt inderdaad hoger dan bij de algemene populatie: 93,1% ten opzichte van 78,7% van de 15-64 jarigen in het Vlaams Gewest (Gezondheids-

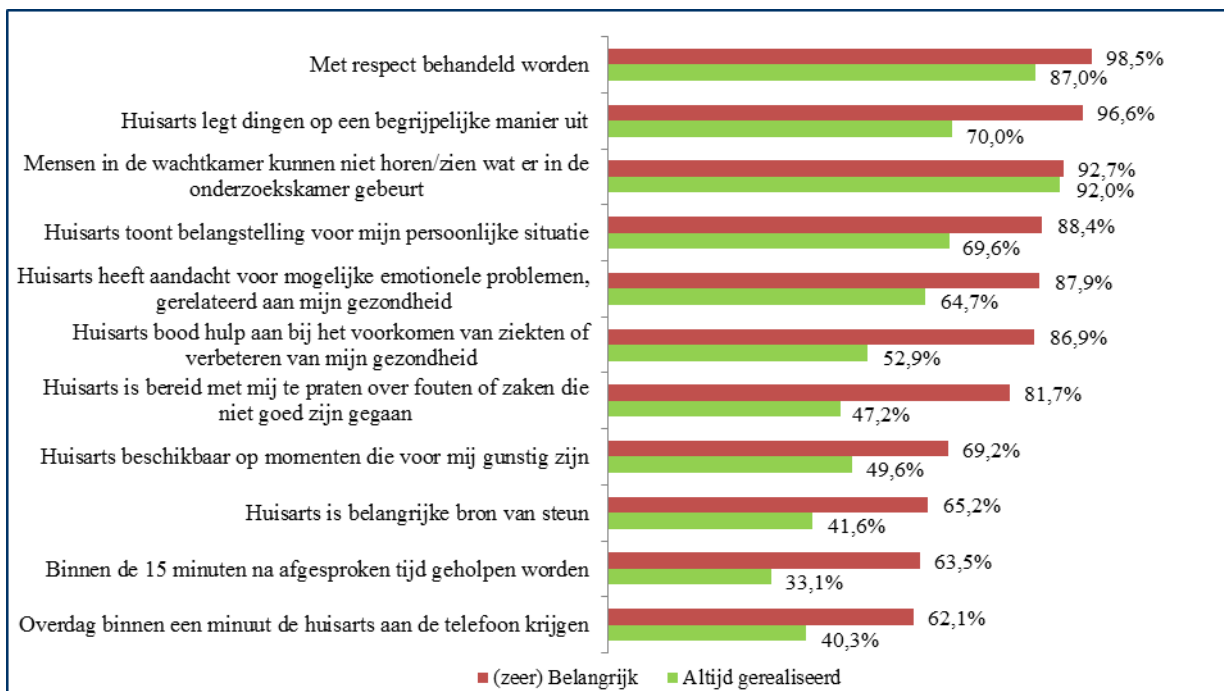
enquête 2008). Eén op vijf (20,7%) van de KANS-respondenten bezocht de huisarts op zeer frequente basis, namelijk vijf keer of meer in de twee maanden die vooraf gingen aan de bevestiging.

Meer dan één op vier (27,9%) financieel kwetsbare welzijnszorggebruikers deed het afgelopen jaar beroep op twee of meer verschillende huisartsen (wachtdiensten niet meegerekend). Lichamelijke problemen worden het vaakst, maar zeker niet exclusief, genoemd als reden voor een bezoek aan de huisarts. Eén op drie (34,3%) van de respondenten die in het voorbije jaar een huisarts bezochten deed dit ondermeer omwille van een psychisch probleem. Daarnaast geeft 16,7% aan in de voorbije maanden hulp gezocht te hebben bij de huisarts voor relationele problemen (met partner of anderen), 14,1% omwille van verslavingsproblemen en 11,6% voor een administratief of financieel probleem. Verslavingsproblemen worden significant vaker genoemd door mannen dan door vrouwen (24,4% versus 6,6% - $p < 0,001$).

2. In welke mate beschouwen financieel kwetsbare zorggebruikers de kernaspecten van de huisartsenzorg als belangrijk en gerealiseerd?

