

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**Vlaamse prioritaire thema's met betrekking tot
eerstelijnsgezondheidszorg:
focus op de Vlaamse huisartsgeneeskunde**

Jens Detollenaere
Jolien Vos
Prof. dr. Jan De Maeseneer
Prof. dr. Sara Willems



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Kapucijnenvoer 39 – B-3000 Leuven
Tel 0032 16 33 70 70 – Fax 0032 16 33 69 22
E-mail: swvg@med.kuleuven.be
Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2014/03
SWVG-Rapport 19
Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Vlaamse prioritaire thema's met betrekking tot eerstelijnsgezondheidszorg: focus op de Vlaamse huisartsgeneeskunde

Promotor: Prof. dr. Jan De Maeseneer
Copromotor: Prof. dr. Sara Willems
Onderzoekers: Jens Detollenaere, Jolien Vos

Administratieve ondersteuning: Lut Van Hoof, Manuela Schröder

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid, programma 'Steunpunten voor Beleidsrelevant Onderzoek'. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. Het Vlaams Gewest kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.



Promotoren en Partners van het Steunpunt

KU Leuven

Prof. dr. Chantal Van Audenhove (Promotor-Coördinator), Lucas en ACHG
Prof. dr. Johan Put, Instituut voor Sociaal recht
Prof. dr. Karel Hoppenbrouwers, Dienst Jeugdgezondheidszorg
Prof. dr. Koen Hermans, LUCAS, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy
Prof. dr. Jozef Pacolet, HIVA, onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving

UGent

Prof. dr. Lea Maes, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde
Prof. dr. Lieven Annemans, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde
Prof. dr. Jan De Maeseneer, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Prof. dr. Ilse De Bourdeaudhuij, Vakgroep Bewegings- en Sportwetenschappen

VUB

Prof. dr. Johan Vanderfaeillie, Vakgroep Klinische en Levensloopspsychologie

Thomas More

Dr. Peter De Graef, Vakgroep Toegepaste Psychologie

Rapport 19

Vlaamse prioritaire thema's met betrekking tot eerstelijnsgezondheidszorg: focus op de Vlaamse huisartsgeneeskunde

Onderzoekers: Jens Detollenaere¹, Jolien Vos¹ (analyse beleidsdocumenten)

Promotor: Prof. dr. Jan De Maeseneer¹

Co-promotor: Prof. dr. Sara Willems¹

¹ Universiteit Gent - vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Samenvatting

Om tegemoet te komen aan belangrijke verschuivingen en uitdagingen binnen de Vlaamse gezondheidszorg (bijvoorbeeld vergrijzing, fragmentatie of vermaatschappelijking van zorg) werden op Vlaams en Federaal niveau een aantal speerpunten geformuleerd. In stap 1 van dit onderzoeksproject werden deze vooropgestelde accenten onder de vorm van zes prioritaire thema's gesynthetiseerd :

- ♦ Ondersteunen en versterken van zelfzorg en mantelzorg, en focussen op preventie
- ♦ Empowerment van patiënten en hun naaste omgeving
- ♦ Focussen op eerste lijn (gezondheidszorg dichtbij huis garanderen) en verbindingen tussen en binnen eerste lijn en andere zorgniveaus
- ♦ Versterkte, direct toegankelijke eerstelijnsgezondheidszorg
- ♦ Kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg
- ♦ Focus op alle zorgbehoevenden met speciale aandacht voor de meest kwetsbaren

Na het identificeren van de prioritaire beleidsthema's werden in de tweede stap alle beschikbare cijfergegevens per thema, die gebruikt kunnen worden bij het opmaken van een stand van zaken met betrekking tot het betreffende thema in kaart gebracht. Tot voor kort waren er weinig cijfers beschikbaar over deze Vlaamse prioritaire speerpunten. De nadruk van deze bestaande gegevens ligt voornamelijk op het globaal gezondheidszorgsysteem en in mindere mate op de eerstelijnsgezondheidszorg (of meer specifiek op de huisartsgeneeskunde). Verder zijn de reeds beschikbare data voornamelijk van administratieve oorsprong, wat tot belangrijke beperkingen leidt.

Dit onderzoek probeert hierop in te spelen: door naast het traditionele cijfermateriaal ook data uit drie nieuwe, internationale databanken (European GP Task Profiles, 1993; PHAMEU, 2008 en QUALICOPC, 2013) te analyseren. De cijfers uit deze drie databanken voegen informatie toe aan de bestaande kennis rond de performantie van de Vlaamse eerstelijnsgezondheidszorg. Op die manier laten ze toe deze zorg vanuit drie verschillende standpunten te bekijken: vanuit het artsenperspectief via de European GP Task Profiles, vanuit beleidsmatig perspectief via PHAMEU en vanuit artsen- en patiëntenperspectief via QUALICOPC. PHAMEU en QUALICOPC maken het tevens mogelijk om Vlaamse

cijfers te benchmarken met andere Europese landen, hetgeen in voorgaand onderzoek nog niet gerealiseerd werd.

In de volgende stap van dit onderzoek werden de resultaten van de analyses voorgelegd aan een uitgebreid panel van experts, werkzaam binnen diverse instellingen in de gezondheids- en welzijnssector. De experts werden gevraagd de resultaten grondig door te nemen en een aantal aanbevelingen te formuleren om de eerstelijnsgezondheidszorg, en de huisartsgeneeskunde in het bijzonder, te monitoren in de toekomst.

Belangrijkste bevindingen en aanbevelingen per prioritair beleidsthema

1. Ondersteunen en versterken van zelfzorg en mantelzorg, en focussen op preventie

Een opvallende bevinding is dat de frequentie van gezondheidsvoorlichting door de huisarts met betrekking tot roken en problematisch alcoholgebruik over de afgelopen 20 jaar sterk afgenomen is. Dit ondanks het feit dat het reduceren van de gezondheidsschade door tabak en alcohol een belangrijke gezondheidsdoelstelling is. Dit pleit ervoor om huisartsen nog meer als actieve partner te betrekken in een geïntegreerde aanpak van de gezondheidsdoelstellingen. Door hun vertrouwensrelatie met patiënten en hun kennis van de sociale en familiale context van de patiënt kunnen ze een belangrijke aanvulling vormen op de bevolkingsbrede, algemene aanpak van veel preventieprogramma's. Deze individuele aanpak die rekening houdt met de bijzondere context van de patiënt, is wellicht van bijzonder belang voor die bevolkingsgroepen die in de bevolkingsonderzoeken of -campagnes traditioneel uit de boot vallen: zoals bijvoorbeeld allochtonen, patiënten uit socio-economisch kwetsbare groepen, etc.

Toch mag deze inzet van de huisarts niet ondoordacht en zonder de nodige ondersteuning gebeuren. Die ondersteuning kan bestaan uit het voorzien van materialen en methoden voor preventie in de huisartsenpraktijk; een transparant, beschikbaar en interdisciplinair netwerk van andere hulpverleners waarnaar de huisarts vlot kan verwijzen of beroep kan op doen; de mogelijkheid tot taakdelegatie naar andere hulpverleners; en - in afwachting van de mogelijkheid tot taakdelegatie - een specifiek opleidingspakket voor huisartsen rond preventie.

2. Empowerment van patiënten en hun naaste omgeving

Vlaanderen is de Europese koploper op het vlak van gezamenlijk beslissingen nemen met de patiënt bij een doorverwijzing naar een andere gezondheidszorgverlener. Echter, wat gebeurt na die doorverwijzing lijkt minder vlot te lopen: de contacten met de arts - specialist nemen af, de terugkoppeling naar de huisarts na verwijzing verloopt niet altijd even vlot en de huisarts neemt minder vaak de centrale rol in de zorg op. Deze verminderde samenwerking tussen huisarts en arts - specialist kan mogelijk problematisch zijn. Om de communicatie tussen zorgactoren te bevorderen werden recent een aantal maatregelen genomen (bijvoorbeeld Vitalink). Ondanks deze maatregelen wijzen de resultaten van dit onderzoek niet op een verbetering van de communicatie. Een permanente evaluatie van Vitalink, en bij uitbreiding e-Health, is van primordiaal belang.

3. Focussen op eerste lijn (gezondheidszorg dichtbij huis garanderen) en verbindingen tussen en binnen eerste lijn en andere zorgniveaus

Cijfers in de rapport lijken erop te wijzen dat het huisartsenprofiel "erodeert". Huisartsen in 2013 worden in veel mindere mate dan 20 jaar geleden door patiënten met een ziekte/aandoening als

eerste gezondheidszorgverlener gecontacteerd. Dit in tegenstelling tot de andere Europese landen waar een geëcheloniseerd systeem bestaat. Doorheen dit volledige rapport stellen we verschillende knelpunten vast die te maken hebben met deze structurele afwezigheid van echelonnering. In het Belgisch gezondheidszorgsysteem heeft de huisarts geen navigator - rol waardoor patiënten de vrije keuze hebben welke gezondheidszorgverlener te contacteren. Een duidelijke functie als navigator zou kunnen bijdragen tot een betere coördinatie van zorg met daarbij een aanzienlijke winst in efficiëntie en kosteneffectiviteit.

4. Versterkte, direct toegankelijke eerstelijnsgezondheidszorg

Wanneer we de geografische spreiding van de Vlaamse huisartsenpraktijken binnen een Europees perspectief bekijken scoort Vlaanderen zeer goed. Toch komt in de resultaten van dit hoofdstuk naar voor dat de Vlaamse patiënten Europees koploper zijn in het uitstellen van huisartsenzorg. Patiënten met een laag gemiddeld inkomen en jongere patiënten stellen vaker zorg uit dan oudere patiënten en deze met een hoog gemiddeld inkomen. Redenen hiervoor kunnen zijn dat patiënten met een lager inkomen minder middelen hebben om een bezoek aan de huisarts te betalen en dat jongeren patiënten zorg uitstellen omdat ze het te druk hebben (dit is de meest gerapporteerde reden waarom Vlaamse patiënten zorg uitstellen).

Vervolgens noteren we dat vrouwelijke huisartsen en artsen werkzaam in een grootstedelijke context vaker aangeven beperkingen te hanteren bij nieuwe patiënten of bij patiënten die niet binnen het door hen gedefinieerde werkgebied wonen. Door een toegenomen vervrouwelijking van de huisartsgeneeskunde en door het belang dat jonge artsen toekennen aan een optimale balans tussen werk en privé, daalt de totale capaciteit aan huisartsenzorg en dit ondanks de stijging van het aantal huisartsen. Wanneer we dit binnen een internationale context bekijken, ligt het aantal huisartsen per 10.000 inwoners in Vlaanderen relatief hoog. Een meer doorgedreven taakdifferentiatie en -delegatie dringt zich op. De huisarts die meer de rol op te nemen als “central hub of care” waarbij hij de zorg coördineert en waar mogelijk eerstelijnszorg delegeert naar andere disciplines.

5. Kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg

Vlaamse huisartsen scoren binnen de Europese context goed op het gebruik van een medisch dossier om de continuïteit te waarborgen. De meerderheid van de huisartsen geven aan gegevens bij elke consultatie te registreren en ze houden - naar eigen zeggen - in vergelijking met hun Europese collega's een relatief brede waaier aan informatie bij. Opvallend is evenwel dat de sociale status en de etniciteit van de patiënt door een meerderheid van de artsen niet wordt geregistreerd. Deze informatie kan van groot belang zijn bij het kaderen van de zorgvraag, de diagnosestelling en het opstellen van een haalbaar behandelplan.

Ondanks het feit dat dit in Vlaanderen niet verplicht is, rapporteert het merendeel van de patiënten een vaste huisarts te hebben. Oudere patiënten geven dit vaker aan dan jongere patiënten. Mogelijk is dit te verklaren door het feit dat jongere patiënten over het algemeen gezonder zijn en minder nood hebben aan zorg. Echter, het is ook mogelijk dat jongere patiënten door hun grotere mobiliteit een rechtstreekse toegang naar een specialistische gezondheidszorgverlener gemakkelijker vinden dan het herhaaldelijk op zoek gaan naar een “vaste” huisarts.

Ten slotte, een zeer belangrijk aspect van kwaliteit van zorg is patiëntveiligheid. Opvallend is dat hierover nauwelijks cijfers beschikbaar zijn in Vlaanderen: klachten worden slechts fragmentarisch geregistreerd, fouten worden nauwelijks of niet gerapporteerd.

6. Focus op alle zorgbehoevenden met speciale aandacht voor de meest kwetsbaren

In de resultaten van dit onderzoek observeren we dat 6.1% van de patiënten in Vlaanderen zorg uitstelt omwille van financiële redenen. Nagenoeg alle Vlaamse huisartsen die deelnamen aan de QUALICOPC studie geven aan persoonlijke inspanningen te doen om financiële barrières te reduceren: ze laten de eigen bijdrage vallen, geven gratis medicijnstalen, etc. Alhoewel dit wijst op een positieve attitude van de huisartsen, vormt dit geen structurele oplossing.

Beleidsrelevante aanbevelingen voor de toekomstige monitoring van de performantie van de eerstelijnsgezondheidszorg/huisartsgeneeskunde

Op basis van dit rapport tekenen zich drie aanbevelingen af om in de toekomst de Vlaamse eerstelijnsgezondheidszorg te verbeteren en deze te monitoren.

1. De samenwerking van alle betrokken actoren (overheid, financieringsinstellingen, beroepsgroepen en patiënten) binnen de eerstelijnsgezondheidszorg/huisartsgeneeskunde dient bevordert te worden. Zij zouden samen een Vlaamse werkgroep rond performantie binnen de eerstelijnsgezondheidszorg kunnen vormen, die een geïntegreerd beleid rond de Vlaamse eerstelijnsgezondheidszorg uitdenkt, de performantie ervan systematisch evalueert en bijstellingen van dit beleid adviseert.
2. Om de nood aan gezondheidszorg en de kwaliteit van die zorg in kaart te brengen is gedetailleerde informatie op patiënt-, huisarts- en praktijkniveau noodzakelijk. De meeste betrouwbare en wellicht ook de meest kosteneffectieve en duurzame manier om deze data te verzamelen is via de elektronische patiëntendossiers.
3. Het monitoren van de performantie van de eerstelijnsgezondheidszorg dient te gebeuren op macro-, meso- en micro-niveau. Op macro-niveau is een systematische evaluatie van de nieuwe of bijgestuurde beleidsmaatregelen via een eerstelijnsgezondheidszorgobservatorium essentieel. Op micro- en meso-level dient respectievelijk de interacties met de patiënt en de kwaliteit van de zorgprocessen aan de hand van een uitgebreidere versie van de huidige profielenevaluaties opgevolgd worden.

Inhoudsopgave

Leeswijzer	9
Inleiding	11
Hoofdstuk 1 Onderzoeksvragen	17
1 Onderzoeksvragen zoals geformuleerd in het meerjarenplan	17
2 Nadruk op de prioritaire beleidsthema's in Vlaanderen	17
3 Van "eerstelijnsgezondheidszorg" naar "huisartsgeneeskunde"	18
4 Afbakening van de internationale benchmarking	18
5 Bijgestuurde onderzoeksvragen	19
Hoofdstuk 2 Methode	21
1 Stap 1: identificatie van prioritaire beleidsthema's in Vlaanderen omtrent de eerstelijnsgezondheidszorg	21
2 Stap 2: identificatie van beschikbare cijfergegevens	22
3 Stap 3: data-analyse van de beschikbare cijfers	24
4 Stap 4: interpretatie van de analyseresultaten en formuleren van aanbevelingen voor toekomstige monitoring	24
Hoofdstuk 3 Ondersteunen en versterken van zelfzorg en mantelzorg, en focussen op preventie	27
1 Sensibilisering	27
2 Preventie	31
Hoofdstuk 4 Empowerment van patiënten en hun naaste omgeving	35
1 Gezamenlijk beslissen	35
2 (On)tevredenheid	36
3 Waarden	37
Hoofdstuk 5 Focussen op eerste lijn en verbindingen tussen en binnen eerste lijn en andere zorgniveaus	39
1 Multidisciplinaire samenwerking	39
2 Taakprofielen	41

Hoofdstuk 6	Versterkte, direct toegankelijke eerstelijnsgezondheidszorg	43
1	Fysieke toegankelijkheid	43
2	Financiële toegankelijkheid	47
3	Toegankelijkheid voor nieuwe patiënten	48
4	Beschikbaarheid van zorg (openingsuren, wachttijden, wachtdienst, huisbezoeken)	49
Hoofdstuk 7	Kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg	53
1	Continuïteit van zorg - verwijzingen naar en communicatie met specialisten	53
2	Continuïteit van zorg - medisch dossier	58
3	Continuïteit van zorg - vaste huisarts	63
4	Continuïteit van zorg - kwaliteitsbewaking	64
5	Gebruik van standaarden en disease management	65
6	Tevredenheid en satisfactie	69
7	Incidenten	70
Hoofdstuk 8	Focus op alle zorgbehoevenden met speciale aandacht voor de meest kwetsbaren	73
1	Equity in toegang	73
2	Equity in behandeling	77
3	Identificatie van de gezondheidsnoden en - behoeften van de gemeenschap	80
Hoofdstuk 9	Algemene conclusie	81
1	Sterkten en beperkingen van de geraadpleegde databronnen	81
2	De belangrijkste bevindingen en aanbevelingen per prioritair beleidsthema	82
3	Voorstel voor een model voor de toekomstige monitoring van de performantie van de eerstelijnsgezondheidszorg, en de huisartsgeneeskunde in het bijzonder	88
Referenties		91
Bijlagen		93
Bijlage 1		95
4	Bijlage: gedetailleerde beschrijving tabellen	97
Bijlage 2		109
5	Bijlage: gedetailleerde beschrijving tabellen	111

Leeswijzer

Om dit onderzoeksrapport overzichtelijk en transparant te houden werd geopteerd om het rapport op te splitsen in een algemeen onderzoeksrapport en een tabellenboek.

Het algemeen onderzoeksrapport wordt opgedeeld aan de hand van de zes prioritaire thema's van Vlaanderen. Het hoofdstuk wordt telkens op dezelfde manier opgebouwd. Allereerst wordt in ieder hoofdstuk een oplijsting gemaakt van de gebruikte variabelen en hun bron van oorsprong. Vervolgens worden de belangrijkste onderzoeksresultaten weergegeven. In de tekst staat telkens een code die verwijst naar de desbetreffende tabel in het tabellenboek. De codes zijn op volgende wijze samengesteld:

- Het eerste cijfer van de code verwijst naar het nummer van het desbetreffende hoofdstuk.
- Het tweede cijfer van de code verwijst naar de tussentitel of onderdeel van het hoofdstuk.
- Het derde cijfer van de code verwijst naar de nummer van de tabel binnen het hoofdstuk. De nummering van de tabellen begint in elk hoofdstuk terug bij één.

Bijvoorbeeld: code: 3.1.10

3.1.10 verwijst naar hoofdstuk 3: Ondersteunen en versterken van zelfzorg en mantelzorg

3.1.10 verwijst naar tussentitel 1: Sensibilisering

3.1.10 verwijst naar tabel 10 in het tabellenboek: "Heeft, in de afgelopen 12 maand, een dokter met de patiënt gesproken over hoe hij/zij het best gezond kan blijven (bijvoorbeeld over gezond eten, alcohol of roken)?"

Inleiding

Het onderzoeksproject “de evaluatie van de performantie van de eerstelijnsgezondheidszorg in Vlaanderen: focus op de huisartsgeneeskunde” kadert in onderzoekslijn 3 ‘zorgorganisatie- en beleid’ van het meerjarenprogramma van het Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin (SWVG).