De beoordeling van de zorg door de patiënten is één van de bepalende factoren voor zowel het gebruik van zorgvoorzieningen (Steven et al., 1999), als voor de uitkomst van het zorgverleningsproces (Ley, 1990) en de mate waarin de aanwijzingen van de zorgverlener worden opgevolgd (Winefield et al., 1995). Dit verklaart de actieve hernieuwde belangstelling voor patient-centredness als toetssteen van de zorg (Mezzich & Salloum, 2008).

Aan de respondenten in dit onderzoek werd enerzijds gevraagd in welke mate ze bepaalde aspecten van huisartsenzorg belangrijk vinden, en anderzijds in welke mate ze die gerealiseerd zien. Zo kunnen, op basis van discrepanties tussen belangrijkheid en realisatie, aandachtspunten worden geïdentificeerd.



Figuur 1. Mate van belang en realisatie van kernaspecten in kwaliteit van huisartsenzorg

Figuur 1 geeft per kwaliteitsaspect het percentage respondenten weer dat dit aspect altijd gerealiseerd ziet in de praktijk, alsook het percentage respondenten dat aangeeft dit aspect van huisartsenzorg (zeer) belangrijk te vinden.

Dat mensen in de wachtkamer niet kunnen horen of zien wat er in de onderzoekskamer gebeurt, dat de huisarts hen met respect behandelt en de dingen op een begrijpelijke manier uitlegt zijn de aspecten die door het grootste aantal patiënten als (zeer) belangrijk worden aangegeven. Dit geldt zowel voor vrouwen als voor mannen. Dat de huisarts aandacht heeft voor emotionele problemen en een belangrijke bron van steun is, zijn aspecten die door significant meer vrouwen dan mannen als (zeer) belangrijk benoemd worden.

De aspecten die door de respondenten als belangrijkste beschouwd worden, worden over het algemeen ook meestal of altijd gerealiseerd. De minst gerealiseerde elementen in de huisartsenzorg zijn degene die ook in mindere mate belangrijk gevonden worden door de patiënt, zoals binnen de 15 minuten na afspraak geholpen worden, huisarts is een belangrijke bron van steun, en overdag binnen een minuut de huisarts aan de lijn kunnen krijgen.

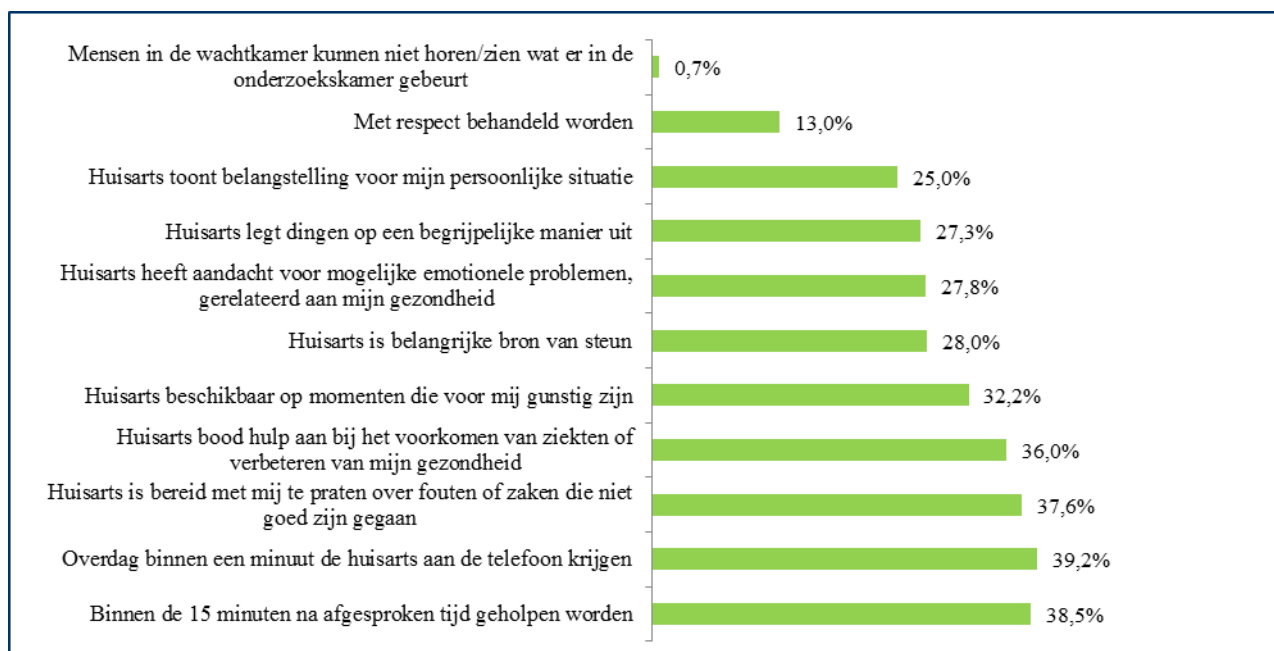
Wanneer belang en realisatie voor elke respondent afzonderlijk tegen elkaar afgewogen worden, blijkt dat de realisatie van elk aspect voor de meerderheid van de respondenten minstens voldoet aan de verwachtingen. Om verbeterpunten op te sporen werd voor elk kwaliteitsaspect nagegaan bij hoeveel personen het aspect niet altijd gerealiseerd wordt in de praktijk, desondanks het wel belangrijk wordt bevonden (figuur 2). De relatief hoge percentages bij de meer praktische aspecten, zoals binnen de 15 minuten na afgesproken tijd geholpen worden en de huisarts binnen een minuut aan de telefoon krijgen, dienen enigszins gerelativeerd te worden, aangezien slechts een beperkt aantal patiënten deze aspecten als zeer belangrijk beoordeelt. Belangrijker is het

percentage personen dat preventieve zorgverlening en de bereidheid om te praten over fouten of zaken die niet goed zijn gegaan niet altijd gerealiseerd zien in de praktijk (respectievelijk 36,0% en 37,6%), terwijl ze het wel (zeer) belangrijk vinden.

3. Hoe groot is het vertrouwen in de huisarts en welke zijn de determinanten van dat vertrouwen?

Bijna de helft (47,8%) van de financieel kwetsbare zorggebruikers geeft aan een volledig vertrouwen te hebben in de huisarts, en nog eens 41,5% zegt de huisarts eerder wel te vertrouwen. Eén op tien heeft eerder geen tot helemaal geen vertrouwen in huisartsen. Het vertrouwen van de financieel kwetsbare zorggebruikers in de huisarts is groot, ongeacht geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, geboorteland, en subjectieve gezondheid van de respondent.

Personen die in het voorbije jaar door steeds dezelfde huisarts behandeld werden laten het grootste vertrouwen optekenen. Personen die geen enkele huisarts of twee of meer verschillende huisartsen zagen in het afgelopen jaar hebben in mindere mate vertrouwen in de huisarts. Er is een significant verband ($p=0,01$) tussen continuïteit van zorg en vertrouwen in de huisarts binnen de populatie van financieel kwetsbare zorggebruikers. Het belang van een continue zorgverlening wordt aangetoond in verschillende wetenschappelijke studies. Continuïteit van huisartsenzorg gaat samen met een verhoogde kennis en vertrouwen tussen de patiënt en de arts (Thom, Ribisl, Stewart & Luke, 1999). Nutting et al. (2003) concludeerden dat een continue huisartsenzorg geassocieerd kan worden met een positieve beoordeling van het contact met de huisarts, en in het bijzonder belangrijk is voor maatschappelijk kwetsbare patiënten. De Maeseneer et al. (2003) toonden bovendien aan dat de zorg voor mensen die steeds dezelfde huisarts consulteren meer kosteneffectief is.



Figuur 2. Percentage patiënten waarbij het aspect in de praktijk niet altijd gerealiseerd wordt, desondanks het wel (zeer) belangrijk wordt bevonden

4. Hoe vaak stellen financieel kwetsbare zorggebruikers een bezoek aan de huisarts uit en welke zijn de determinanten van dit uitstelgedrag?

Eén op drie (32,1%) zorggebruikers met financiële kwetsbaarheid zegt het afgelopen jaar een bezoek aan de huisarts dat wel nodig was te hebben uitgesteld.