Dit rapport beschrijft de performantie van de Vlaamse huisartsgeneeskunde binnen het kader van de prioritaire beleidsthema’s die Vlaanderen naar voor schuift betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg. In deze inleiding definiëren we ‘eerstelijnsgezondheidszorg’, beschrijven we de positie van de huisartsgeneeskunde binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, en verantwoorden we waarom het belangrijk is de performantie hiervan te monitoren. We hebben ervoor gekozen om in deze inleiding niet opnieuw een analyse te maken van de uitdagingen waar de eerstelijnsgezondheidszorg voor staat aangezien er reeds meerdere uitstekende Vlaamse (Werkgroep Samenwerking, 1983; Vlaamse Gezondheidsraad, 2006), Europese (Health Council of The Netherlands, 2004) en internationale (WHO, 2008) analyses gemaakt zijn. In deze inleiding worden wel beknopt de belangrijkste uitdagingen beschreven die in deze eerdere documenten uitgebreid aan bod komen en die het belang van monitoring onderstrepen.

1 Niveaus in de gezondheidszorg

De eerstelijnsgezondheidszorg is de "rechtstreeks toegankelijke" hulp; iedereen met een ervaren nood aan zorg kan rechtsreeks beroep doen op een hulpverlener. Dit kan een huisarts zijn, de apotheker, een thuisverpleegkundige, de tandarts, algemeen maatschappelijk werk, etc.

De tweedelijnsgezondheidszorg wordt gevormd door hulpverleners die slechts na verwijzing kunnen worden geconsulteerd. Bijvoorbeeld een gespecialiseerd arts of therapeut (bijvoorbeeld logopedist) waarnaar de huisarts doorverwijst.

De derdelijnsgezondheidszorg is de dienstverlening waar professionele hulpverleners beroep op kunnen doen voor hun zorgverstrekking, zoals gespecialiseerde laboratoria of een expertisecentrum van een academisch ziekenhuis.

Soms wordt ook nog van de "nulde" lijn gesproken als zijnde de niet - professionele hulpverleners die zorgbehoevenden op weg helpen naar de eigenlijke gezondheidszorg of die ondersteunen in de zorg. Bijvoorbeeld een zorgleerkracht op school die een leerling doorverwijst naar een arts met een vermoeden van een leerstoornis.

De grens tussen deze niveaus is niet steeds duidelijk. Zo kunnen gespecialiseerde artsen rechtstreeks bezocht worden.

2 Kenmerken van 'eerstelijnsgezondheidszorg' en het wettelijk kader

De Nederlandse Gezondheidsraad beschrijft eerstelijnsgezondheidszorg als volgt:

*“Eerstelijnsgezondheidszorg is **generalistische** zorg, bestaande uit generalistische, medische, paramedische, kinesitherapeutische, farmaceutische zorg, verpleegkundige en vroedkundige zorg en ondersteunende hulpverlening, en niet-gespecialiseerde psychische en sociale zorg, samen met preventieve en gezondheids promotie-activiteiten, aansluitend bij de zorg. Eerstelijnsgezondheidszorg richt zich tot patiënten die thuis of in een thuisvervangend milieu wonen en wordt **zo dicht mogelijk bij de patiënten gerealiseerd**, zo nodig, bij de patiënt thuis. Eerstelijnsgezondheidszorg is **voor iedereen toegankelijk**, ongeacht de aard van het gezondheidsprobleem. Het zorgsysteem is in staat om een antwoord te geven op urgente situaties, zo nodig met onmiddellijke opvang. Het realiseert **continuïteit** en neemt ter zake verantwoordelijkheid op voor langdurige zorg, begeleiding en preventieve initiatieven. Eerstelijnszorg richt zich in de eerste instantie op patiënten die hulp vragen, maar heeft ook ene proactieve verantwoordelijkheid zowel voor individugerichte als groepsgerichte **preventieve activiteiten** die gezondheid bevorderen in de lokale (praktijk)populatie. Eerstelijnsgezondheidszorg wordt verstrekt door verschillende zorgverleners die **samen werken op een gecoördineerde manier** in de eerstelijnszorg en, zo nodig, met **verwijzing** naar de tweedelijns.”*

Ook in het eindrapport van de Eerstelijnsconferentie (2010) wordt deze definitie gehanteerd.

In deze definitie worden volgende kenmerken van eerstelijnsgezondheidszorg benadrukt: *generalistisch, dichtbij de patiënt, toegankelijk, continuïteit, preventie en samenwerking op een gecoördineerde manier*. Allereerst is de eerstelijnsgezondheidszorg *generalistisch* en holistisch van vorm. Patiënten verschillen van elkaar en ervaren gezondheidsproblemen op hun eigen manier, waardoor elke patiënt hier ook anders mee omgaat. Deze gezondheidsproblemen begrijpen en vanuit een holistisch perspectief bekijken is geen gemakkelijke opgave: er moet rekening worden gehouden met het fysieke, emotionele, sociale aspecten, het verleden en de toekomst van de patiënt. Patiënten en de context waarin ze leven begrijpen is niet alleen belangrijk voor een allesomvattende persoonsgerichte zorg, maar ook om de *continuïteit* van zorg te garanderen.

Daarnaast is het van belang dat de eerstelijnsgezondheidszorg een *toegankelijke zorg* is, gedistribueerd *dichtbij de patiënt*. Dit werd wettelijk vastgelegd door de overheid in het Decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders (2004). Paragraaf 3 uit artikel 3 legt de zorgverstrekkers binnen de eerstelijnsgezondheidszorg op om bijzondere inspanningen te leveren om de toegankelijkheid van deze zorg te optimaliseren, in het bijzonder voor patiënten die leven in achtergestelde situaties.

Daarenboven biedt bovengenoemd decreet een wettelijke kader voor de kenmerken *“continuïteit”* en *“samenwerking op een gecoördineerde manier”*. Paragraaf 1 van artikel 16 formaliseert dat het zorgcontinuüm moet verzekerd worden, onder andere door een vlotte uitwisseling van gegevens tussen de zorgaanbieders onderling en tussen de zorgaanbieders en organisaties, diensten en zorgaanbieders met een gespecialiseerd aanbod. Bijgevolg zal dit ook de samenwerking tussen zorgverleners binnen de eerstelijnsgezondheidszorg en de andere lijnen optimaliseren.

De overheid voorziet ook een wettelijk kader voor de *samenwerking binnen de eerstelijnsgezondheidszorg* onder de vorm van *“samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL)”*. Dit is een regionale samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders binnen de eerstelijns (bijvoorbeeld huisartsen, diensten voor gezinszorg, lokale dienstencentra, openbare centra voor

maatschappelijk welzijn, woonzorgcentra, verpleegkundigen, etc.) Binnen deze samenwerkingsinitiatieven nemen de zorgverleners acties om het zorgproces af te stemmen op de behoeften van de patiënten van hun regio. De regelgeving rond SEL ligt vast in het Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg van 19 december 2008 en het Decreet betreffende eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen zorgaanbieders van 3 maart 2004.

3 Een sterke eerstelijnsgezondheidszorg als antwoord op maatschappelijke uitdagingen

Veranderingen in de demografische samenstelling van de bevolking (onder meer vergrijzing en verzilvering in combinatie met toegenomen multi-morbiditeit, toegenomen diversiteit onder invloed van globalisering en een groeiende gezondheidskloof), nieuwe maatschappelijke ontwikkelingen (toegenomen individualisering, wetenschappelijk en technologische vooruitgang, stijging van het aantal kwetsbare personen en patiënten die zich steeds vaker als consument opstellen), medische ontwikkelingen en evoluties binnen de gezondheidszorgorganisatie dragen in belangrijke mate bij tot een toegenomen zorgvraag en een verandering in het soort zorgvragen en -behoeften, en vormen bijzondere uitdagingen voor de organisatie van de gezondheidszorg.

Belang van een paradigmashift van probleemgestuurde naar behoefte-gestuurde zorg

De stijgende levensverwachting gaat hand in hand met een toename in het aantal chronische aandoeningen en multi-morbiditeit (SAR, 2012). Een gezondheidszorg die zich hoofdzakelijk richt op de genezing van acute ziekten en/of problemen is niet langer toereikend (KCE, 2012). Een probleemgerichte benadering loopt, zeker in het geval van chronische ziekten en multi-morbiditeit immers het risico voorbij te gaan aan wat echt van belang is voor patiënten, namelijk een goede kwaliteit van leven (SAR, 2012). Het recht op zorg en ondersteuning gekoppeld aan een diagnose of pathologie, eerder dan aan zorgbehoefte (SAR, 2012; KCE, 2012), leidt tot een diagnosedrang bij patiënten en zorgt voor een toename in de ongelijkheid in zorg (SAR, 2012). Een paradigmashift van probleemgestuurde naar behoefte-gestuurde zorg dringt zich op.

Nood aan een generalistische coördinator van zorg

Zorgplannen worden steeds complexer. Niet enkel door een meer complexe zorgvraag (multi-morbiditeit, frailty, etc.) maar ook door de vooruitgang in de (para)medische kennis en toegenomen interdisciplinaire aanpak van een ziekte of aandoening. In plaats van die zorg te verstrekken vanuit verschillende parallelle zorgcircuits die zelden met elkaar verbonden zijn, zoals nu vaak het geval is (KCE, 2012), dient deze zorg op elkaar te worden afgestemd en te worden gecoördineerd. De organisatie en financiering van de gezondheidszorg ondersteunt echter de toegenomen specialisering van het professionele aanbod in zorg en welzijn en minder de generalistische benadering. Specialistische zorg wordt nogal eens verward met de "beste" zorg en scoort beter in de sociale appreciatie dan generalistische gezondheidszorg. Echter, de trend van specialisatie heeft als keerzijde dat het bijdraagt tot fragmentatie van zorg en kennis. Tevens treedt overconsumptie en/of oneigenlijk gebruik van deze gespecialiseerde zorg op en worden steeds meer terreinen onderworpen aan medische en psychologische definiëring en normen (medicalisering) (Nuyens, 2010). Specialisatie impliceert dan ook een gevaar voor een effectieve aanpak van patiënten met multi-morbiditeit. Ook patiënten vragen een generalistisch perspectief van de zorgverlener (RVZ, 2010).

Bewaken van equity in de zorg

De gezondheidskloof tussen mensen met een lage socio-economische status (SES) en deze met een hoge SES neemt toe. Hoewel patiënten met een lagere SES een grotere zorgnood hebben, zijn zij minder in staat efficiënt gebruik te maken van het zorgaanbod. Een toegankelijke, transparante gezondheidszorg kan voor hen het verschil maken tussen zorg of niet. Een centrale, generalistische hulpverlener die de zorg coördineert kan een eerste stap hiernaartoe zijn. Echter, de gezondheidszorg evolueert steeds meer in de richting van een competitieve markt, commercialisering en privatisering. De uitdaging is om de solidariteit binnen de gezondheidszorg te blijven handhaven en te zorgen voor een billijke en rechtvaardige verdeling van zorg (equity - beginsel).

Zorg betaalbaar houden

Deze demografische en maatschappelijke ontwikkeling hebben ook belangrijke budgettaire gevolgen. In het 2012 Ageing Report schetst de Europese Commissie de vergrijzingskosten voor België op 9.1% van het Bruto Binnenlands Product (BBP), ongeveer 34.6 miljard euro. De stijging in de kosten kan verklaard worden door enerzijds een steeds complexer wordende zorgvraag van de patiënt en anderzijds door een meer doorgedreven specialisering van zorg (SAR,2012).

Het toenemend belang van eerstelijnsgezondheidszorg

Eerstelijnsgezondheidszorg kan een passend antwoord bieden op de bovenstaande uitdagingen. Het biedt continuïteit van zorg, benadert de patiënt generalistisch, zet hem/haar centraal in het zorgproces. Bovendien toont onderzoek aan dat een sterke eerstelijnsgezondheidszorg zorgt voor minder sociale ongelijkheid in gezondheid (Starfield, 2005). Essentieel hierbij is dat de eerstelijnsgezondheidszorg erkend wordt in haar centrale positie in het zorgsysteem. Het World Health Report 2008 "Primary Care now more than ever" spreekt in deze context over eerstelijnsgezondheidszorg als de centrale hub in de coördinatie van zorg. Volgens onderzoek van De Maeseneer (1989) wordt immers meer dan 90% van de gezondheidsproblemen die zich bij de huisarts aanmelden ook daar opgelost. Alleen op die manier kan de eerste lijn mediëren tussen de patiënt en de andere niveaus binnen de gezondheidszorg. De patiënt wordt bijgestaan in het navigeren in het landschap van de gezondheidszorg en ondersteuning door andere diensten en voorzieningen (bijvoorbeeld welzijnszorg) wordt gemobiliseerd (WHO, 2008).

Ten slotte kan eerstelijnsgezondheidszorg de budgettaire gevolgen van de nieuwe maatschappelijke, demografische en zorg-organisatorische ontwikkelingen bufferen. Eerstelijnsgezondheidszorg is immers het meest kosteneffectieve niveau van zorg (WHO, 2008).

Eerstelijnsgezondheidszorg in Vlaanderen

Vlaanderen ziet de meerwaarde in van een sterk eerstelijnsgezondheidszorgsysteem om te anticiperen op de verschillende uitdagingen binnen de gezondheidszorg en de maatschappij. In 2010 richtte de Vlaamse regering een conferentie in om het toekomstig beleid omtrent de eerstelijnsgezondheidszorg in Vlaanderen uit te tekenen. Tevens worden door Vlaanderen meer en meer middelen ingezet om de eerstelijnsgezondheidszorg in het algemeen, en de huisartsgeneeskunde in het bijzonder aantrekkelijker te maken, te versterken en te promoten (bijvoorbeeld Impulseo - I en - II).

De rol van de huisarts in de Vlaamse eerstelijnsgezondheidszorg

De huisarts wordt door verschillende auteurs (Starfield, 1994, 2005; De Maeseneer & Boeckstaens, 2011; De Maeseneer, 2012) naar voren geschoven als de centrale figuur in de eerstelijnsgezondheidszorg. De huisarts bekijkt een patiënt eerder vanuit een generalistische en biopsychosociaal perspectief (zie supra), wat een positieve invloed heeft op de gezondheidsuitkomsten en patiëntentevredenheid (Starfield, 1994). Deze toename in de gezondheid wordt gerelateerd aan de poortwachter - rol van de huisarts in verschillende gezondheidszorgsystemen. Echter, in Vlaanderen hebben huisartsen deze rol niet: patiënten hebben vrije keuze over welke arts te eerst consulteren, kunnen op elk moment van (huis)arts veranderen of kunnen zelf tegelijkertijd verschillende artsen consulteren.

Verder stelt de overheid de huisarts ook centraal binnen het wettelijk kader rond eerstelijnsgezondheidszorg. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat enkel huisartsen, als zelfstandige zorgverleners, in aanmerking komen om erkend te worden voor een Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg. De andere beroepsgroepen kunnen hiervoor enkel erkend worden vanuit de instelling waarin ze werkzaam zijn.

4 Het belang van monitoren

De belangrijkste conclusie uit deze inleiding is dat een performant en flexibel eerstelijnsgezondheidszorgsysteem dé richting is om optimaal tegemoet te komen aan de continue en snel evoluerende maatschappelijke trends, behoeften en zorgnoden. Onder invloed van de toenemende globalisering en privatisering van de gezondheidszorg is deze switch naar een performant en flexibel eerstelijnsgezondheidszorgsysteem geen eenvoudig en universeel proces (WHO, 2008). Structuren en processen moeten immers worden uitgebouwd vanuit de filosofie een adequate ondersteuning te bieden en een performante beleidssturing voor de verdere ontwikkeling van de eerstelijnsgezondheidszorg te garanderen (Nuyens, 2010). Een systematische monitoring, evaluatie en bijsturing van het systeem is bijgevolg onontbeerlijk. Ondanks de complexiteit van de shift naar een performante en flexibele eerstelijnsgezondheidszorg kan deze vooruitgang geëvalueerd worden in de noodzakelijke evaluatie van de vooruitgang naar universele dekking (WHO, 2008). De grote meerwaarde van een systematische monitoring is dat het beleidsmakers in staat stelt om de transformatie van de Vlaamse gezondheidszorg tijdig bij te sturen wanneer dit nodig blijkt.

Hoofdstuk 1

Onderzoeksvragen

1 Onderzoeksvragen zoals geformuleerd in het meerjarenplan

In het meerjarenplan, waarin de verschillende projecten van het SWVG worden voorgesteld, zijn voor wat het voorliggend project betreft volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Hoe functioneert het huidige eerstelijnsgezondheidszorgsysteem in Vlaanderen in het algemeen en de huisartsgeneeskunde in het bijzonder?
2. Hoe performant is het huidige eerstelijnsgezondheidszorgsysteem in Vlaanderen op vlak van relevantie, billijkheid (equity), kwaliteit, kosteneffectiviteit en person- en people centeredness, rekening houdend met zowel proces- als structuurindicatoren?
3. Hoe performant is het eerstelijnsgezondheidszorgsysteem in Vlaanderen in vergelijking met andere (Europese) landen (internationale benchmarking)?
4. Hoe kan het beleid in de toekomst de prestaties van de eerstelijnsgezondheidszorg en de eventuele invloed van de implementatie van de staats hervorming hierop monitoren, uitgaande van een breed perspectief (inclusief de relatie met het welzijnszorgsysteem)?

In overleg met de opdrachtgever werden de doelstellingen van dit project op verschillende vlakken bijgestuurd: de nadruk werd gelegd op prioritaire beleidsthema's zoals ze door Vlaanderen worden geformuleerd; de focus werd vernauwd van 'eerstelijnsgezondheidszorg' tot 'huisartsgeneeskunde', en de benchmarking werd afgebakend tot een vergelijking met het gemiddelde van Europa, Nederland en Duitsland.

2 Nadruk op de prioritaire beleidsthema's in Vlaanderen

In de initiële beschrijving van de doelstellingen werd uitgegaan van een evaluatie van de eerstelijnsgezondheidszorg op vlak van relevantie, billijkheid (equity), kwaliteit, kosteneffectiviteit en person- en people centeredness, rekening houdend met zowel proces- als structuurindicatoren. In overleg met de opdrachtgever werd in de beginfase van het project besloten de benadering van waaruit de evaluatie gebeurt bij te sturen. In plaats van uit te gaan van de concepten 'relevantie', 'billijkheid', 'kwaliteit', 'kosteneffectiviteit' en 'person- en people centeredness', werd ervoor gekozen de evaluatie uit te voeren vertrekkende vanuit de prioritaire beleidsthema's in Vlaanderen omtrent de eerstelijnsgezondheidszorg.

Concreet betreft het volgende thema's:

- Ondersteunen en versterken van zelfzorg en mantelzorg, en focussen op preventie
- Empowerment van patiënten en hun naaste omgeving
- Focussen op eerste lijn (gezondheidszorg dichtbij huis garanderen) en verbindingen tussen en binnen eerste lijn en andere zorgniveaus
- Versterkte, direct toegankelijke eerstelijnsgezondheidszorg

- Kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg
- Focus op alle zorgbehoevenden met speciale aandacht voor de meest kwetsbaren

Na het identificeren van de prioritaire beleidsthema's werden per thema alle beschikbare cijfergegevens verzameld die gebruikt kunnen worden bij het opmaken van een stand van zaken met betrekking tot het betreffende thema. Hierbij viel op dat voor een aantal (sub)thema's (kwaliteit van zorg, zelfzorg, mantelzorg, empowerment van mantelzorgers) nagenoeg geen gegevens beschikbaar zijn, terwijl voor andere (sub)thema's (preventie, empowerment van patiënten, financiële toegankelijkheid) relatief veel cijfers beschikbaar zijn. Het gevolg hiervan is dat voor een aantal subthema's slechts een beperkte evaluatie kan worden uitgevoerd, terwijl voor andere subthema's de evaluatie veel uitgebreider is. Dit vertaalt zich in de bespreking van de resultaten, verder in dit rapport.

3 Van “eerstelijnsgezondheidszorg” naar “huisartsgeneeskunde”

Een tweede vaststelling bij het identificeren van beschikbare cijfergegevens is dat de meeste cijfers de huisartsgeneeskunde betreffen en niet de -veel bredere- eerstelijnsgezondheidszorg. Wellicht zijn voor de andere domeinen eveneens cijfers beschikbaar bij de verschillende organisaties, instellingen en voorzieningen. Doch, deze bleken niet onmiddellijk of binnen redelijke termijn toegankelijk.

In overleg met de thematische stuurgroep werd daarom besloten om dit project te focussen op de huisartsgeneeskunde.

4 Afbakening van de internationale benchmarking

Op een overleg op 26 augustus 2013 werd met de opdrachtgever afgesproken de internationale benchmarking af te bakenen. De Vlaamse resultaten worden in dit project afgezet ten opzichte van het Europese gemiddelde, de situatie in Nederland, en de situatie in Duitsland.

5 Bijgestuurde onderzoeksvragen

Na bovenstaande bijsturing worden de onderzoeksvragen van dit project als volgt geformuleerd:

1. Hoe performant is de huisartsgeneeskunde in Vlaanderen voor wat betreft de prioritaire beleidsthema's in Vlaanderen binnen het domein van de eerstelijnsgezondheidszorg:
 - Ondersteunen en versterken van zelfzorg en mantelzorg, en focussen op preventie
 - Empowerment van patiënten en hun naaste omgeving
 - Focussen op eerste lijn (gezondheidszorg dichtbij huis garanderen) en verbindingen tussen en binnen eerste lijn en andere zorgniveaus
 - Versterkte, direct toegankelijke eerstelijnsgezondheidszorg
 - Kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg
 - Focus op alle zorgbehoevenden met speciale aandacht voor de meest kwetsbaren
2. Hoe scoort Vlaanderen op bovenstaande thema's ten opzichte van het Europese gemiddelde, de situatie in Nederland en in Duitsland?
3. Hoe kan het beleid in de toekomst de prestaties van de huisartsgeneeskunde betreffende de geïdentificeerde thema's monitoren?

Hoofdstuk 2

Methode

Het formuleren van een antwoord op de onderzoeksvragen gebeurde stapsgewijs:

- **Stap 1:** identificatie van de prioritaire beleidsthema's in Vlaanderen omtrent de eerstelijnsgezondheidszorg aan de hand van een analyse van relevante beleidsdocumenten en jaarrapporten van organisaties en instellingen betrokken bij de eerstelijnsgezondheidszorg;
- **Stap 2:** identificatie van beschikbare cijfergegevens aan de hand van een analyse van de documenten gebruikt bij stap 1 en opvragen van de databanken
- **Stap 3:** data-analyse van de beschikbare cijfergegevens
- **Stap 4:** interpretatie van de analyseresultaten en formuleren van aanbevelingen voor toekomstige monitoring aan de hand van een bevraging van experts

1 Stap 1: identificatie van prioritaire beleidsthema's in Vlaanderen omtrent de eerstelijnsgezondheidszorg

Door het screenen van de websites van de Vlaamse overheid, van organisaties betrokken bij de eerstelijnsgezondheidszorg (RIZIV, Domus Medica, patiëntenverenigingen, armenorganisaties, thuiszorgorganisaties, mutualiteiten) werd een oplisting gemaakt van beleidsdocumenten en jaarrapporten relevant voor dit project. Deze documenten werden systematisch doorgenomen en in de referentielijsten werd op zoek gegaan naar bijkomende, mogelijk interessante documenten. Ten slotte werd de lijst voorgelegd op de Stuurgroep van 8 mei 2013 met de vraag tot aanvulling. Uiteindelijk werden volgende documenten weerhouden:

- Conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg (2010), powerpoint presentatie minister J. Van Deurzen
- KCE (2012) "Organisatie van zorg voor chronisch zieken in België"
- Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap (2003) "Decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid"
- Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap (2004) "Decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders"
- Nuyens Y. (2010) "Meer lijn in eerste lijn: Syntheserapport Conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg"
- Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin [SAR WGG] (2009) "Reflectienota over de Beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin"
- SAR WGG (2010) "Reflectienota Eerstelijnszorg"
- SAR WGG (2011) "Visienota: Maatschappelijk Verantwoorde Zorg"
- SAR WGG (2012) "Visienota: Integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen"
- Vlaams Parlement (2009) "Beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2009-2014"
- Vlaamse regering (2010) "Groenboek: Interne Staatshervorming"
- Vlaanderen in Actie (2012) "Pact 2020"

Deze documenten werden door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar gescreend en de prioritaire thema's voor het Vlaamse beleid omtrent eerstelijnsgezondheidszorg werden opgelijst.

Beide lijsten werden met elkaar vergeleken en bediscussieerd tot consensus werd bekomen.

Op die manier werden volgende prioritaire beleidsthema's geïdentificeerd:

- Ondersteunen en versterken van zelfzorg en mantelzorg, en focussen op preventie
- Empowerment van patiënten en hun naaste omgeving
- Focussen op eerste lijn (gezondheidszorg dichtbij huis garanderen) en verbindingen tussen en binnen eerste lijn en andere zorgniveaus
- Versterkte, direct toegankelijke eerstelijnsgezondheidszorg
- Kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg
- Focus op alle zorgbehoevenden met speciale aandacht voor de meest kwetsbaren

2 Stap 2: identificatie van beschikbare cijfergegevens

In een tweede fase werd per thema nagegaan welke cijfergegevens en databanken beschikbaar waren. Hiertoe werd in de gescreende documenten uit stap 1 nagegaan wat de bronnen waren van de gepresenteerde cijfergegevens.

Op die manier werden volgende bronnen van cijfergegevens geïdentificeerd:

- RIZIV (2012) "Performantie van de huisartsgeneeskunde"
- KCE (2012) "De performantie van het Belgisch gezondheidssysteem"
- ISSP (2013) "Perceptie van de gezondheid en de gezondheidszorg bij Vlamingen"
- WIV - ISP (2008) "Health interview survey interactive analysis Belgium"

De eerste drie bronnen verwijzen naar gerapporteerde cijfers die in de beschrijving van de resultaten verder in dit rapport werden overgenomen. De vierde bron betreft een databank die via een interactieve module op de website van het WIV - ISP werd geanalyseerd (primaire data-analyse).

De cijfers uit deze vier bronnen werden aangevuld met cijfers afkomstig van drie recente databestanden waarover de onderzoeksgroep kon beschikken namelijk Primary Health Care Activity Monitor for Europe (PHAMEU, 2008), Quality and Costs of Primary Care in Europe (QUALICOPC, 2013) en European GP Task Profiles (1993).

PHAMEU (2008) bevat informatie met betrekking tot structuur-, proces- en uitkomstindicatoren van eerstelijnsgezondheidszorgsystemen in 31 Europese landen. Het doel van deze databank is samenhangende en vergelijkbare informatie te leveren over eerstelijnsgezondheidszorgsystemen in Europa, waaronder België (waar mogelijk opgesplitst naar Vlaanderen, Brussel, Wallonië). Op basis van een uitgebreide systematische literatuurstudie en analyse van bestaande databanken werd een gestandaardiseerd instrument ontwikkeld om eerstelijnsystemen te beschrijven en vergelijken. De vooropgestelde vragen in deze databank zijn niet voorgelegd aan respondenten, maar zijn beantwoord aan de hand van administratieve gegevens. Voor voorliggend rapport beschikte het onderzoeksteam over de volledige databank met gegevens van 31 Europese landen. De ontwikkeling van het instrument werd beschreven door Kringos et al. (2010).

De *European GP Task Profiles* databank (1993) omvat informatie uit 30 Europese landen over vier domeinen binnen de eerstelijnsgezondheidszorg: (i) de rol van de huisarts als eerste contact bij nood aan medische zorg, (ii) het taakprofiel van de huisarts wat betreft kleine chirurgie en medische procedures, (iii) de rol van de huisarts bij disease management en (iv) de rol van de huisarts bij preventie (Boerma, Van der Zee & Fleming; 1997). De data werd verzameld via vragenlijsten bij huisartsen. Belangrijk is dat een deel van de vragen uit de GP Task Profiles studie uit 1993 overgenomen werden in het QUALICOPC onderzoek in 2013. Dit laat toe de evolutie van de taakprofielen van huisartsen in de voorbije 20 jaar na te gaan. Voor dit onderzoeksproject hadden de onderzoekers toegang tot de Belgische (Vlaamse en Waalse) data van de European GP Task Profiles studie 1993 en tot de GP Task Profile gegevens uit 2013 voor alle deelnemende Europese landen.

Ten slotte wordt in dit project gebruik gemaakt van de databank die werd ontwikkeld in het kader van de QUALICOPC studie (Quality and Costs of Primary Care in Europe 2013); een vervolgonderzoek van PHAMEU en de European GP Task Profile studies. In QUALICOPC werden vragenlijsten afgenomen bij huisartsen en patiënten in 31 Europese landen en 3 niet-Europese landen (Australië, Canada, Nieuw-Zeeland). Gemiddeld werden 200 huisartsen en 2000 patiënten per land bevestigd. In een eerste fase werden in elk land 200 huisartsen geselecteerd uit de totale groep van actieve huisartsen. In de kleinere landen lag dit aantal lager, in België werd de steekproef verdubbeld en werden 200 Nederlandstalige en 200 Franstalige artsen geïncorporeerd. Huisartsen werden at random geselecteerd en schriftelijk en telefonisch gecontacteerd met de vraag tot deelname aan de studie. Na akkoord van de huisarts, werd de praktijk bezocht door een enquêteur die patiënten ouder dan 18 jaar in de wachtzaal uitnodigde tot deelname aan de studie en hen vervolgens een vragenlijst voorlegde. Per praktijk werden 10 patiënten uitgenodigd een vragenlijst in te vullen: 9 patiënten werden na het consult bevestigd over hun ervaring met de voorgaande consult (de zogenaamde ervaringenvragenlijst) en 1 patiënt vulde een vragenlijst in die peilde naar de zaken die hij/zij belangrijk vond in de eerstelijnsgezondheidszorg (de zogenaamde waardenvragenlijst). Vervolgens vulden de enquêteurs een observatielijst in met betrekking tot de faciliteiten van de huisartsenpraktijk (bijvoorbeeld toegang voor personen met een handicap, netheid, privacy van de patiënt) en werd de huisarts uitgenodigd een vragenlijst in te vullen. Dit resulteerde in een databank met gegevens van 65348 patiënten en 6830 artsen uit 33 landen. Details over het studieprotocol en de ontwikkeling van de vragenlijst zijn terug te vinden in Schäffer et al. (2011) en Schäffer et al. (2013). Voor deze studie konden de onderzoekers gebruik maken van de volledige databank.

3 Stap 3: data-analyse van de beschikbare cijfers

Analyse van de cijfers uit de gezondheidsenquête gebeurde aan de hand van de interactieve module (HISIA) die ter beschikking staat op de website van WIV - ISP. In deze analyses wordt gecontroleerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau van de respondent.

De data uit QUALICOPC en de European GP Task Profiles studie werden geanalyseerd gebruik makend van het statistisch softwareprogramma SPSS (versie 21.0.0, IBM). Voor de data met betrekking tot de patiënten werden regressieanalyses uitgevoerd waarbij gecontroleerd werd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en gemiddeld inkomen van de respondenten. Voor de data met betrekking tot de artsen werden regressieanalyses uitgevoerd waarbij gecontroleerd werd voor geslacht, leeftijd, locatie van de praktijk en praktijktype (solo- of groepspraktijk).

Voor de variabelen die zowel in de European GP Task Profiles als in de QUALICOPC studie werden opgenomen (zijnde de data met betrekking tot de taakprofielen van artsen in 1993 en in 2013), werd een vergelijking tussen de resultaten van beide databanken gemaakt. Dit laat toe na te gaan of er eventueel verschuivingen zijn opgetreden tussen 1993 en 2013.

De internationale benchmarking gebeurde op basis van de data in QUALICOPC. Hierbij wordt steeds een globale vergelijking gemaakt tussen Vlaanderen enerzijds en Nederland en Duitsland anderzijds. Tevens wordt bij deze internationale vergelijking het Europees gemiddeld (EU - 21: België, Oostenrijk, Bulgarije, Cyprus, Tsjechië, Estland, Finland, Duitsland, Griekenland, Hongarije, Ierland, Litouwen, Letland, Luxemburg, Malta, Nederland, Polen, Portugal, Roemenië, Slovakije en Slovenië) gerapporteerd.

4 Stap 4: interpretatie van de analyseresultaten en formuleren van aanbevelingen voor toekomstige monitoring

Vervolgens werden de resultaten van de analyses voorgelegd aan een uitgebreid panel van experts werkzaam binnen diverse instellingen in de gezondheids- en welzijnssector (zie tabel 1 voor een overzicht). Deze experts werden gevraagd de resultaten grondig door te nemen en te bespreken aan de hand van volgende vragen:

- Welke resultaten in de tabellen zijn opvallend?
- Liggen de gerapporteerde resultaten in lijn met de huidige kennis en praktijk?
- Hoe kunnen de gerapporteerde resultaten worden geïnterpreteerd en/of verklaard?
- Welke aanbevelingen zou u formuleren voor het toekomstig monitoren van de eerstelijnsgezondheidszorg en de huisartsgeneeskunde in het bijzonder?

Vervolgens werden een aantal van de geraadpleegde experts telefonisch gecontacteerd voor een meer diepgaande bespreking van hun bemerkingen.

Tabel 1 Overzicht van de geraadpleegde experten en hun domein van expertise		
Expert	Instelling	Domein van expertise
Prof. dr. Lea Maes	Universiteit Gent	Gezondheidsvoorlichting - preventie
dr. Piet Vanden Bussche	Vlaams vertegenwoordiger EQuIP (European Association for Quality in Primary Care)	Kwaliteit van zorg
dr. Johan Pauwels	Zorgnet Vlaanderen	Ziekenhuissector
Ilse Weeghmans	Vlaams Patiëntenplatform	Patiënten-perspectief
Dr. Rudy Faelens	Domus Medica	Huisartsgeneeskunde
Anita Cautaers	Centrum Algemeen Welzijnswerk	Welzijnssector
Griet Briels	Vlaams Netwerk tegen Armoede	Patiënten in armoede
Karen Fredrix Danielle Massant	Agentschap Zorg en Gezondheid	Overheid - beleid Zorg en Gezondheid

Hoofdstuk 3

Ondersteunen en versterken van zelfzorg en mantelzorg, en focussen op preventie

De doelstelling van dit hoofdstuk is om na te gaan in welke mate vanuit de eerstelijnsgezondheidszorg zelfzorg en mantelzorg ondersteund en versterkt wordt. Vlaanderen stelt ook het ondersteunen en versterken van mantelzorg centraal in het beleid (SAR, 2012). Echter, hierover is in de beschikbare en geanalyseerde databanken geen informatie beschikbaar.

1 Sensibilisering

1.1 Onderzoeksvragen en bronnen

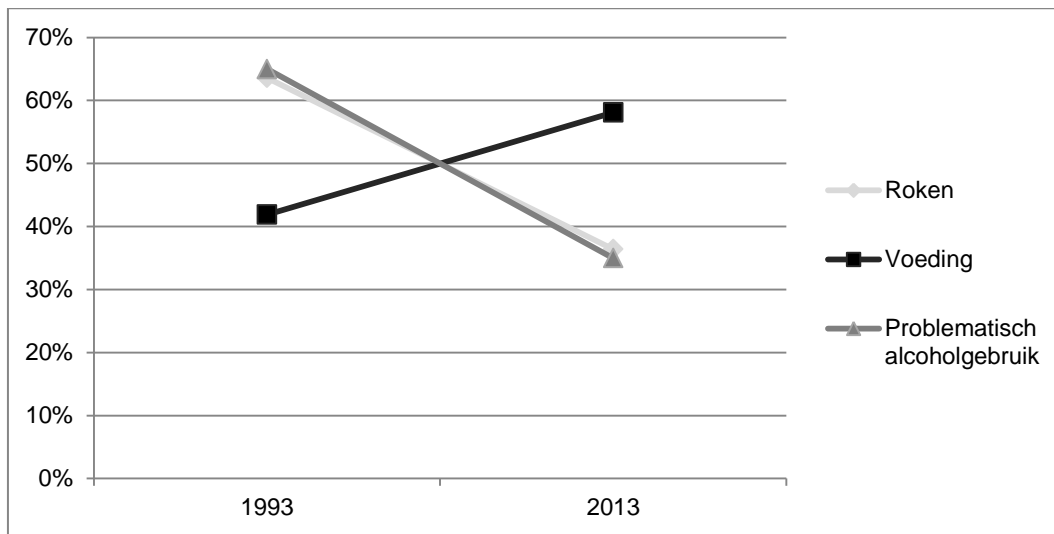
In welke mate verstrekken huisartsen individuele begeleiding aan patiënten? <ul style="list-style-type: none">○ Patiënten met obesitas○ Patiënten met weinig fysieke beweging○ Patiënten die willen stoppen met roken○ Patiënten met problematisch alcoholgebruik	PHAMEU
In hoeverre geeft u gezondheidsvoorlichting betreffende volgende onderwerpen? <ul style="list-style-type: none">○ Roken○ Voeding○ Problematisch alcoholgebruik	QUALICOPC (vragenlijst huisartsen) GP Task Profiles
In hoeverre geeft u gezondheidsvoorlichting betreffende volgende onderwerpen? <ul style="list-style-type: none">○ Lichaamsbeweging	QUALICOPC (vragenlijst huisartsen)
Hoe gebruikelijk wordt gezondheidseducatie in de eerstelijnsgezondheidszorg door een verpleegkundige geleid (bijvoorbeeld bij patiënten die willen stoppen met roken of zwangere vrouwen)?	PHAMEU
In welke mate organiseren huisartspraktijken en eerstelijnsgezondheidscentra speciale sessies voor bepaalde doelgroepen (patiënten met diabetes, zwangere vrouwen, patiënten met hypertensie,...)?	PHAMEU
In welke mate zijn huisartsen (werkzaam in solo - of groepspraktijken) betrokken in patiënteneducatie via groepsbijeenkomsten (over onderwerpen zoals bijvoorbeeld gezond eten, fysieke activiteit, roken, gebruik van alcohol, etc.)?	PHAMEU
Hebt u gedurende de afgelopen 12 maand speciale bijeenkomst(en) gehouden voor de volgende groepen patiënten? <ul style="list-style-type: none">○ Patiënten met diabetes○ Patiënten met hypertensie○ Zwangere vrouwen○ Ouderen	QUALICOPC (vragenlijst huisartsen)
Heeft gedurende de afgelopen 12 maand een dokter uit deze praktijk met u gesproken over hoe u het best gezond kunt blijven (bijvoorbeeld over gezond eten, alcohol en roken)?	QUALICOPC (vragenlijst patiënten)

<p>In welke mate verstrekken huisartsen volgende gezondheidsdiensten aan hun patiënten?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gezinsplanning/contraceptie ○ Prenatale routineconsultaties ○ Pediatrische routineconsultaties van kinderen tot 4 jaar 	<p>PHAMEU</p>
--	---------------

1.2 Onderzoekresultaten

Net zoals in Duitsland en Nederland is het in België zeer gebruikelijk dat de huisarts patiënten met obesitas, patiënten met weinig fysieke activiteit, patiënten die willen stoppen met roken en met problematisch alcoholgebruik individueel begeleidt (zie tabel 3.1.1).