Aan de hand van bivariate analyses werd nagegaan of er binnen de populatie van financieel kwetsbare zorggebruikers bepaalde subgroepen kunnen onderscheiden worden, die vaker een bezoek aan de huisarts uitstellen. Chi²-testen tonen een significant resultaat voor volgende variabelen: geslacht, leeftijd, subjectieve gezondheid, vertrouwen in de huisarts, subjectieve inkomensbeleving en gevoelens van eenzaamheid (tabel 2). Vrouwen stellen een huisartsbezoek vaker uit dan mannen (36,8% ten opzichte van 25,7%). Personen tussen de 25 en 44 (40,5%) stellen vaker uit dan personen jonger dan 25 (27%), personen tussen de 45 en 54 jaar (29,7%) en personen ouder dan 55 (19,8%). Daarnaast stellen personen die hun gezondheid als matig tot zeer slecht beoordelen vaker een huisartsbezoek uit dan personen in goede gezondheid (37,7% versus 24,2%). Personen met een volledig vertrouwen in de huisarts stellen minder uit dan personen met geen volledig vertrouwen (26,3% ten opzichte van 37,3%). Het percentage personen dat een huisartsbezoek uitstelde, stijgt gradueel naarmate personen frequenter gevoelens van eenzaamheid ervaren. Tenslotte kan ook de subjectieve inkomensbeleving in verband gebracht worden met uitstelgedrag. Personen die moeilijkheden ervaren om rond te komen met het inkomen stellen vaker een huisartsbezoek uit dan personen die geen moeilijkheden ervaren (35,4% ten opzichte van 23,1%).

Met bovenstaande variabelen werd een model geconstrueerd om te bepalen in welke mate deze variabelen elk op zich significante voorspellers zijn van uitstelgedrag. Het model verklaart 15,2% van de totale variantie in uitstelgedrag. De resultaten van de logistische regres-

sieanalyse (tabel 3) tonen aan dat de samenhang tussen geslacht, leeftijd, gevoelens van eenzaamheid, subjectieve gezondheid, vertrouwen in de huisarts en subjectieve inkomensbeleving en de kans om een bezoek aan de huisarts uit te stellen bewaard blijft, wanneer gecontro-

Tabel 2. Uitstel van een bezoek aan de huisarts: cijfers

	% dat het afgelopen jaar een bezoek aan de huisarts uitstelde
Geslacht*	
Man	25,7
Vrouw	36,8
Leeftijd*	
18-24	27,0
25-34	41,8
35-44	39,1
45-54	29,7
55 +	19,8
Gevoelens van eenzaamheid**	
Nooit	18,1
Bijna nooit	28,7
Af en toe	33,7
Vaak	35,9
Heel vaak	44,2
Voortdurend	57,1
Subjectieve gezondheid**	
Redelijk tot slecht	37,7
(Zeer) goed	24,2
Vertrouwen in huisarts*	
Geen volledig vertrouwen	37,3
Volledig vertrouwen	26,3
Subjectieve inkomensbeleving*	
Moeilijk rondkomen	35,4
Makkelijk rondkomen	23,1

* SIG < 0,05 - ** SIG < 0,01 - *** SIG < 0,001

leerd wordt voor de andere opgenomen variabelen. Vrouwen, personen tussen de 25 en 44 jaar, personen die zich af en toe, heel vaak of voortdurend eenzaam voelen, personen met een slechte subjectieve gezondheidstoestand, personen die moeilijk rondkomen met het inkomen en ten slotte ook personen met geen volledig vertrouwen in de huisarts lopen een verhoogd risico om een bezoek aan de huisarts uit te stellen.