De mate waarin dit op systematische wijze met de patiënt wordt besproken, lijkt een verschuiving te kennen over de voorbije 20 jaar.



Figuur 1 Percentage van de huisartsen dat systematisch gezondheidsvoorlichting verstrekt over bovenstaande onderwerpen | **Bron:** GP Task Profiles (1993) en QUALICOPC (2013), partim artsenbevraging, Vlaanderen

Bevinding 1: *Het aantal Vlaamse huisartsen dat op systematische wijze roken en problematisch alcoholgebruik bespreekt met hun patiënten is in vergelijking met 20 jaar geleden sterk afgenomen. Dit in tegenstelling tot het bespreken van 'voeding' wat in vergelijking met 20 jaar geleden veel systematischer gebeurt en meestal via normale patiëntencontacten verloopt (geen afzonderlijk consult).*

We noteren een positieve verschuiving in de mate waarin de bevraagde huisartsen in Vlaanderen voorlichting geven over voeding. Het percentage artsen dat systematisch voorlichting geeft over gezonde voeding is in vergelijking met 20 jaar geleden 16% gestegen. Voor 'roken' en 'problematisch alcoholgebruik' observeren we een opvallende daling: in 1993 rapporteerde gemiddeld 63% van de huisartsen systematisch educatie te geven over deze onderwerpen, terwijl dit in 2013 daalde naar 36% van de huisartsen (zie tabel 3.1.2).

In de detailanalyse van de QUALICOPC databank observeren we vast dat de grootste proportie huisartsen vermeldt dat ze gezondheidseducatie over roken, voeding en alcoholgebruik verstrekken via normale patiëntencontacten en in mindere mate gecombineerd met of exclusief via groepsbijeenkomsten (zie tabel 3.1.3). Hiermee sluiten de Vlaamse huisartsen zich aan bij de manier van werken in Duitsland en de meeste andere Europese landen. In Nederland verstrekt een belangrijk aantal artsen rookadvies via groepsbijeenkomsten (zie tabel 3.1.4).

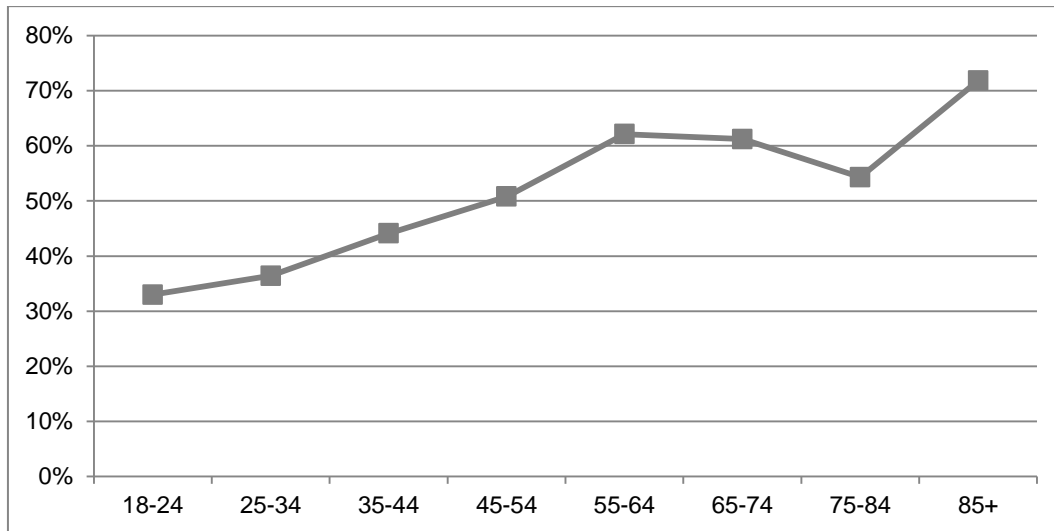
Bevinding 2: *Nederlandse artsen zetten vaker dan hun Vlaamse collega's verpleegkundigen in en verstrekken frequenter gezondheidsvoorlichting via groepsbijeenkomsten en speciale sessies.*

In tegenstelling tot België worden verpleegkundigen in Nederland op regelmatige basis ingezet in voorlichtingsprogramma's (zie tabel 3.1.6).

Een opvallende vermelding in de PHAMEU databank is dat huisartsenpraktijken in België 'gewoonlijk' speciale sessies voor patiënten met diabetes of zwangere vrouwen organiseren (zie tabel 3.1.7). Dit lijkt niet overeen te stemmen met de realiteit en is wellicht een onjuist cijfer. In de meer recente QUALICOPC databank rapporteert inderdaad de grootste groep huisartsen dit niet te doen. Huisartsen die alleen werken zijn (5.8%) minder geneigd bijeenkomsten te houden voor patiënten met diabetes, 15.3% van de Vlaamse artsen in groepspraktijken doet dit wel. In Nederland worden deze sessies zeer regelmatig georganiseerd (zie tabel 3.1.9).

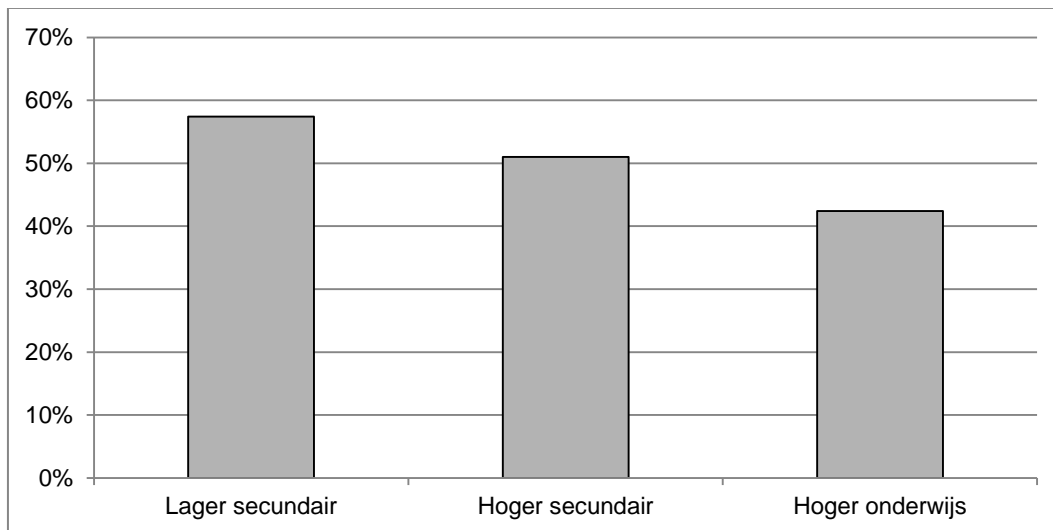
Bevinding 3: *Artsen bespreken zeer regelmatig met hun patiënten hoe ze gezond kunnen blijven. Hoe ouder de patiënt en hoe lager de opleiding van de patiënt, hoe vaker ze aangeven dat de arts dit met hen besprak.*

Meer dan de helft van de 55 - 64 jarige patiënten (62.1%) geeft aan dat hun huisarts de afgelopen 12 maand met hen gesproken heeft over hoe hij/zij het best gezond kan blijven. Dit fenomeen is nog meer uitgesproken naarmate de patiënt ouder is. Vlaanderen scoort hiermee beter dan Nederland waar 61.0% van de bevraagde populatie dit niet besprak met zijn/haar huisarts (zie tabel 3.1.10).



Figuur 2 Percentage patiënten dat in de afgelopen 12 maand aangesproken werd door hun arts over hoe ze het best gezond kunnen blijven, volgens leeftijd | **Bron:** QUALICOPC (2013), partim patiëntenbevraging, Vlaanderen

Patiënten met een diploma lager of hoger secundair onderwijs (respectievelijk 57.4% en 51.0%) worden vaker dan patiënten met een diploma hoger onderwijs (42.4%) door hun arts aangesproken over hoe ze het best gezond kunnen blijven (zie tabel 3.1.10).



Figuur 3 Percentage patiënten dat in de afgelopen 12 maand aangesproken werd door de arts over hoe ze het best gezond kunnen blijven | **Bron:** QUALICOPC (2013), partim patiëntenbevraging, Vlaanderen

2 Preventie

2.1 Onderzoeksvragen en bronnen

In welke mate verstrekken huisartsen volgende preventieve activiteiten? <ul style="list-style-type: none"> ○ Vaccinaties tegen tetanus ○ Allergievaccinaties ○ Testen op SOA's ○ Screening op HIV/AIDS ○ Griepvaccinaties van patiëntengroepen met een verhoogd risico ○ Baarmoederhalsscreening ○ Borstkankerscreening 	PHAMEU
In welke mate zijn huisartsen (of praktijkverpleegkundigen) betrokken in de vaccinatie van kinderen?	PHAMEU
Welk percentage van de kinderen binnen de eerstelijnsgezondheidszorg is gevaccineerd tegen : <ul style="list-style-type: none"> ○ Difterie ○ Tetanus ○ Pertussis (kinkhoest) ○ Mazelen ○ Hepatitis B ○ Bof ○ Rubella (rodehond) ○ Griep 	PHAMEU
Wanneer meet u (of een medewerker) de bloeddruk? <ul style="list-style-type: none"> ○ Op verzoek of naar aanleiding van klinische bevindingen ○ Als routine bij spreekkamerconsulten met volwassenen (ongeacht de reden van de komst) ○ Bij volwassenen op uitnodiging 	QUALICOPC (vragenlijst huisartsen) GP Task Profiles
Wanneer meet u (of een medewerker) het bloedcholesterol niveau? (QUALICOPC en GP Task Profiles) <ul style="list-style-type: none"> ○ Op verzoek of naar aanleiding van klinische bevindingen ○ Als routine bij spreekkamerconsulten met volwassenen (ongeacht de reden van de komst) ○ Bij volwassenen op uitnodiging 	QUALICOPC (vragenlijst huisartsen) GP Task Profiles
Welk percentage vrouwen tussen 52 - 69 jaar heeft de afgelopen 3 jaar een mammografie ondergaan?	PHAMEU
Welk percentage vrouwen tussen 21 - 64 jaar heeft de afgelopen 3 jaar een uitstrijkje laten nemen?	PHAMEU

2.2 Onderzoekresultaten

Bevinding 4: *De vaccinatiegraad in Nederland en Duitsland is hoger dan deze in België, maar in Nederland worden deze vaccinaties het minst toegediend door huisartsen.*

PHAMEU vermeldt dat huisartsen in België en Duitsland 'af en toe' betrokken zijn bij de vaccinatie van kinderen voor difterie, tetanus, pertussis, mazelen, hepatitis B, bof en rubella. Hun Nederlandse collega's zijn hier 'zelden of nooit' bij betrokken (zie tabel 3.2.14).

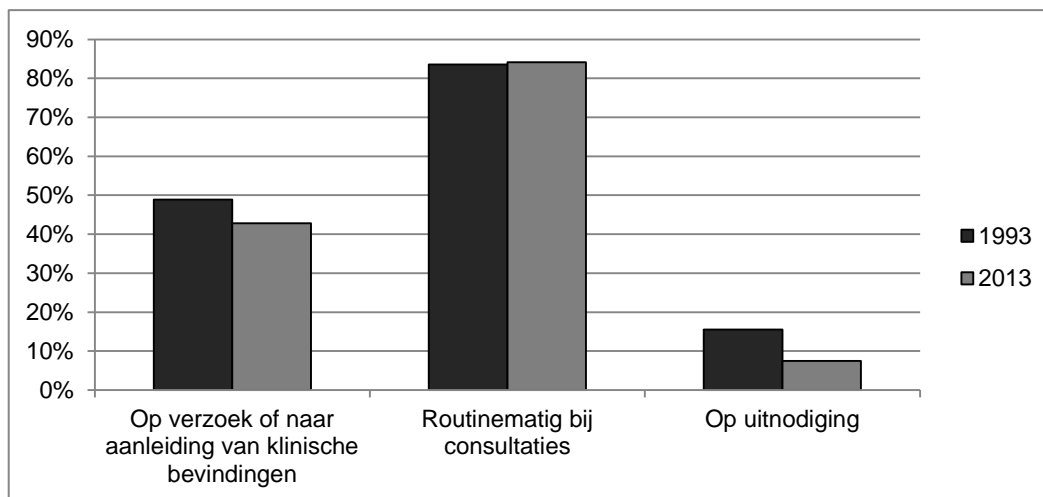
In België is 90 - 95% van de kinderen binnen de eerstelijnsgezondheidszorg gevaccineerd tegen difterie, tetanus, mazelen en rubella. (zie tabel 3.2.15, 3.2.16, 3.2.19 en 3.2.23) Ten opzichte van meer dan 95% van de kinderen in Nederland en Duitsland. In de drie landen wordt 90 - 95% van de kinderen tegen hepatitis B gevaccineerd, en is meer dan 54.07% van de populatie ouder dan 60 jaar gevaccineerd tegen de griep (zie tabel 3.2.20 en 3.2.24).

De Gezondheidsenquête rapporteert dat jongere patiënten vaker (dan oudere patiënten) aangeven in de afgelopen 10 jaar gevaccineerd te zijn tegen tetanus en hepatitis B. Patiënten met een diploma hoger onderwijs geven dit frequenter aan dan mensen met een diploma lager onderwijs. Daarnaast bemerken we een stijging van de vaccinaties tegen tetanus en hepatitis B in de periode van 1997 (4.9%) tot 2008 (8.7%) (zie tabel 3.2.17 en 3.2.21).

Het percentage van de bevolking dat ooit tegen griep werd gevaccineerd is logischerwijze groter bij oudere leeftijdsgroepen dan jongere. Dit percentage is ook groter bij mensen met een diploma lager secundair (46.6%) dan bij mensen met een diploma hoger onderwijs (33.8%). Verder is de fractie gevaccineerde patiënten in het tijdsbestek van 1997 tot 2008 met 17% gestegen. (zie tabel 3.2.25) De vaccinaties tegen de griep bij de bevolking van 65 jaar en ouder voor de populatie met contact met de huisarts, voor chronisch zieken en voor RVT/ROB lichtjes gedaald gedurende de periode 2006 - 2008. Op basis van deze resultaten kunnen we concluderen dat patiënten met een verhoogd risico op griep goed bereikt worden (96% in RVT/ROB) (zie tabel 3.2.26).

Bevinding 5: Vlaamse huisartsen meten de bloeddruk van de patiënt routinematig bij elk consult.

Het merendeel van de Vlaamse huisartsen (84.1%) meet, anno 2013, de bloeddruk van patiënten routinematig bij elk consult, ongeacht de reden van consultatie. (zie tabel 3.2.27) We stellen hier geen grote verschuiving vast ten opzichte van 20 jaar geleden (83.6%). Dit is een opvallend verschil met Nederland waar nagenoeg alle bevroegde artsen (97.5%) aangeven dat ze de bloeddruk enkel op verzoek meten of naar aanleiding van klinische bevindingen. Tevens nodigt ongeveer de helft van de Duitse (51.9%) en Nederlandse (55.9%) huisartsen patiënten uit om hun bloeddruk te controleren. Dit wordt slechts door 7.5% van de Vlaamse huisartsen op deze manier gedaan (zie tabel 3.2.28).



Figuur 4 Percentage huisartsen dat de bloeddruk meet in volgende gevallen | **Bron:** GP Task Profiles (1993) en QUALICOPC (2013), partim artsenbevraging, Vlaanderen

De meeste huisartsen in 2013 (78.3%) geven aan de cholesterol in het bloed te controleren op verzoek van de patiënt of naar aanleiding van klinische bevindingen. (zie tabel 3.2.30) Op dit vlak verschillen de Vlaamse artsen niet van hun collega's in 1993 (85.1%), Nederland (85.2%), Duitsland (81.1%) en het Europees gemiddelde (72.5%) (zie tabel 3.2.31).

Jongere artsen (90% in de groep 25 - 34 jaar) meten vaker dan de oudere artsen (50% in de groep 65 - 74 jaar) het bloedcholesterolniveau op verzoek of naar aanleiding van klinische bevindingen. Daarnaast rapporteren artsen wier praktijk zich in een niet stedelijke omgeving (66.7%) bevindt minder het cholesterol te meten op verzoek of naar aanleiding van de bevindingen in vergelijking met de artsen die werkzaam zijn in een stedelijke (81.5%) of grootstedelijke context (85.7%). Tenslotte stellen we vast dat huisartsen die in een groepspraktijk (83.3%) werken vaker op verzoek van de patiënt het cholesterolniveau meten dan de solo-huisartsen (67.6%) (zie tabel 3.2.30).

Volgens de Gezondheidsenquête (2008) is het aantal cholesterolmetingen gestegen met meer dan 10 procent in 11 jaar tijd: van 54.1% in 1997 tot 65.4% in 2008. (zie tabel 3.2.33) Bovendien stellen we een stijging vast van het percentage van de bevolking wiens cholesterol te hoog is (van 34.2% naar 43.4%). (zie tabel 3.2.34) De fractie van de bevolking dat door de huisarts geadviseerd wordt geneesmiddelen te gebruiken tegen een verhoogd cholesterolgehalte, stijgt van 2001 tot 2008 met 22 procent. Opvallend is echter dat het percentage patiënten dat geadviseerd wordt gewicht te verliezen in diezelfde periode daalt met 1.6%. Het aanpassen van de voedingsgewoonten en meer lichaamsbeweging wordt in 2001 ook vaker geadviseerd (respectievelijk 72.3% en 30.4%) dan in 2008 (respectievelijk 53.0% en 23.7%) (zie tabel 3.2.35).

Bevinding 6: *Artsen monitoren het cholesterolniveau van laag opgeleide patiënten frequenter in vergelijking met patiënten die een hogere opleiding genoten. Het cholesterolniveau is ook vaker te hoog bij deze patiënten. Bij de behandeling van hypercholesterolemie worden patiënten die een lagere opleiding genoten vaker geneesmiddelen voorgeschreven, terwijl hun hoger opgeleide medepatiënten vaker advies krijgen om hun levensstijl aan te passen.*

Patiënten met een laag opleidingsniveau (hoogst behaalde diploma lager secundair onderwijs) (74.4%) geven in vergelijking met patiënten die hoger secundair (62.2%) en hoger onderwijs (62.6%) volgden, vaker aan dat hun cholesterolgehalte in de afgelopen 5 jaar werd gecontroleerd. Overigens hebben patiënten uit het lager secundair onderwijs (51.3%) ook vaker dan patiënten uit het hoger onderwijs (44.4%) te horen gekregen dat hun cholesterolgehalte te hoog is. Daarnaast worden patiënten met een diploma lager onderwijs (62.9%) vaker geneesmiddelen voorgeschreven om deze hypercholesterolemie te behandelen dan patiënten met een hogere opleiding (49.6%). Aanpassing van de voedingsgewoonten en meer lichaamsbeweging wordt frequenter geadviseerd aan patiënten met een diploma hoger onderwijs (respectievelijk 60.1% en 31.9%) dan aan patiënten met een diploma lager secundair (respectievelijk 46.1% en 18.6%).

Bevinding 7: *Het aantal vrouwen gescreend met een mammografie ligt in Vlaanderen lager dan in Nederland en Duitsland. Het aantal vrouwen dat een uitstrijkje kreeg, ligt op hetzelfde niveau dan dat in Nederland en Duitsland.*

Hoofdstuk 4

Empowerment van patiënten en hun naaste omgeving

De doelstelling van dit thema is om na te gaan in welke mate de eerstelijnsgezondheidszorg in Vlaanderen inzet op het empoweren van patiënten en hun naaste omgeving. In bijlage 1 van dit rapport kan de lezer een uitgebreide beschrijving van de bevindingen per tabel vinden. Deze bijlage heeft dezelfde opbouw als dit hoofdstuk. Gelet op de omvang en de leesbaarheid van dit onderzoeksrapport werd deze uitgebreide beschrijving enkel opgemaakt voor hoofdstuk 4 en 5.

1 Gezamenlijk beslissen

1.1 Onderzoeksvragen en bronnen

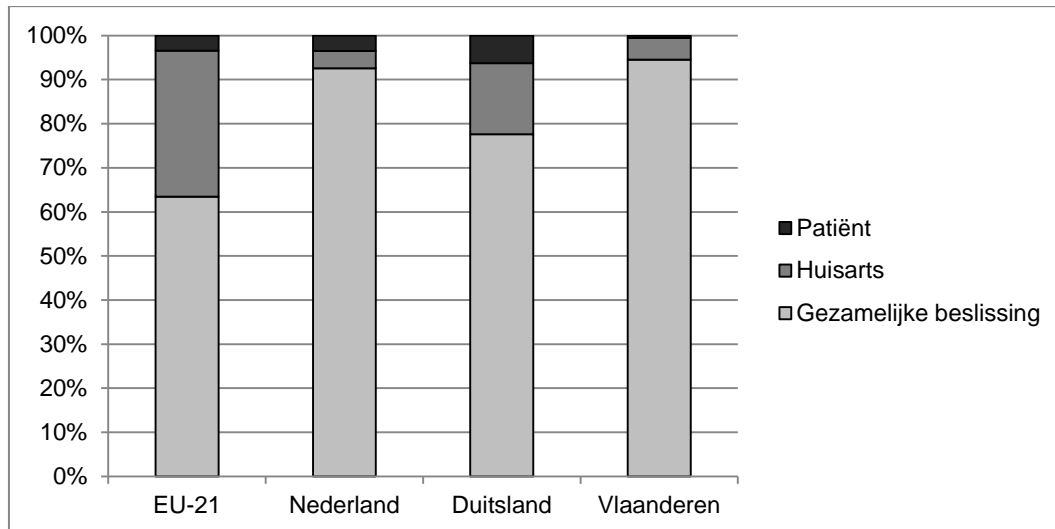
In geval van verwijzing, wie beslist er gewoonlijk waarheen de patiënt wordt verwezen? <ul style="list-style-type: none">○ De huisarts beslist zelf.○ Patiënt beslist.○ Het is een gezamenlijke beslissing.	QUALICOPC (vragenlijst huisartsen)
Bent u het eens met de volgende uitspraken: <ul style="list-style-type: none">○ Als ik word doorverwezen, beslist mijn huisarts naar wie ik zal gaan.○ Het is moeilijk van mijn huisarts een doorverwijzing naar een arts-specialist te krijgen.	QUALICOPC (vragenlijst patiënten)
Denk aan de consultatie van daarnet. Bent u het eens met de volgende uitspraak: <ul style="list-style-type: none">○ De arts betrok me bij het nemen van beslissingen over de behandeling.	QUALICOPC (vragenlijst patiënten)

1.2 Onderzoekresultaten

Bevinding 1: *Vlaanderen is Europees koploper op het vlak van overleg tussen de huisarts en patiënt bij een verwijzing.*

Bijna alle bevroegde Vlaamse huisartsen (94.5%) geven aan dat de beslissing naar welke gezondheidszorgprofessional de patiënt verwezen wordt, genomen wordt in samenspraak met de patiënt. Vlaanderen doet het op dit vlak beter dan Nederland (89.5%), Duitsland (72.7%) en het gemiddelde in Europa (61.1%) (zie tabel 4.1.1 en 4.1.2).

Ook patiënten rapporteren dat de arts zelden alleen beslist waarheen hij/zij verwezen wordt. We noteren echter twee uitzonderingen: oudere patiënten (47.5% in de leeftijdsgroep 85+) en deze met een opleiding lager secundair onderwijs (38.3%) vermelden vaker dat de huisarts dit wel alleen beslist (zie tabel 4.1.3).



Figuur 1 Welke actor beslist waarheen de patiënt doorverwezen zal worden | **Bron:** QUALICOPC (2013), partim artsenbevraging, Europese vergelijking

Het merendeel van de Vlaamse patiënten (84.9%) geeft aan dat de huisarts hen betreft bij beslissingen over de behandeling. Hiermee scoort Vlaanderen vergelijkbaar als Nederland (84.1%) en Duitsland (85.4%) (zie tabel 4.1.7 en 4.1.8).

2 (On)tevredenheid

2.1 Onderzoeksvragen en bronnen

Denk aan de arts die u vandaag heeft bezocht. Bent u het eens met de volgende uitspraken: <ul style="list-style-type: none"> ○ Na dit bezoek voel ik me beter opgewassen tegen mijn gezondheidsprobleem/ziekte dan ervoor. 	QUALICOPC (vragenlijst patiënten)
Als u niet tevreden bent over de behandeling die u ontving, denkt u dat deze arts bereid zou zijn daarover met u te praten?	QUALICOPC (vragenlijst patiënten)

2.2 Onderzoekresultaten

84.8% van de bevroegde patiënten in Vlaanderen vermeldt dat wanneer hij/zij ontevreden is over de behandeling de huisarts bereid is hierover te praten. De fractie patiënten die dit in Vlaanderen aangeeft is ongeveer hetzelfde als in Nederland (85.3%) en Duitsland (81.2%). Dit Vlaamse resultaat is beduidend beter dan het Europees gemiddelde (70.7%) (zie tabel 3.2.11 en 3.2.12).

3 Waarden

3.1 Onderzoeksvragen en bronnen

<p>Hoe belangrijk is het volgende voor u:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dat ik goed begrijp wat deze arts uitlegt. ○ Dat deze arts mij betreft bij het nemen van beslissingen over de behandeling. ○ Dat ik me beter opgewassen voel tegen mijn gezondheidsprobleem/ziekte na dit bezoek. 	<p>QUALICOPC (vragenlijst patiënten)</p>
<p>Hoe belangrijk is het volgende voor u tijdens het consult met uw huisarts:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dat de arts vraagt hoe ik het liefst behandeld wil worden. ○ Dat de arts me aanvullende informatie geeft over mijn gezondheidsprobleem, bijvoorbeeld via folder. ○ Dat de arts me informeert over betrouwbare bronnen van informatie, zoals bijvoorbeeld websites. ○ Dat ik de arts vertel wat ik wil bespreken in dit consult. ○ Dat ik voorbereid ben om vragen te stellen en aantekeningen te maken. ○ Dat ik eerlijk ben over mijn gebruik van andere behandelingen, zoals bijvoorbeeld zelfmedicatie of alternatieve geneeswijzen. ○ Dat psychosociale onderwerpen besproken kunnen worden als dat nodig is, zoals bijvoorbeeld psychosociale zorgen. 	<p>QUALICOPC (vragenlijst patiënten)</p>
<p>Hoe belangrijk is het volgende voor u, na het consult met uw huisarts:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dat de arts me alle onderzoeksresultaten geeft, zelfs als deze geen bijzonderheden laten zien. ○ Dat de arts me duidelijke instructies geeft over wat ik moet doen als het misgaat. ○ Dat ik de arts vertel in hoeverre de behandeling aanslaat. ○ Dat ik een andere arts kan zien als ik dat nodig vind. 	<p>QUALICOPC (vragenlijst patiënten)</p>

3.2 Onderzoekresultaten

Bijna alle bevroegde patiënten in Vlaanderen vinden het ‘belangrijk’ (29.9%) tot ‘zeer belangrijk’ (65.7%) om de uitleg van de arts goed te begrijpen. Er is duidelijk een sociale gradiënt aanwezig in de mate waarin patiënten dit belangrijk vinden. Patiënten met een hoger opleidingsniveau (77.1%) en met een gemiddeld inkomen boven het gemiddelde (69.2%) geven vaker aan dit ‘zeer belangrijk’ te vinden. We observeren ongeveer dezelfde percentages in Europa en Duitsland. Opmerkelijk is dat geen enkele Nederlandse patiënt dit ‘niet belangrijk’ vindt (zie tabel 3.3.13 en 3.3.14).

48.7% van de Vlaamse patiënten vindt het ‘zeer belangrijk’ dat de huisarts hen betreft bij beslissingen rond de behandeling. Tevens vindt ongeveer de helft van de Vlaamse patiënten (45.2%) het ‘belangrijk’ dat de huisarts navraagt welke behandeling de voorkeur geniet. Vlaanderen verschilt in dit opzicht niet van Nederland (50.9%), Duitsland (47.9%) en het Europees gemiddelde (43.9%) (zie tabel 3.3.15 en 3.3.16).

Het merendeel van de patiënten vindt het ‘belangrijk’ dat de huisarts bijkomende informatie geeft over de ziekte (46.2%), betrouwbare bronnen van informatie over de ziekte aanreikt (41.7%), dat hij/zij

kan bespreken wat hij wil tijdens het consult (55.8%), dat men voorbereid is om vragen te stellen (47.2%), dat men eerlijk is over het gebruik van andere behandelingen (46.2%) en dat men met psychosociale onderwerpen bij de huisarts terecht kan (46.7%). Deze percentages zijn te vergelijken met deze in Nederland, Duitsland en het Europees gemiddelde (zie tabel 3.3.21 en 3.3.22).

Tenslotte vinden de meeste Vlaamse patiënten het 'belangrijk' om de onderzoeksresultaten te ontvangen ook al zijn die niet afwijkend (45.2%), de arts op de hoogte te houden over de mate waarin de behandeling aanslaat (51.7%) en dat men een andere arts kan raadplegen wanneer men dat wil (50.7%). 51.3% van de Vlamingen vindt het 'zeer belangrijk' dat de arts hen richtlijnen geeft wat te doen wanneer het misgaat. De resultaten in Vlaanderen sluiten daarmee erg aan bij die van Nederland, Duitsland en bij het Europees gemiddelde (zie tabel 3.3.33 en 3.3.34).

Hoofdstuk 5

Focussen op eerste lijn en verbindingen tussen en binnen eerste lijn en andere zorgniveaus

In bijlage 2 van dit rapport kan de lezer een uitgebreide beschrijving van de bevindingen per tabel vinden. Deze bijlage heeft dezelfde opbouw als dit hoofdstuk. Gelet op de omvang en de leesbaarheid van dit onderzoeksrapport werd deze uitgebreide beschrijving enkel opgemaakt voor hoofdstuk 4 en 5.

1 Multidisciplinaire samenwerking

1.1 Onderzoeksvragen en bronnen

Heeft de overheid samenwerking of integratie binnen eerstelijnsgezondheidszorg vastgelegd in een wet of beleidsnota?	PHAMEU
Is het gebruikelijk dat huisartsen geregeld (minimum één keer per maand) 'face-to-face' contact hebben met andere professionals?	PHAMEU
Hoe gebruikelijk werken huisartsen samen met medische specialisten?	PHAMEU
Hoe vaak treft u (face-to-face) de volgende beroepsbeoefenaars (beroepsmatig of sociaal)? <ul style="list-style-type: none">○ Collega-huisarts○ Praktijkverpleegkundige○ Ambulant werkende arts-specialist○ Arts-specialist in een ziekenhuis○ Apotheker○ Thuisverpleegkundige○ Maatschappelijk werker	QUALICOPC (vragenlijst huisartsen) GP Task Profiles
Hoe vaak treft u (face-to-face) de volgende beroepsbeoefenaars (beroepsmatig of sociaal)? <ul style="list-style-type: none">○ Verloskundige○ Fysiotherapeut○ Diëtiste	QUALICOPC (vragenlijst huisartsen)
Hoe gebruikelijk is het dat huisartsen (telefonisch) advies inwinnen bij arts-specialisten?	PHAMEU
Hoe vaak vraagt u de volgende arts-specialisten om advies (bijvoorbeeld telefonisch)? (enkel QUALICOPC) <ul style="list-style-type: none">○ Pediater/ kinderarts○ Internist○ Gynaecoloog○ Chirurg○ Neuroloog○ Dermatoloog○ Geriater○ Psychiater/ geestelijke gezondheidszorg professional○ Radioloog	QUALICOPC (vragenlijst huisartsen)

1.2 Onderzoeksresultaten

België heeft, net zoals Nederland, de samenwerking of integratie binnen eerstelijnsgezondheidszorg vastgelegd in een wet of beleidsnota. Volgens PHAMEU heeft Duitsland dit niet vastgelegd. (zie tabel 5.1.1) Tegelijkertijd rapporteert de PHAMEU databank dat het *face-to-face* contact tussen huisartsen en andere professionals slechts af en toe plaats vindt en met arts-specialisten 'zelden of nooit'. Nederlandse huisartsen scoren op dit vlak beter, zij hebben regelmatig contact met andere zorgverleners en specialisten (zie tabel 5.1.2 en 5.1.3).

Bevinding 1: *In 1993 rapporteerden huisartsen een frequenter contact met andere zorgprofessionals en arts-specialisten dan artsen in 2013.*

Een opmerkelijke bevinding die we in de vergelijking 1993 - 2013 observeren is dat huisartsen in 1993 veel vaker aangaven frequent contact te hebben met andere zorgprofessionals dan in 2013: 78.2% van de huisartsen in 1993 vermeldt 'meerdere keren per maand' een ambulant werkende specialist te contacteren, terwijl de meeste huisartsen in 2013 (69.7%) 'zelden of nooit' antwoorden. Daarbij aansluitend rapporteert de grootste groep bevraagde artsen in 1993 'meerdere keren per maand' contact te zoeken met een specialist die werkzaam is in een ziekenhuis. Twintig jaar later, geeft de meerderheid van de dokters aan slechts 'elke één tot drie maand' deze specialistengroep te contacteren (zie tabel 5.1.4).

Bevinding 2: *Nederlandse huisartsen doen het beter dan Vlaamse huisartsen op het vlak van interprofessionele samenwerking met andere beroepsgroepen. Ze hebben vaker contact met apothekers, praktijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten en diëtisten.*

Zoals eerder aangeven in de resultaten van PHAMEU hebben Nederlandse huisartsen 'regelmatig' contact met andere zorgprofessionals. Deze bevinding komt terug in de internationale vergelijking van de QUALICOPC databank. 62.7% van de Nederlandse huisartsen heeft meerdere keren per maand contact met een apotheker terwijl dit in Vlaanderen slechts 36.8% is. 41.6% van de Nederlandse huisartsen heeft meerdere keren per maand contact met een fysiotherapeut in vergelijking met 13.2% in Vlaanderen (zie tabel 5.1.6).

Verder rapporteert PHAMEU dat Belgische huisartsen regelmatig *advies inwinnen* bij specialisten. (zie tabel 5.1.8) Dit kan ook vastgesteld worden op basis van de resultaten in QUALICOPC. Het merendeel van de huisartsen vermeldt 'elke één tot 3 maand' advies te vragen aan deze beroepsgroep. Er zijn echt twee uitzonderingen: ongeveer de helft van de bevraagde Vlaamse huisartsen (47.0%) consulteert nooit een pediater, maar 37.5% vermeldt meerdere keren per maand het advies van een radioloog in te winnen. Tevens zijn er op basis van geslacht een aantal significante verschillen: mannelijke huisartsen consulteren vaker een chirurg (31.9%), neuroloog (27.8%), geriater (26.7%) en radioloog (48.7%) dan hun vrouwelijke collega's. Nederlandse en Duitse huisartsen winnen in ongeveer dezelfde mate als hun Vlaamse collega's advies in van een chirurg, neuroloog, dermatoloog, psychiater en radioloog (zie tabel 5.1.9 en 5.1.10).

2 Taakprofielen

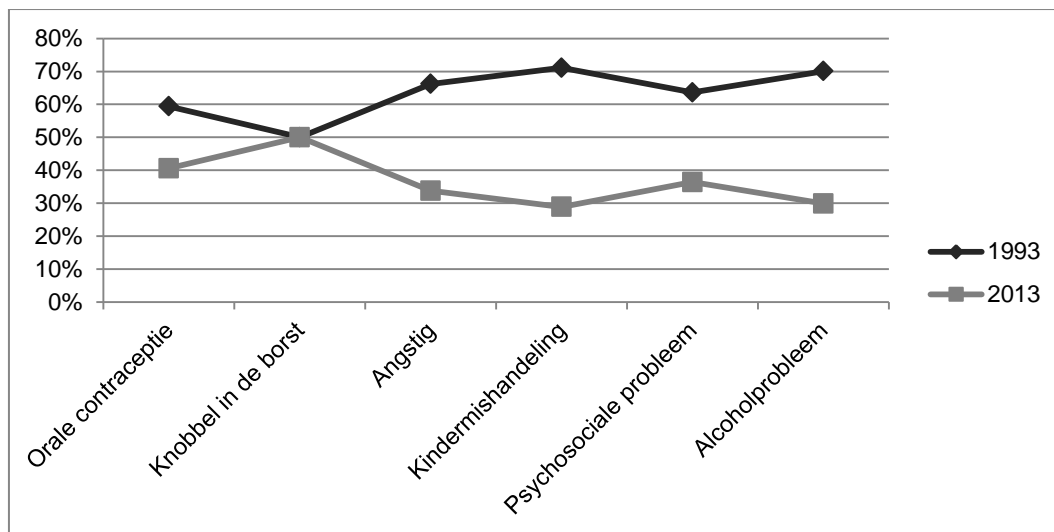
2.1 Onderzoeksvragen en bronnen

<p>In hoeverre wenden patiënten in uw praktijk zich bij de volgende gezondheidsproblemen tot u als de <i>eerste</i> verlener van gezondheidszorg?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vrouw van 18 jaar die om orale contraceptie vraagt ○ Vrouw van 50 jaar met een knobbel in de borst ○ Angstige man van 45 jaar ○ Lichamelijk mishandeld kind van 13 jaar ○ Vrouw van 50 jaar met psychosociale problemen ○ Man van 52 jaar met een alcoholprobleem ○ Man met suïcidale neigingen 	<p>QUALICOPC (vragenlijst huisartsen)</p> <p>GP Task Profiles</p>
<p>In hoeverre wenden patiënten in uw praktijk zich bij de volgende gezondheidsproblemen tot u als de <i>eerste</i> verlener van gezondheidszorg?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Man met suïcidale neigingen 	<p>GP Task Profiles</p>
<p>In hoeverre bent u betrokken bij de behandeling en nazorg van patiënten in uw praktijk bij de volgende diagnoses?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Depressie 	<p>QUALICOPC (vragenlijst huisartsen)</p> <p>GP Task Profiles</p>

2.2 Onderzoekresultaten

Bevinding 3: In Nederland zijn huisartsen bijna altijd de eerst gecontacteerde zorgverlener bij (gezondheids)problemen of ziektes. In Vlaanderen is dat minder het geval.

Overheen alle casussen rapporteert tussen 30 - 70% van de Vlaamse patiënten bij bepaalde (gezondheids)problemen de huisarts als eerste gezondheidszorgverlener te contacteren. In de vergelijking 1993 - 2013 noteren we een daling voor nagenoeg alle klachten. Met uitzondering voor vrouwen met een knobbel in de borst, de frequentie waarin zij aangeven de huisarts als eerste zorgverlener te contacteren blijft hetzelfde (zie tabel 3.2.11).