Tabel 3. Overzicht subgroepen en de kans op het uitstellen van een bezoek aan de huisarts (logistische regressieanalyse)

	Exp(B)
Geslacht	
Man	0,642*
Vrouw	referentie
Leeftijd	
18-24	2,405
25-34	3,604**
35-44	2,695**
45-54	1,584
55 +	referentie
Gevoelens van eenzaamheid	
Nooit	referentie
Bijna nooit	1,942
Af en toe	2,048*
Vaak	1,791
Heel vaak	2,429*
Voortdurend	5,537***
Subjectieve gezondheid	
Redelijk tot slecht	1,892**
(Zeer) goed	referentie
Vertrouwen in huisarts	
Geen volledig vertrouwen	1,662*
Volledig vertrouwen	referentie
Subjectieve inkomensbeleving	
Moeilijk rondkomen	1,678*
Makkelijk rondkomen	referentie

$R^2 = 15,2$

* SIG < 0,05 - ** SIG < 0,01 - *** SIG < 0,001

Discussie en conclusie

Bovenstaande resultaten verschaffen inzicht in de rol van de huisarts, de kwaliteit van de ontvangen zorg, het vertrouwen in de huisarts en uitstelgedrag bij een maatschappelijk kwetsbare populatie.

De huisarts wordt, in overeenstemming met de verwachtingen op basis van eerder onderzoek, frequent bezocht. Een vijfde van de financieel kwetsbare zorggebruikers doet op zeer regelmatige basis beroep op de huisarts (minstens 5 keer in de afgelopen 2 maanden). Eén op vier deed in het afgelopen jaar beroep op 2 of meer verschillende huisartsen (wachtdiensten niet meegerekend).

De huisarts wordt door patiënten in de eerste plaats geadviseerd voor medische problemen, maar ook voor psychische (34,4%), psychosociale (16,7%), administratieve en financiële problemen (11,6%). Alhoewel de patiënten allemaal beroep doen op eerstelijns welzijnsvoorzieningen, kiezen ze er voor deze problemen toch voor te leggen aan de huisarts.

De financieel kwetsbare zorggebruikers zijn over het algemeen tevreden over de huisartsenzorg die ze ontvangen. Verbetering is mogelijk en gewenst met betrekking tot het aanbieden van preventieve zorg en bereidheid om te praten over fouten of dingen die niet goed zijn gegaan.

Personen die zich vaak eenzaam voelen, een slechte gezondheidstoestand rapporteren en in mindere mate vertrouwen hebben in de huisarts, lopen een verhoogd risico op het uitstellen van een huisartsbezoek. De hoge mate van uitstelgedrag bij personen die zich (bijna) altijd eenzaam voelen en personen die een minder goede gezondheid rapporteren is alarmerend, gezien het mogelijke risico op sociale isolatie van de eerste groep, en de hogere (niet vervulde) gezondheidszorgnood van de tweede groep.

De resultaten tonen vervolgens aan dat een continue zorgverlening samenhangt met een hoge mate van vertrouwen in de huisarts, hetgeen gerelateerd kan worden aan het minder uitstellen van een noodzakelijk bezoek aan de huisarts. We weten uit eerder onderzoek dat een persoonlijke continue huisartsenzorg in het bijzonder voor maatschappelijk kwetsbare patiënten van belang is (Nutting et al., 2003). Desondanks zien we dat één op tien in het voorbije jaar beroep deed op drie of meer verschillende huisartsen.

Aanbevelingen voor het werkveld

- Problemen waarmee de huisarts geconfronteerd wordt en de vaststelling dat één op de drie financieel kwetsbare welzijnszorggebruikers een bezoek aan de huisarts uitstelde zijn slechts enkele van de resultaten die voorgelegd kunnen worden in het pleidooi voor de realisatie van een betere aansluiting tussen gezondheidszorg en welzijnszorg. Dit betekent onder meer dat de welzijnsverleners meer oog hebben voor gezondheidsproblemen en gezondheidswerkers de welzijnscontext mee opnemen in hun diagnosestelling en therapeutische benadering. Een efficiënte samenwerking tussen welzijns- en gezondheidszorg is waardevol vanuit verschillende invalshoeken. Vlottere doorverwijzing en samenwerking zorgt ervoor dat problemen worden opgevangen door zij die daar het best voor opgeleid zijn. Welzijnszorgvoorzieningen kunnen bovendien een belangrijke rol vervullen bij het terugdringen van uitstelgedrag (via toeleiding, zie Verlinde et al. (2010)). Hulpverleners dienen alert te zijn voor de risicofactoren van het uitstellen van gezondheidszorg en hun cliënten te motiveren om bij (gezondheids)problemen hun huisarts te consulteren.
- Meer dan één op drie is niet tevreden met het aanbod van preventieve zorgverlening door de huisarts. Vanuit de huisartsenpraktijk dient meer aandacht besteed te worden aan preventie en de sociale determinanten van ziekte en gezondheid. Preventieve zorg verbetert de gezondheid en helpt ziekten voorkomen, hetgeen op lange termijn ook kostenbesparend werkt. Concreet kan bijvoorbeeld werken met "call" en "recall" naar risicogroepen binnen de patiënten-