Figuur 1 In hoeverre wenden patiënten zich bij gegeven casussen (*bijna*) altijd eerst tot de huisarts | Bron: GP Task Profiles (1993) en QUALICOPC (2013), partim artsenbevraging, Vlaanderen

Bevraagde huisartsen in Nederland worden vaker als eerste gezondheidszorgverlener gecontacteerd door een 18jarige vrouw die om orale contraceptie vraagt (80.4%), een 50jarige vrouw met een knobbel in de borst (74.5%) en een 45jarige angstige man (94.4%) dan hun Vlaamse collega's (respectievelijk 43.0%, 41.0% en 54.0%). Vlaanderen scoort echter wel beter dan Duitsland en het Europees gemiddelde (zie tabel 5.2.15).

De Vlaamse overheid formuleerde, in navolging van de Wereldgezondheidsorganisatie, een aantal gezondheidsdoelstellingen. Een streefcijfer bij de gezondheidsdoelstelling aangaande borstkankeropsporing is dat 75% van de vrouwen uit de doelgroep (50-59 jaar) deelneemt aan het bevolkingsonderzoek. Wanneer we dit vergelijken met het aantal vrouwen dat zich laat screenen volgens het RIZIV-rapport (2012) stellen we vast dat ongeveer 48% van deze vrouwen dit doet (zie tabel 5.2.16).

Bevinding 4: Vlaamse huisartsen worden vaker betrokken bij de behandeling en nazorg van patiënten met een depressie dan andere collega's in Europa en Nederland.

52.3% van de huisartsen in Vlaanderen worden '(bijna) altijd betrokken bij de behandeling en nazorg van patiënten met een depressie. Dit percentage ligt hoger dan het Europees gemiddelde (42.0%) en dat in Nederland (42.1%) (zie tabel 5.2.19).

Hoofdstuk 6

Versterkte, direct toegankelijke eerstelijnsgezondheidszorg

De doelstelling van dit thema is om na te gaan hoe toegankelijk de eerstelijnsgezondheidszorg is vanuit het perspectief van de patiënt en de huisarts.

1 Fysieke toegankelijkheid

1.1 Onderzoeksvragen en bronnen

Welk percentage van patiënten vindt het gemakkelijk om toegang te krijgen tot de huisarts en deze ook te bereiken?	PHAMEU
Hoe ver is het (over de weg) van uw (hoofd)praktijkgebouw naar volgende gezondheidszorginstellingen? <ul style="list-style-type: none">○ De dichtstbijzijnde huisartsenpraktijk○ De dichtstbijzijnde polikliniek○ Het dichtstbijzijnde algemeen of universitair ziekenhuis	QUALICOPC (vragenlijst huisartsen) GP Task Profiles
Hoe lang doet u er meestal over om van huis naar deze praktijk te reizen?	QUALICOPC (vragenlijst patiënten)
Denk aan de praktijk die u vandaag heeft bezocht. Bent u het eens met de volgende uitspraak? <ul style="list-style-type: none">○ De praktijk is te ver van mijn huis of mijn werk.	QUALICOPC (vragenlijst patiënten)
Heeft u in de afgelopen 12 maand een bezoek aan de huisarts uitgesteld of ervan afgezien terwijl u er eigenlijk behoefte aan had?	QUALICOPC (vragenlijst patiënten)
Wat was de voornaamste reden om een huisarts niet te bezoeken? <ul style="list-style-type: none">○ Ik geraakte er niet (e.g. geen vervoer).○ Ik had het te druk.	QUALICOPC (vragenlijst patiënten)
Waarom ging u naar de spoedgevallendienst in het ziekenhuis in plaats van naar een huisarts? <ul style="list-style-type: none">○ De spoedgevallendienst is beter te bereiken.	QUALICOPC (vragenlijst patiënten)
De praktijk heeft een parkeerplaats voor personen met een beperking?	QUALICOPC (vragenlijst enquêteurs)
Is de praktijk op de begane grond	QUALICOPC (vragenlijst enquêteurs)
Is er een lift beschikbaar voor patiënten?	QUALICOPC (vragenlijst enquêteurs)
Hoe toegankelijk is de praktijk voor patiënten die gebruik maken van een rolstoel of kinderwagen?	QUALICOPC (vragenlijst enquêteurs)
Is er een toilet voor patiënten met een handicap?	QUALICOPC (vragenlijst enquêteurs)

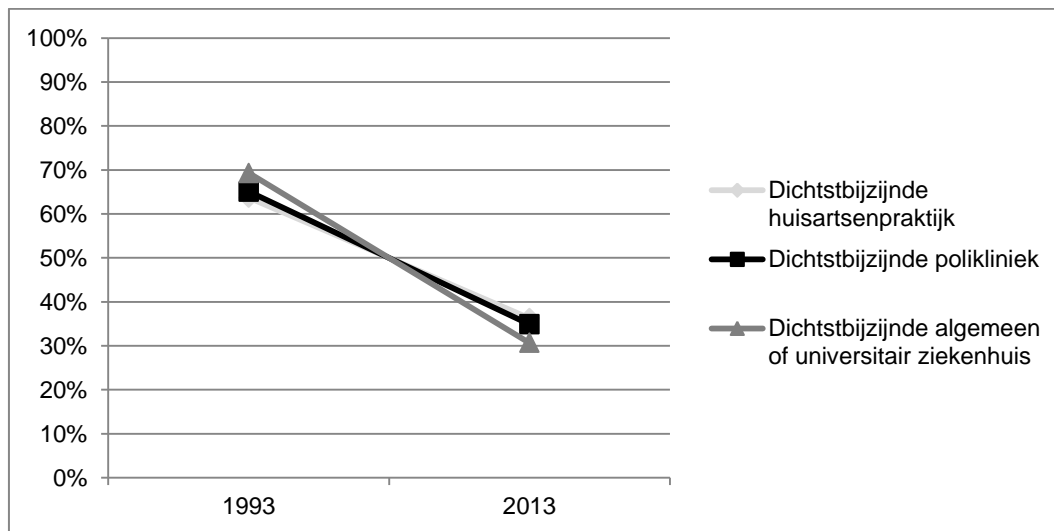
1.2 Onderzoeksresultaten

Bevinding 1: Vlaamse patiënten ervaren hun huisarts in het algemeen als zeer toegankelijk.

92% van de patiënten in België vinden het gemakkelijk om toegang te krijgen tot de huisarts (zie tabel 6.1.1).

Bevinding 2: Huisartspraktijken zijn in de voorbije 20 jaar groter geworden (meer artsen onder één dak). De gemiddelde afstand van de huisartspraktijk naar poliklinieken, algemene en universitaire ziekenhuizen is toegenomen al blijft die relatief klein wanneer beschouwd binnen Europese context.

Huisartsen werken, in vergelijking met 1993, veel met meerdere huisartsen onder 1 dak. De afstand tot de dichtstbijzijnde polikliniek, een algemeen of universitair ziekenhuis is in diezelfde periode groter geworden maar blijft nog steeds relatief klein gezien de densiteit van Vlaanderen (zie tabel 6.1.2).

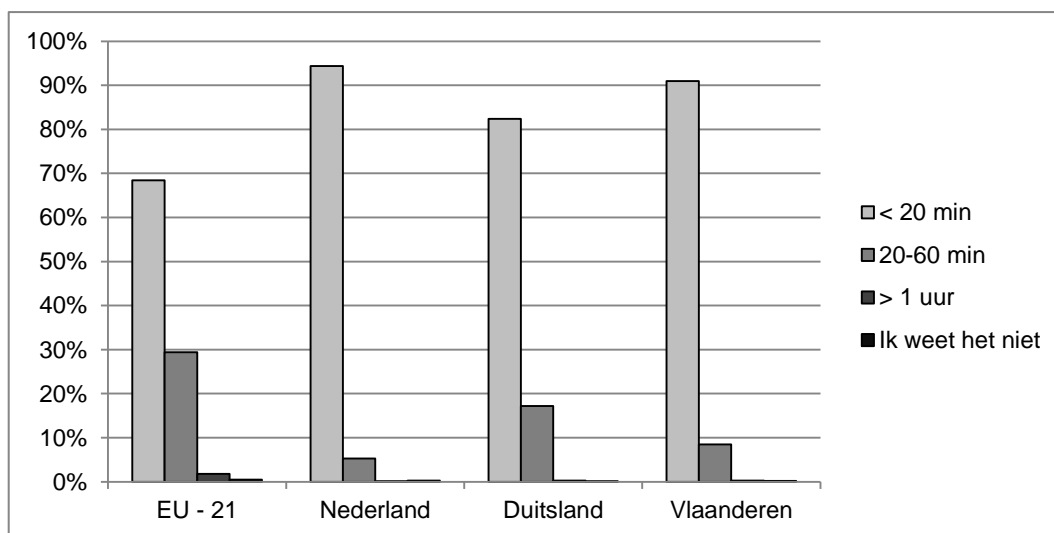


Figuur 1 Percentage huisartsen waarbij gegeven gezondheidsinstellingen zich minder dan 10 km van de huisartsenpraktijk bevinden | Bron: GP Task Profiles (1993) en QUALICOPC (2013), partim artsenbevraging, Vlaanderen

Alle bevroegde artsen, werkzaam in een grootstedelijke context, vermelden dat de dichtstbijzijnde polikliniek op minder dan 10 kilometer van hun hoofdpraktijkgebouw ligt. Ook voor 89% van de artsen met een praktijk in een stedelijke omgeving, en 71.4% van de artsen met hun praktijk in een niet stedelijke context, is de afstand tot de dichtstbijzijnde polikliniek minder dan 10 kilometer. Wat de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis betreft rapporteert 60,3% van huisartsen die werkzaam zijn in een niet-stedelijke context dat die meer dan 10 km is. In een grootstedelijke of stedelijke context ligt dit - logischerwijs - veel lager (zie tabel 6.1.3).

Bevinding 3: In het algemeen is de reisafstand naar een huisartspraktijk in Vlaanderen erg kort (minder dan 20 min).

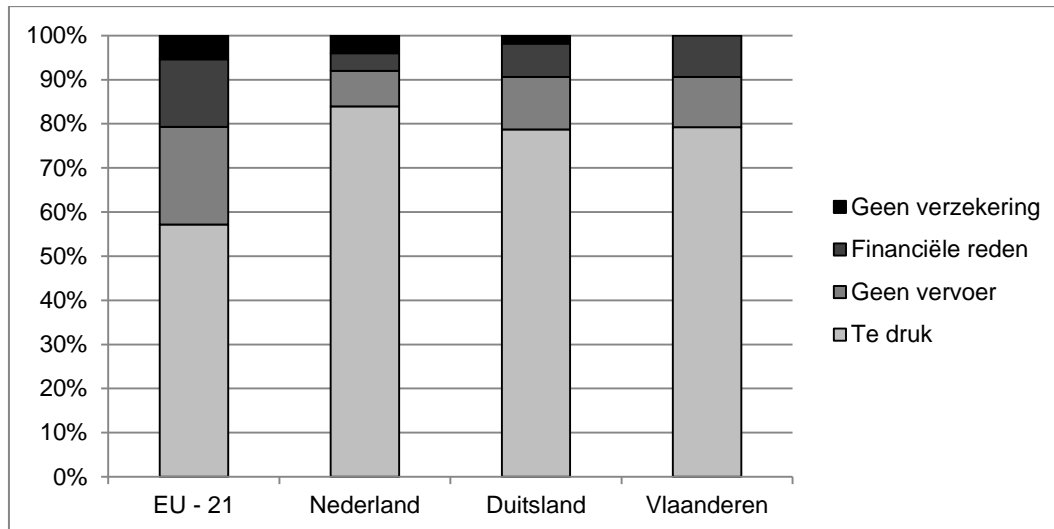
91.0% van de bevroegde patiënten in Vlaanderen rapporteert dat het minder dan 20 minuten reizen is naar de huisartsenpraktijk. Vlaanderen scoort hiermee ongeveer op hetzelfde niveau dan Nederland (94.4%). Slechts 5.0% van de Vlaamse patiënten geeft aan dat de praktijk te ver ligt van hun huis of werk. De geografische toegankelijkheid van huisartsenzorg is in België veel hoger dan het Europese gemiddelde (13.4%). (zie tabel 6.1.6)



Figuur 2 Duur van de reis tussen de verblijfplaats van de patiënt en de huisartsenpraktijk | **Bron:** QUALICOPC (2013), partim patiëntenbevraging, Europese vergelijking.

Bevinding 4: Vlaamse patiënten zijn koploper in Europa wat betreft het uitstellen van huisartsenzorg. Patiënten met een laag gemiddeld inkomen en jongere patiënten stellen zorg vaker uit dan oudere patiënten en patiënten met een hoger inkomen.

In bepaalde gevallen worden bezoeken aan de huisarts uitgesteld door de patiënt, ook al heeft hij/zij daar eigenlijk nood aan. Jongere patiënten geven iets vaker dan oudere patiënten aan dat ze in de afgelopen 12 maand zorg uitgesteld hebben (19.4% in de leeftijdsgroep 18 - 24 jaar in vergelijking met 7.5% in de leeftijdsgroep 75 - 84 jaar). Patiënten met een diploma hoger onderwijs en patiënten met een diploma lager secundair, stellen vaker dan patiënten met een diploma hoger secundair bezoeken aan de huisarts uit. Van de patiënten met een gemiddeld hoog inkomen gaf 15.8% aan een bezoek te hebben uitgesteld, ten opzichte van 26.3% van de patiënten met een laag inkomen. De reden die het vaakst worden aangegeven door de patiënt is dat hij/zij het te druk had (51.7%). Binnen de Europese vergelijking stellen Vlaamse patiënten het vaakst een bezoek aan de huisarts uit (zie tabel 6.1.10).



Figuur 3 Voornaamste redenen om een bezoek aan de huisarts uit te stellen | **Bron:** QUALICOPC (2013), partim patiëntenbevraging, Europese vergelijking

Er zijn verschillende redenen waarom patiënten de spoedgevallendienst zouden kunnen verkiezen boven de huisarts. Dat de patiënt een gezondheidsprobleem had dat niet door een huisarts kon behandeld worden, is de - logische - reden die in Vlaanderen het vaakst opgegeven wordt (40.6%). Bijna 1 op 5 patiënten met een laag inkomen geeft echter ook aan dat de spoedgevallendienst beter te bereiken is (18.2% versus 8%) (zie tabel 6.1.12 en 6.1.14).

Bevinding 5: Vlaamse huisartsenpraktijken zijn voor personen met een beperking toegankelijker dan het Europees gemiddelde. Praktijken in Nederland zijn echter het meest toegankelijk.

In Vlaanderen zijn er, in vergelijking met Nederland, Duitsland en Europa, minder praktijken met een parkeerplaats voor personen met een beperking. In het merendeel van de huisartsenpraktijken in Nederland (90.3%), Duitsland (51.7%) en Europa (65.8%) is er een lift beschikbaar voor patiënten, terwijl dit slechts bij 15.8% van de praktijken in Vlaanderen zo is. Echter, 91% van de praktijken in Vlaanderen bevinden zich op de begane grond, waardoor een lift in deze gevallen niet noodzakelijk is. In Europa en Duitsland is een kleiner percentage (respectievelijk 65.8% en 51.7%) van de praktijken op de begane grond (zie tabel 6.1.16, 6.1.17 en 6.1.18).

Minder dan de helft van de praktijken in Nederland (44.2%), Europa (42.7%) en Vlaanderen (44.3%), is gemakkelijk te bereiken met een rolstoel of kinderwagen. In Duitsland is er toch een belangrijke fractie van de huisartspraktijken (15.3%) die 'onmogelijk' te bereiken zijn (zie tabel 6.1.19).

Tenslotte is er in Duitsland (23.3%) en Vlaanderen (11.3%), in minder dan de helft van de praktijken, een toilet voor mensen met een handicap. In Vlaanderen is dit slechts in 11.3% van de gevallen zo, ten opzichte van 54.4% in Nederland en 51.6% in Europa (zie 6.1.20).

2 Financiële toegankelijkheid

2.1 Onderzoeksvragen en bronnen

Wat was de voornaamste reden om een huisarts niet te bezoeken? <ul style="list-style-type: none"> ○ Ik was niet verzekerd. ○ Andere financiële reden. 	QUALICOPC (vragenlijst patiënten)
Waarom ging u naar de spoedgevallendienst in het ziekenhuis in plaats van naar een huisarts? <ul style="list-style-type: none"> ○ Om financiële redenen. 	QUALICOPC (vragenlijst patiënten)
Verleent u gezondheidszorg aan mensen als u daarvoor niet gehonoreerd wordt (e.g. patiënten zonder verzekering, illegalen, etc.)?	QUALICOPC (vragenlijst huisartsen)

2.2 Onderzoekresultaten

Bevinding 6: Vlaanderen scoort beter dan het Europees gemiddelde op het vlak van uitstelgedrag omwille van financiële redenen.

We stellen vast dat 6.1% van de Vlaamse patiënten rapporteert een bezoek aan de huisarts uitgesteld te hebben omwille van financiële redenen. Vlaanderen scoort op dit vlak beter dan het Europees gemiddelde (11.4%). Patiënten met een lager inkomen dan het gemiddelde geven vaker (13.1%) dan deze met een (boven)gemiddeld inkomen (respectievelijk 0.0% en 5.1%) aan een huisartsbezoek uit te stellen omwille van een financiële reden. Er zijn echter wel geen bevraagde patiënten in Vlaanderen die aangeven zorg uit te stellen omdat ze geen verzekering hebben (zie tabel 6.2.21 en 6.2.22).

Slechts 1.8% van de Vlaamse patiënten rapporteert zich met hun gezondheidsprobleem tot de spoedgevallendienst te wenden omwille van financiële redenen (zie tabel 6.2.23).

Tot slot stellen we vast dat de 42.3% van de huisartsen in Vlaanderen aangeeft '(bijna) altijd' hulp te verlenen aan patiënten, ook wanneer ze daarvoor niet gehonoreerd worden (bijvoorbeeld aan patiënten zonder verzekering of illegalen). Dit percentage is opmerkelijk beter dan dit in Duitsland: 24.8% van de Duitse artsen vermeldt geen zorg te verlenen wanneer ze daar niet voor vergoed worden (zie tabel 6.2.25 en 6.2.26).

3 Toegankelijkheid voor nieuwe patiënten

3.1 Onderzoeksvragen en bronnen

<p>Welke beperkingen stelt u bij het aannemen van nieuwe patiënten?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Geen beperkingen (iedereen wordt geaccepteerd). ○ Boven een bepaald maximum aantal neem ik geen nieuwe patiënten aan. ○ Patiënten boven een bepaalde leeftijd neem ik niet aan. ○ Van buiten mijn werkgebied neem ik geen nieuwe patiënten aan. ○ Ik hanteer een wachtperiode voor nieuwe patiënten. ○ Aanname hangt af van de medische achtergrond van patiënten. ○ Aanname hangt af van hoe patiënten zijn verzekerd. 	<p>QUALICOPC (vragenlijst huisartsen)</p>
---	---

3.2 Onderzoekresultaten

Bevinding 7: 18.4% van de Vlaamse huisartsen werkzaam in een grootstedelijke context geeft aan geen nieuwe patiënten meer te aanvaarden indien zijn/haar werkvolume te groot is.

In Vlaanderen rapporteert 53.8% van de huisartsen dat ze beperkingen hanteren bij het accepteren van nieuwe patiënten: 35.7% van de mannelijke artsen en 60.7% van de vrouwelijke artsen. 42.2% van de huisartsen in Vlaanderen vermeldt geen nieuwe patiënten aan te nemen van buiten het werkgebied. Hierbij zijn vrouwelijke artsen meer dan mannelijke artsen geneigd een maximum aantal op te leggen. In vergelijking met Nederland hanteren Vlaamse huisartsen minder beperkingen: 78.1% rapporteert niet elke patiënt te accepteren (zie tabel 6.3.27 en 6.3.28).

In het hanteren van een maximum aantal patiënten stellen we verder een verschil naargelang de locatie van de praktijk vast. In vergelijking met artsen wier praktijk zich in een stedelijke of niet stedelijke context bevindt, hanteren artsen met een praktijk in een grootstedelijke omgeving vaker een maximum aantal patiënten (18.4%) (zie tabel 6.3.27).

De meest voorkomende beperking die in Vlaanderen wordt gebruikt is het beperken van patiënten die buiten het werkgebied van de praktijk vallen; 42.2% van de huisartsen neemt geen nieuwe patiënten aan buiten zijn/haar werkgebied. Mannelijke en vrouwelijke artsen verschillen ook op dit vlak : vrouwen zijn meer geneigd deze beperking te hanteren (54.8% in vergelijking met 33.0% bij de mannelijke artsen) (zie tabel 6.3.27).

Een andere beperking die kan gehanteerd worden is een wachtperiode voor nieuwe patiënten. Geen enkele van de bevroegde mannelijke artsen rapporteert echter een wachtperiode te gebruiken, slechts 4.8% van de vrouwelijke artsen geeft aan dit te doen. Slechts één huisarts (0.5%) vermeldt geen nieuwe patiënten aan te nemen boven een bepaalde leeftijd en geen enkele huisarts houdt rekening met de verzekeringstoestand bij de beslissing de patiënt (zie tabel 6.3.27).

4 Beschikbaarheid van zorg (openingsuren, wachttijden, wachtdienst, huisbezoeken)

4.1 Onderzoeksvragen en bronnen

Tot welke van de volgende medische en paramedische disciplines heeft de patiënt directe toegang (zonder verwijzing of interventie van een andere gezondheidszorgverlener)?	PHAMEU
In welke mate worden in huisartsenpraktijken en eerstelijnsgezondheids-centra afspraaksystemen gebruikt voor het merendeel van de patiënten?	PHAMEU
Welk percentage van uw consulten vindt plaats op afspraak?	QUALICOPC (vragenlijst huisartsen)
Hoelang moet een niet - acute patiënt gewoonlijk wachten op een consult nadat de afspraak is gemaakt?	GP Task Profiles
Heeft u een afspraak gemaakt voor dit bezoek aan uw huisarts?	QUALICOPC (vragenlijst patiënten)
Was het gemakkelijk om een afspraak te maken?	QUALICOPC (vragenlijst patiënten)
Hoeveel dagen hebt u op dit bezoek moeten wachten?	QUALICOPC (vragenlijst patiënten)
Hoelang moest u vandaag wachten vanaf uw aankomst in de praktijk tot u aan de beurt was?	QUALICOPC (vragenlijst patiënten)
Denk aan de praktijk die u vandaag heeft bezocht. Bent u het eens met de volgende uitspraak? <ul style="list-style-type: none"> ○ Als ik wil dat er een arts langskomt, kan dat. ○ Ik weet hoe ik 's avonds, 's nachts en in het weekend hulp van een arts kan krijgen. ○ De openingstijden zijn beperkt. ○ Toen ik de praktijk belde, moest ik te lang wachten voor ik iemand te spreken kreeg. 	QUALICOPC (vragenlijst patiënten)
Vindt u het te moeilijk om 's avonds, 's nachts of in het weekend een bezoek bij of van uw huisarts te kunnen krijgen?	QUALICOPC (vragenlijst patiënten)
Waarom ging u naar de spoedgevallendienst in het ziekenhuis in plaats van naar een huisarts? <ul style="list-style-type: none"> ○ Ik had iets wat huisartsen niet behandelen. ○ Er was geen huisarts beschikbaar. ○ Ik verwachtte dat ik op de spoedgevallendienst minder lang hoefde te wachten. 	QUALICOPC (vragenlijst patiënten)
In welke mate bestaan telefonische consultaties in huisartsenpraktijken en eerstelijnsgezondheidscentra?	PHAMEU
In welke mate bestaan consultaties via mail in huisartsenpraktijken en eerstelijnsgezondheidscentra?	PHAMEU
In welke mate hebben huisartsenpraktijken of eerstelijnsgezondheidscentra een website?	PHAMEU

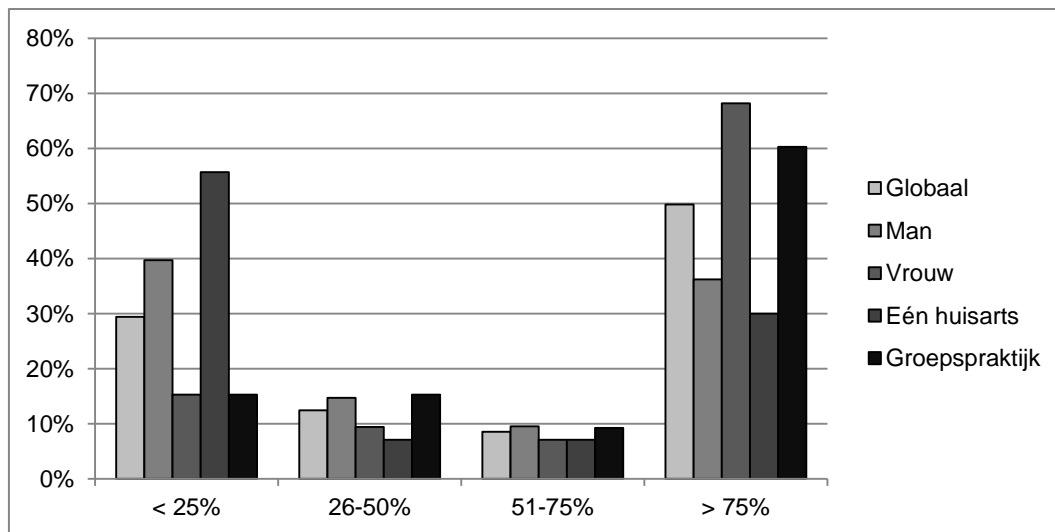
4.2 Onderzoekresultaten

Bevinding 8: Vlaamse patiënten vinden het gemakkelijk om een afspraak bij hun huisarts te maken. Doorgaans kunnen zij nog dezelfde dag op consultatie.

Vlaamse patiënten gaan minder vaak dan de Nederlandse patiënten op afspraak bij hun huisarts (62.8% versus 94,2%). Echter, 98.5% van de Vlaamse patiënten rapporteert dat ze het makkelijk vinden om een afspraak te maken bij een huisartsenpraktijk mochten ze dat willen (zie tabel 6.4.35 en 6.4.36).

Bevinding 9: Veel Vlaamse huisartsen werken vaak op basis van een afsprakensysteem. Vrouwelijke en jongere huisartsen, en artsen die werkzaam zijn in een groepspraktijk passen vaker een afsprakensysteem toe. Toch kan een niet-acute patiënt in Vlaanderen meestal nog dezelfde dag op consultatie wanneer hij/zij een afspraak maakt.

Aan de artsen die deelnamen aan het QUALICOPC onderzoek werd gevraagd welk percentage van hun consulten plaatsvindt op afspraak. Dit werd niet bevroegd in de GP Task Profiles vragenlijst, dus het is niet mogelijk een vergelijking tussen 1993 en 2013 te maken. De helft van de huisartsen (49.8%) vermeldt dat meer dan 75% van hun consultaties op afspraak plaatsvindt. In vergelijking met Nederland is dit relatief weinig: 94.1% van de bevroegde Nederlandse artsen rapporteren dat meer dan 75% van hun consultaties op afspraak gebeuren (zie tabel 6.4.31 en 6.4.32).

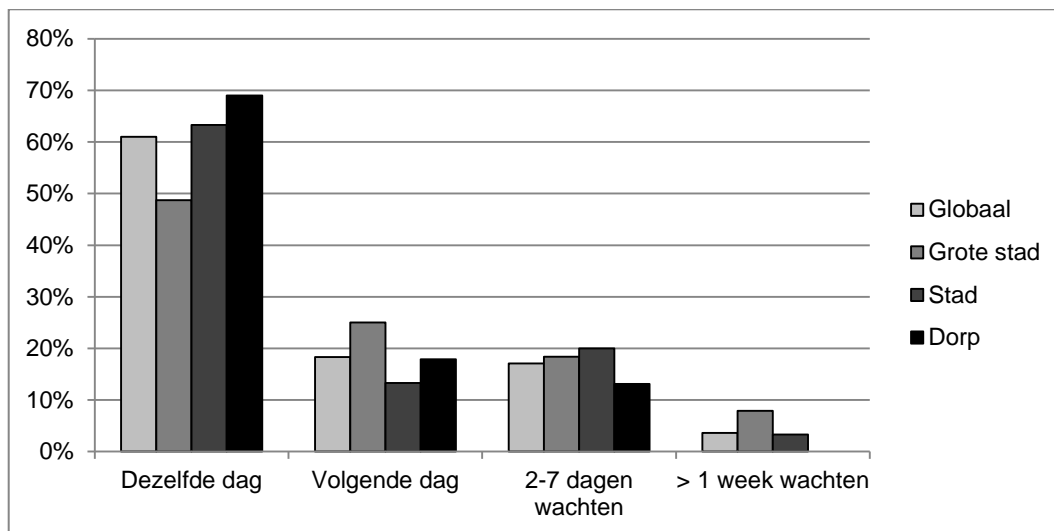


Figuur 4 In welke mate vinden de consultaties van de huisarts plaats via afspraken, volgens geslacht en soort praktijk | Bron: QUALICOPC (2013), partim artsenbevroeging, Vlaanderen

In Vlaanderen werken vrouwelijke artsen, jongere artsen en artsen werkzaam in een groepspraktijk vaker op afspraak dan de mannelijke artsen, de oudere artsen en de artsen in solopraktijken.

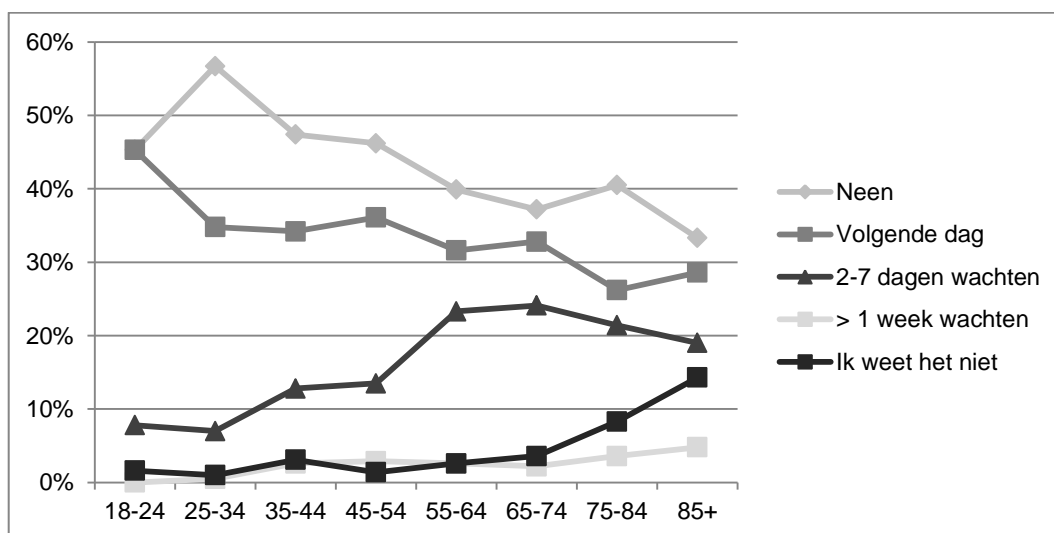
In de GP Task Profiles studie van 1993 werd nagegaan hoe lang een niet - acute patiënt gewoonlijk moet wachten op het consult na het maken van de afspraak. Meer dan de helft van de bevroegde huisartsen in Vlaanderen (61.0%) rapporteerde dat patiënten normaal nog dezelfde dag op consultatie kunnen komen. Wanneer de artspraktijk zich in een niet stedelijke context situeert, moeten patiënten minder lang wachten op hun consultatie in vergelijking met wanneer de praktijk zich in een grootstedelijke context bevindt. In een niet stedelijke context kan 69% van de niet - acute patiënten

gewoonlijk nog dezelfde dag een consultatie krijgen, ten opzichte van 48.7% in een grootstedelijke context. Geen enkel arts die werkt in een niet stedelijke omgeving vermeldt dat een patiënt langer dan een week moet wachten, terwijl toch 7.9% van de artsen werkzaam in een stedelijke context aangeeft dat een niet - acute patiënt doorgaans langer dan een week moet wachten op zijn consultatie (zie tabel 6.4.33).



Figuur 5 Gemiddelde tijd tussen het maken van de afspraak door de patiënt en de eigenlijke consultatie bij de huisarts, volgens locatie van de praktijk | Bron: GP Task Profiles (1993), partim artsenbevraging, Vlaanderen

Vlaamse patiënten kunnen doorgaans nog dezelfde dag op consultatie. Met dit resultaat scoort Vlaanderen beter dan Nederland (gewoonlijk een consultatie de volgende dag) en Duitsland (gewoonlijk 2-7 dagen wachten). Al stellen we vast dat oudere patiënten, frequenter rapporteren 2-7 dagen te moeten wachten (zie tabel 6.4.39).



Figuur 6 Tijd tussen het maken van de afspraak door de patiënt en de eigenlijke consultatie bij de huisarts, volgens leeftijd | Bron: QUALICOPC (2013), partim patiëntenbevraging, Vlaanderen

Verder rapporteert het merendeel van de Vlaamse patiënten (80.2%) dat ze minder dan 30 minuten heeft moeten wachten vanaf de aankomst in de praktijk tot hij/zij aan de beurt was (zie tabel 6.4.40).

83,1% van de Vlaamse patiënten vindt het gemakkelijk om een huisarts op huisbezoek te laten komen wanneer hij/zij dat nodig acht. Oudere patiënten ervaren dit meer frequent als gemakkelijk dan jongere patiënten (96.0% in de leeftijdsgroep 75 - 84 jaar tegenover 71.7% in de groep 18 - 24 jaar), alsook patiënten met een diploma lager secundair onderwijs (88.5%) versus patiënten met een diploma hoger secundair onderwijs (77.2%) (zie tabel 6.4.42).

Vlaanderen is de absolute koploper (82.3%) in de mate waarin patiënten het mogelijk achten om een huisbezoek te krijgen. Tijdens de wachtdienst vinden patiënten dit nog steeds gemakkelijk, maar Nederland scoort op dit vlak beter. 90.7% van de Nederlandse patiënten vindt het gemakkelijk om na de kantooruren doktershulp te krijgen (zie tabel 6.4.45).

De openingsuren van de artspraktijk zijn volgens het merendeel van de patiënten niet beperkt (82.5%) (zie tabel 6.4.46).

De bereikbaarheid van de huisarts kan ook vorm gegeven worden door telefonische consultaties, communicatie tussen huisarts en patiënt per e-mail en door het al dan niet hebben van een praktijkwebsite. Zowel in België, Nederland, Duitsland en Europa worden telefonische consultaties doorgaans gedaan (zie tabel 6.4.54, 6.4.55 en 6.4.56).

Hoofdstuk 7

Kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg

Algemene bevinding: In de gescreende bronnen is niet over alle aspecten van kwaliteit voldoende informatie beschikbaar.

1 Continuïteit van zorg - verwijzingen naar en communicatie met specialisten

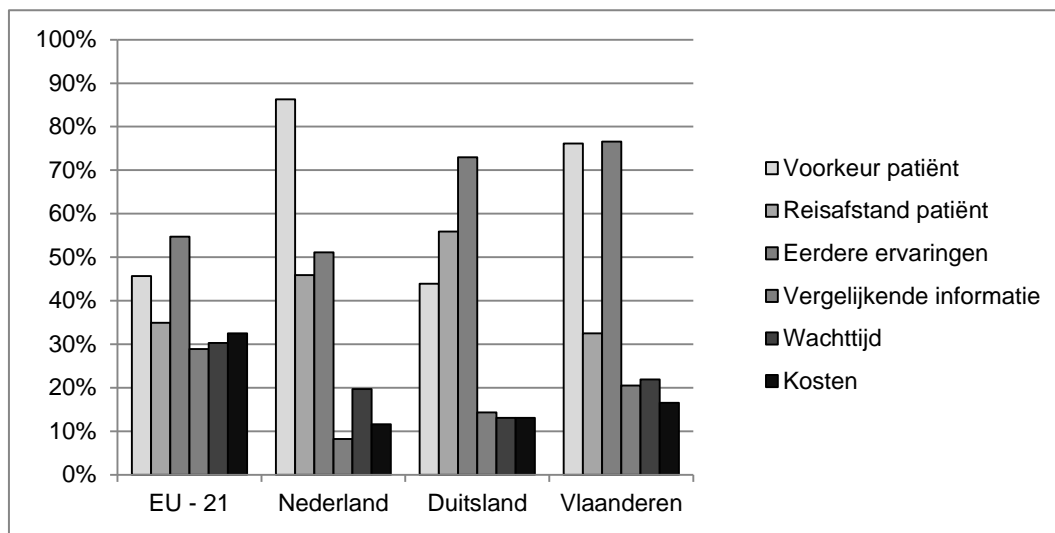
1.1 Onderzoeksvragen en bronnen

In geval van verwijzing, in hoeverre houdt u rekening met het volgende? <ul style="list-style-type: none">○ Voorkeur van de patiënt voor een ziekenhuis of geneesheer - specialist○ Reisafstand voor de patiënt○ Uw eerdere ervaringen met de geneesheer - specialist○ Vergelijkende prestatie-informatie over geneesheer - specialisten○ Wachtijd voor de patiënt○ Kosten voor de patiënt	QUALICOPC (vragenlijst huisartsen)
In welke mate maken huisartsen gebruik van verwijsbrieven (die relevante informatie betreffende diagnose en behandeling bevatten) wanneer zij een patiënt doorverwijzen naar een geneesheer - specialist?	PHAMEU
In hoeverre maakt u, bij het verwijzen naar een geneesheer - specialist, gebruik van verwijsbrieven?	QUALICOPC (vragenlijst huisartsen)
Denk aan de consultatie van daarnet. Bent u het eens met de volgende uitspraken? (enkel QUALICOPC) <ul style="list-style-type: none">○ Als ik word doorverwezen, informeert mijn huisarts de geneesheer - specialist over mijn ziekte/aandoening.	QUALICOPC (vragenlijst patiënten)
Hoe gebruikelijk is het dat geneesheer - specialisten communiceren met de huisarts na een behandeling?	PHAMEU
In hoeverre wordt u door geneesheer - specialisten geïnformeerd nadat zij klaar zijn met de behandeling of onderzoek van uw patiënt?	QUALICOPC (vragenlijst huisartsen)
Denk aan de consultatie van daarnet. Bent u het eens met de volgende uitspraken? (enkel QUALICOPC) <ul style="list-style-type: none">○ Na de behandeling door een geneesheer - specialist is mijn huisarts op de hoogte van de resultaten.	QUALICOPC (vragenlijst patiënten)
Hoe lang duurt het, na het ontslag van een patiënt, gewoonlijk totdat u een (samenvattend) ontslagrapport krijgt van het ziekenhuis waar uw patiënten het meest opgenomen worden?	QUALICOPC (vragenlijst huisartsen)

1.2 Onderzoeksresultaten

Bevinding 1: Bij een doorverwijzing naar een geneesheer - specialist is de eerdere ervaring die de huisarts heeft met deze specialist en de voorkeur van de patiënt doorslaggevend. Nederlandse huisartsen scoren het best in de mate waarin ze rekening houden met de voorkeur van de patiënt.