populatie (b. v. met het oog op vaccinatie) een waakzame strategie zijn.

- Extra aandachtig zijn voor zij die door de mazen van het 'gezondheidszorgnet' dreigen te glippen. Het uitstellen van gezondheidszorg voorkomen, rekening houdende met de risicofactoren voor dit uitstelgedrag. 'Outreachinge zorg' kan hierbij een belangrijke rol vervullen (b.v. via het huisbezoek).
- Realisatie van een persoonlijke continue zorgverlening, die het vertrouwen in de huisarts, de beoordeling van het contact met de huisarts en de kosteneffectiviteit ten goede komt. Ook in samenwerkingsverbanden aandacht besteden aan de mogelijkheid om zo veel mogelijk beroep te kunnen doen op dezelfde huisarts.

Aanbevelingen voor de overheid

Vanuit dit onderzoek en aansluitend bij de conclusies van de eerstelijnsgezondheidsconferentie van 11 december 2010 in Antwerpen kunnen we volgende aanbevelingen naar de overheid doen.

1. Zorgen voor een betere aansluiting tussen welzijns- en gezondheidszorg. Dit kan door het streven naar meer gemeenschappelijke "poorten" (b.v. in multidisciplinaire wijkgezondheidscentra waar huisarts en maatschappelijk werk met andere disciplines samenwerken) en door goede lokale afstemming van het aanbod welzijn en het aanbod gezondheid. Investeren in laagdrempelige generalistische zorg is hierbij essentieel, zowel in de sector welzijn als in de sector gezondheid.
2. Duidelijk maken welke voorzieningen, voor welke patiënten/cliënten verantwoordelijk zijn: dit betekent inschrijving van de patiënt (via het Globaal Medisch Dossier) bij een eerstelijnsgezondheidszorgpraktijk stimuleren, waardoor continuïteit van zorg verzekerd wordt. Conform internationale aanbevelingen (OESO, 2005) dient de eerstelijns de preferentiële ingangspoort te zijn voor gezondheids- en welzijnsproblemen, met verwijzing naar gespecialiseerde trajecten wanneer noodzakelijk ("gate-opening").
3. De eerstelijnsgezondheidszorg, het meest kosteneffectieve niveau van zorgverlening, dient toegankelijk te zijn zonder financiële drempel. Dit betekent dat er ofwel gebruik wordt gemaakt van de regeling derdebetaler (zonder persoonlijke bijdrage of remgeld), of van het forfaitair betalingsstelsel (wet van 14.07.94; artikel 52 §1). Op die manier organiseert men een universele toegankelijkheid, wat te verkiezen is boven selectieve maatregelen voor bepaalde kwetsbare groepen. Immers, selectieve maatregelen houden het risico in op stigmatisering en kunnen de sociale cohesie aantasten.
4. Blijvend investeren in ondersteuning van eerstelijnsgezondheids- en welzijns werkers, met bijzondere aandacht voor communicatieve vaardigheden, accuraatheid van diagnosestelling en samenwerkingsattitude.

Referenties

- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2007). European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Studies in social and economic determinants of population health No. 3. Copenhagen.
- Demarest, S., Drieskens, S., Gisle, L., Van der Heyden, J. & Tafforeau, J. (2010). Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport V – Sociaal-Economische Ongelijkheden in Gezondheid. Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance, 2010; Brussel. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
- De Maeseneer, J., De Prins, L., Gosset, C. & Heyerick, J. (2003). Provider Continuity in Family Medicine: Does It Make a Difference for Total Health Care Costs? *Annals of Family Medicine*, 1(3), 144-148.
- Dunlop, S., Coyte, P.C. & McIsaac, W. (2000). Socio-economic status and the utilisation of physicians' services: results from the Canadian National Population Health Survey. *Social Science & Medicine*, 51(1), 123-133.
- Hermans, K., Demaerschalk, M., Declercq, A., Vanderfaellie, J., Maes, L., De Maeseneer, J. & Van Audenhove, C. (2008). De selectie van de SWVG-onderzoeksregio's. Werknota Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Leon, D.A. (2011). Trends in European life expectancy: a salutary view. *International journal of Epidemiology*, 1(7).
- Levinson, W., Stiles, W.B., Inui, T.S. & Engle, R. (1993). Physician frustration in communicating with patients. *Med Care*, 31(4), 285-295
- Ley, P. (1990). *Communicating With Patients: Improving Communication, Satisfaction and Compliance*. London: Chapman & Hall.
- Mainous, A.G., Baker, R., Love, M.M., Pereira Gray, D. & Gill, J.M (2001). Continuity of Care and Trust in One's Physician: Evidence From Primary Care in the United States and the United Kingdom. *Family Medicine*, 33(1), 22-27.
- Mezzich, J.E. & Salloum, I.M. (2010). Clinical complexity and person-centered integrative diagnosis. *World Psychiatry*. 7(1), 1-2.
- Nutting, P.A., Goodwin, M.A., Flocke, S.A, Zyzanski, S.J & Stange, K.C. (2003). Continuity of Primary Care: To Whom Does It Matter and When? *Annals of Family Medicine*, 1, 149-155.
- OECD (2005). Economic Survey - Belgium 2005: Constraining public health expenditure growth. OECD Economic Surveys, vol. 2005, no. 5, pp. 97-122.
- Starfield, B., Shi, L. & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502.
- Steven, I.D., Thomas, S. A., Eckerman, E., Browning, C. & Dickens, E. (1999). A patient determined general practice satisfaction questionnaire. *Australian Family Physician*, 28, 342-348.
- Thom, D.H, Ribisl, K.M, Stewart A.L. & Luke, D.A. (1999). Further validation and reliability testing of the Trust in Physician Scale. The Stanford Trust Study Physicians. *Med Care*, 37(5), 510-517.
- Van der Meer, J.B, van den Bos, J. & Mackenbach J.P. (1996). Socioeconomic differences in the utilization of health services in a Dutch population: the contribution of health status. *Health Policy*, 37(1), 1-18.
- Verlinde, E., Verdee, T., Van de Walle, M., Art, B., De Maeseneer, J. & Willems, S. (2010). Unique health care utilization patterns in a homeless population in Ghent. *BMC Health Services Research*. 10(242).
- Vlaamse Overheid (2010). Syntheserapport eerstelijns. Geraadpleegd op 3 oktober, van <http://www.ministerjovandeuren.be/nlapps/docs/default.asp?id=254>.

Whooley, M. A., Avins, A.L., Miranda, J. & Browner, W.S. (1997). Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *Journal of general internal medicine*, 12(7): 439-445

Willems, S. (2005). The socio-economic gradient in health: a never-ending story? A descriptive and explorative study in Belgium. Doctoraatsproefschrift. Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg. Universiteit Gent.

Winefield, H.R., Murrell, T.G. & Clifford, J. (1995). Process and outcomes in general practice consultations: problems in defining high quality care. *Social Science and Medicine*, 41, 969-475.

1. De ICAW zijn de Ingebouwde Centra voor Algemeen Welzijnswerk van de mutualiteiten. Deze gingen in 2009 van het Decreet algemeen welzijnswerk naar het Woonzorgdecreet en zijn nu werkzaam onder de naam Diensten Maatschappelijk Werk van het ziekenfonds.

Contactgegevens SWVG

U kan contact opnemen met het Steunpunt WVG via swvg@med.kuleuven.be



Vrije
Universiteit
Brussel



SWVG

Kapucijnenvoer 39
B-3000 Leuven

0032 16 33 70 70

swvg@med.kuleuven.be
www.steunpuntwvg.be

V.U.: Ch. Van Audenhove