Wanneer de arts een patiënt doorverwijst naar een geneesheer - specialist rapporteert het merendeel van de bevroegde artsen in Vlaanderen dat ze ‘(bijna) altijd’ rekening houden met de voorkeur van de patiënt (76.1%) en eigen ervaringen met deze specialist (76.6%). Daarmee scoort Vlaanderen binnen een Europese context gemiddeld op het vlak waarin de huisarts rekening houdt met de voorkeur van de patiënt wanneer deze naar een specialist doorverwezen wordt. Echter, Nederlandse huisartsen zijn koplopers in de mate waarin ze rekening houden met de voorkeur van de patiënt (86.3%). Duitse (73.0%) en Vlaamse (76.6%) huisartsen rapporteren op hun beurt vaker dat ze rekening houden met eerdere ervaringen met de specialist. Aan de reisafstand voor de patiënt besteden Vlaamse artsen dan weer beduidend minder aandacht dan huisartsen in de andere Europese landen (zie tabel 7.1.1 en 7.1.2).



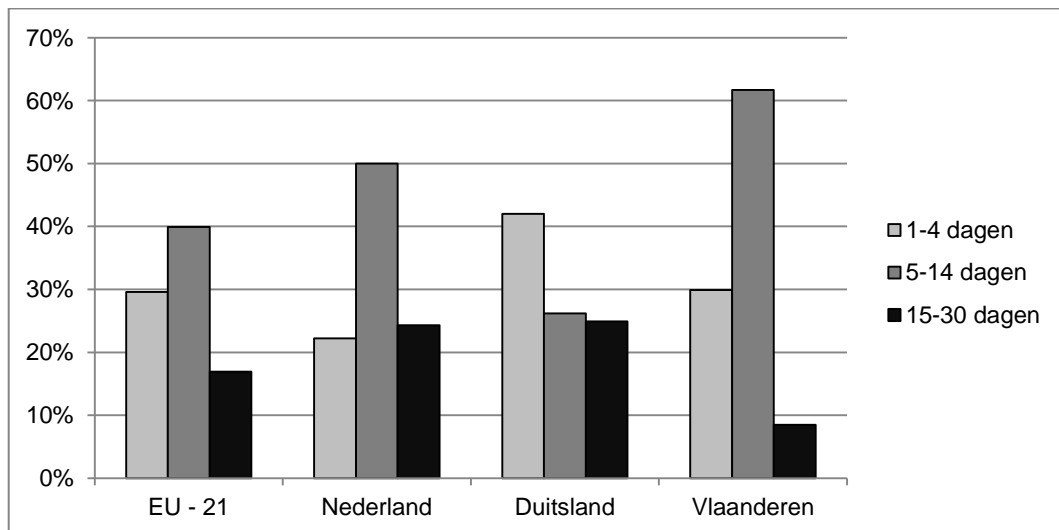
Figuur 1 In hoeverre houdt de huisarts rekening met volgende zaken bij doorverwijzing van een patiënt | Bron: QUALICOPC (2013), partim artsenbevraging, Europese vergelijking

Bevinding 2: Vlaanderen scoort net zoals Nederland minder goed op het vlak van communicatie met specialisten: Vlaamse en Nederlandse huisartsen moeten 5 tot 14 dagen wachten op een ontslagrapport, de meerderheid van de huisartsen in Duitsland ontvangt dit rapport binnen de vier dagen.

Huisartsen in Nederland maken, net zoals deze in België, '(bijna) altijd' gebruik van verwijsbrieven wanneer zij een patiënt doorverwijzen naar een geneesheer - specialist. Volgens PHAMEU doen Duitse artsen dit 'zelden of nooit'. Deze bevinding wordt ook gestaafd in de resultaten van het QUALICOPC onderzoek (zie tabel 7.1.3 en 7.1.4).

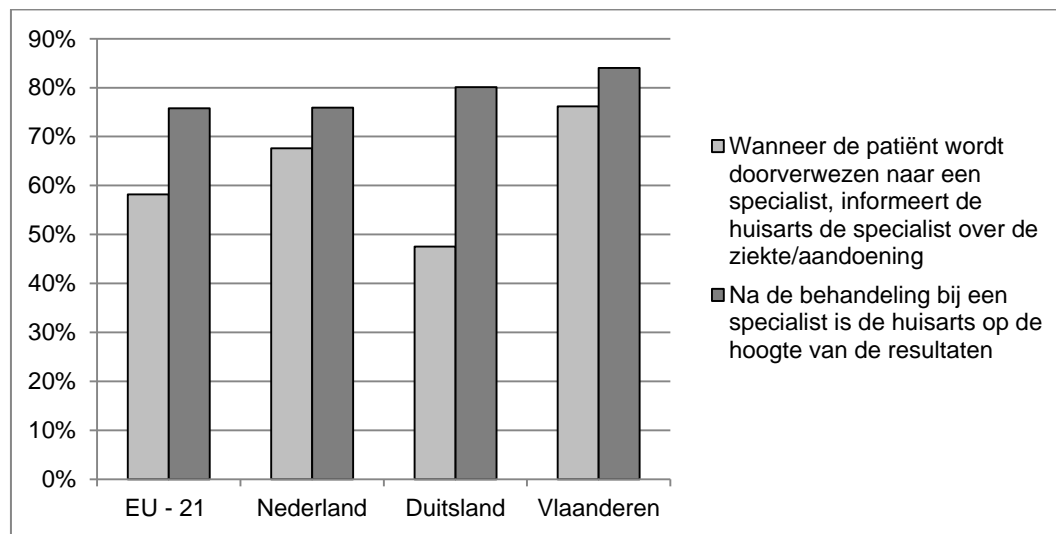
Bovendien is het, volgens PHAMEU, in Nederland, Duitsland en België '(bijna) altijd' gebruikelijk dat de specialist na een behandeling de huisarts op de hoogte brengt. In QUALICOPC wordt dit beeld genuanceerd: slechts 1.5% van de Vlaamse artsen rapporteert '(bijna) altijd' te worden geïnformeerd. Ook in de rest van Europa, Duitsland en Vlaanderen noteren we dat het merendeel van de bevraagde huisartsen 'gewoonlijk' geïnformeerd worden door de specialist, terwijl in Nederland 59.2% van de bevraagde artsen '(bijna) altijd' antwoorden (zie tabel 7.1.8 en 7.1.9).

In Europa (39.9%), Nederland (50.0%) en Vlaanderen (61.7%) geven de meeste huisartsen aan dat ze 5 tot 14 dagen moeten wachten op het ontslagrapport van een ziekenhuisopname. Terwijl de meerderheid van de Duitse collega's (41.9%) aangeeft dit rapport binnen de vier dagen te ontvangen (zie tabel 7.1.14).



Figuur 2 Hoe lang duurt het, na het ontslag van een patiënt uit het ziekenhuis, dat de huisarts een ontslagrapport krijgt | **Bron:** QUALICOPC (2013), partim artsenbevraging, Europese vergelijking

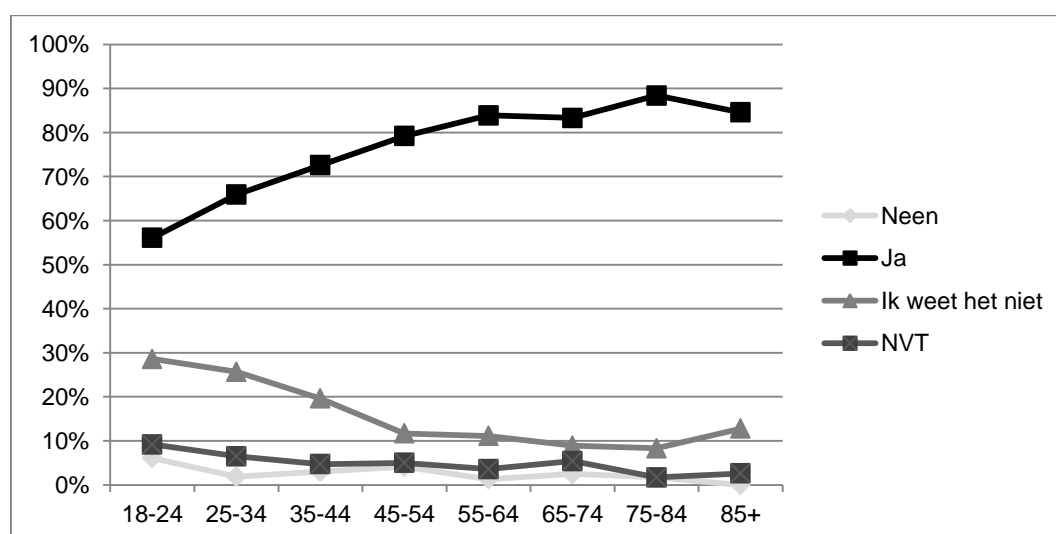
Bevinding 3: In vergelijking met Nederland en Duitsland scoren de huisartsen in Vlaanderen het best op het vlak van hun communicatie met de geneesheer - specialist.



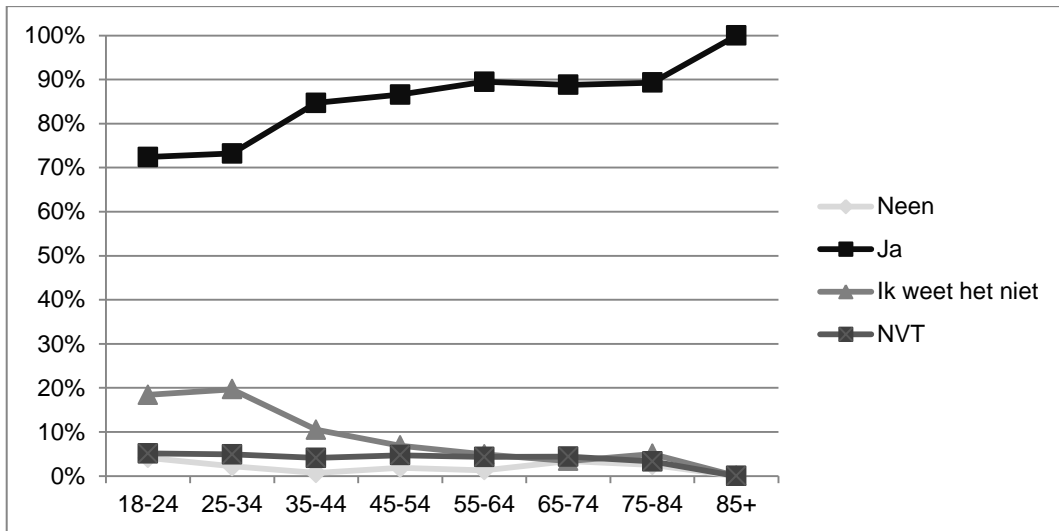
Figuur 3 De patiënt is het eens met gegeven uitspraken | **Bron:** QUALICOPC (2013), partim patiëntenbevraging, Europese vergelijking

In Vlaanderen geeft 76.2% van de bevroegde patiënten aan dat de geneesheer - specialist op de hoogte is gebracht door de huisarts bij doorverwijzing. In Nederland ligt dit percentage iets lager met 68% en Duitsland scoort met 48% lager dan het Europese gemiddelde van 58%. 84.0% van de respondenten in Vlaanderen rapporteert dat na een behandeling bij een specialist de huisarts op de hoogte is van de resultaten. In Duitsland en Nederland is dit respectievelijk 80% en 76% (zie tabel 7.1.11 en 7.1.12).

Oudere Vlaamse patiënten rapporteren vaker dan jongere patiënten, dat de specialist op de hoogte gebracht is door de huisarts en dat na de behandeling de huisarts op de hoogte is van de resultaten. Jongere respondenten kruisen dan weer vaker 'ik weet het niet' en 'NVT' aan (zie tabel 7.1.11).



Figuur 4 Wanneer de patiënt wordt doorverwezen naar een geneesheer - specialist, informeert de huisarts de specialist over de ziekte/aandoening, volgens leeftijd | **Bron:** QUALICOPC (2013), partim patiëntenbevraging, Vlaanderen



Figuur 5 Na de behandeling bij een geneesheer - specialist is de huisarts op de hoogte van de resultaten, volgens leeftijd | **Bron:** QUALICOPC (2013), partim patiëntenbevraging, Vlaanderen

2 Continuïteit van zorg - medisch dossier

2.1 Onderzoeksvragen en bronnen

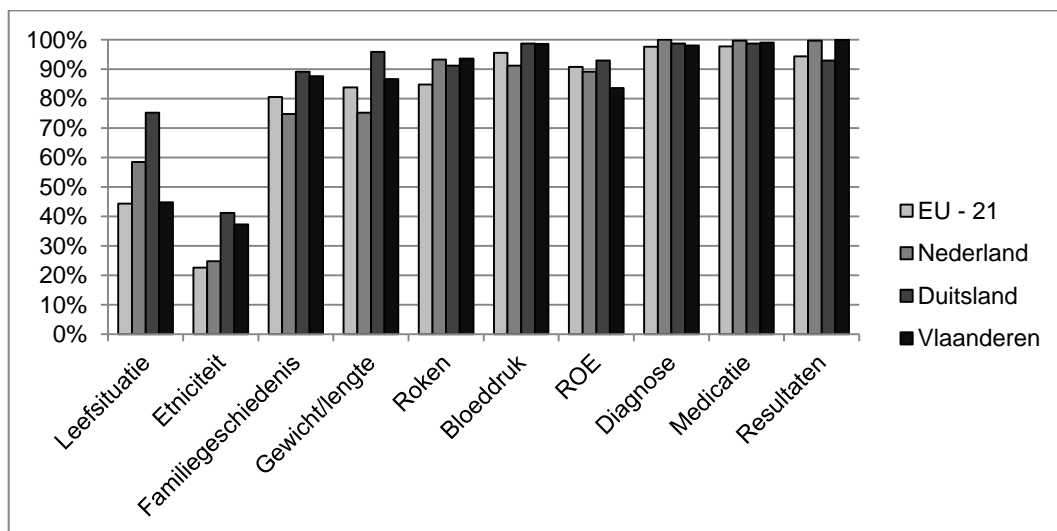
Welk percentage van de huisartsen houdt routinematig van al hun patiënten medisch dossiers bij?	PHAMEU
Hoe houdt u medische gegevens van patiënten bij? <ul style="list-style-type: none"> ○ Ik houd de gegevens bij, behalve bij onbeduidende klachten. ○ Ik houd alleen gegevens bij van patiënten die regelmatig komen. ○ Ik houd de gegevens bij, behalve als het te druk is. ○ Ik houd de gegevens van alle patiëntencontacten bij. 	QUALICOPC (vragenlijst huisartsen)
Bevat uw patiëntenadministratie doorgaans de volgende informatie? <ul style="list-style-type: none"> ○ Leefsituatie ○ Etniciteit ○ Medische familiegeschiedenis ○ Gewicht en lengte ○ Roken ○ Bloeddruk ○ Hulpvraag van de patiënt (reason of encounter) ○ Diagnose ○ Voorgescreven medicatie ○ Resultaten van onderzoeken 	QUALICOPC (vragenlijst huisartsen)
Krijgt u bij nieuwe patiënten hun medisch dossier van de vorige huisarts?	QUALICOPC (vragenlijst huisartsen)
Denk aan de consultatie van daarnet. Bent u het eens met de volgende uitspraken? (enkel QUALICOPC) <ul style="list-style-type: none"> ○ De arts had mijn medisch dossier bij de hand. ○ De arts kent de belangrijke informatie over mijn medische achtergrond. ○ De arts is op de hoogte van mijn thuissituatie. ○ Als ik een andere dan mijn eigen huisarts bezoek, heeft hij/zij de noodzakelijke informatie over mij. 	QUALICOPC (vragenlijst patiënten)
Heeft, gedurende de afgelopen 2 jaar, een huisarts uit deze praktijk u ooit gevraagd welke medicijnen u allemaal gebruikt (ook die door andere artsen zijn voorgeschreven)?	QUALICOPC (vragenlijst patiënten)

2.2 Onderzoekresultaten

Bevinding 4: Globaal gezien noteren we op landniveau weinig verschillen in de mate waarin de huisarts gebruik maakt van een medisch dossier en wat betreft de omvang van de registratie. Vlaamse huisartsen scoren goed in de mate waarin ze gebruik maken van een medisch dossier. Gegevens over de sociale status of etniciteit wordt door een meerderheid van de artsen niet geregistreerd.

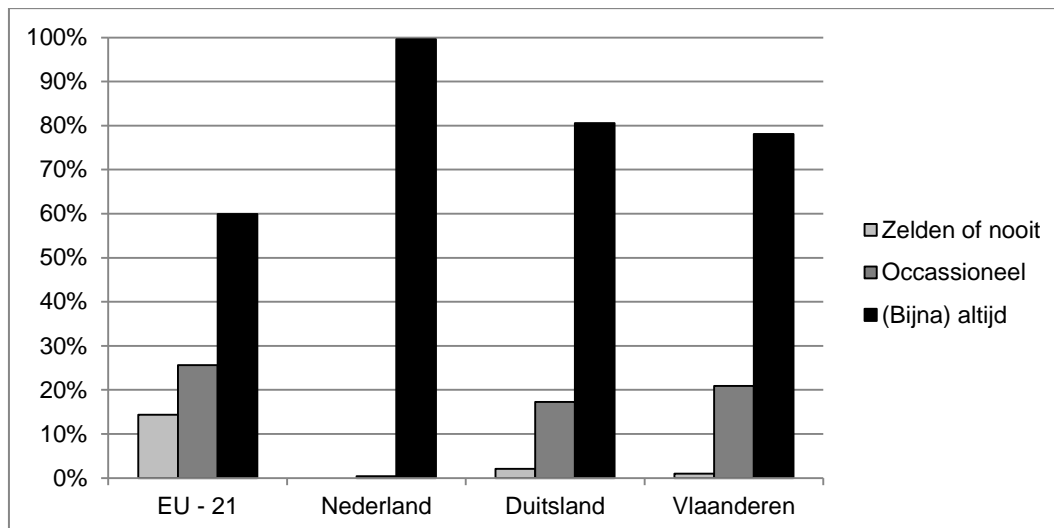
Het medisch dossier is een belangrijke tool om de continuïteit binnen de eerstelijnsgezondheidszorg te waarborgen. Vlaamse artsen verschillen niet van hun Nederlandse of Duitse collega's in de mate waarin ze een patiëntendossier bijhouden, PHAMEU vermeldt dat meer dan 85.0% van alle artsen dit doet. In Vlaanderen wordt veel informatie over de patiënt geregistreerd, de thema's etniciteit en leefsituatie worden door weinig artsen bijgehouden. In Nederland en Duitsland noteren we dezelfde bevindingen (zie tabel 7.2.15).

Bijna alle huisartsen geven aan dat ze informatie omtrent de medische familiegeschiedenis (87.6%), gewicht en lengte (86.6%), roken (93.5%), bloeddruk (98.5%), hulpvraag (83.6%), diagnose (98.0%), voorgeschreven medicatie (99.0%) en onderzoeksresultaten (100.0%) registreren. Informatie over de leefsituatie (44.8%) en etniciteit (37.3%) van de patiënt wordt door een minderheid van de huisartsen opgenomen in het medisch dossier. We vinden gelijkaardige resultaten terug voor zowel Nederland, Duitsland en de rest van Europa (zie tabel 7.2.18 en 7.2.19).



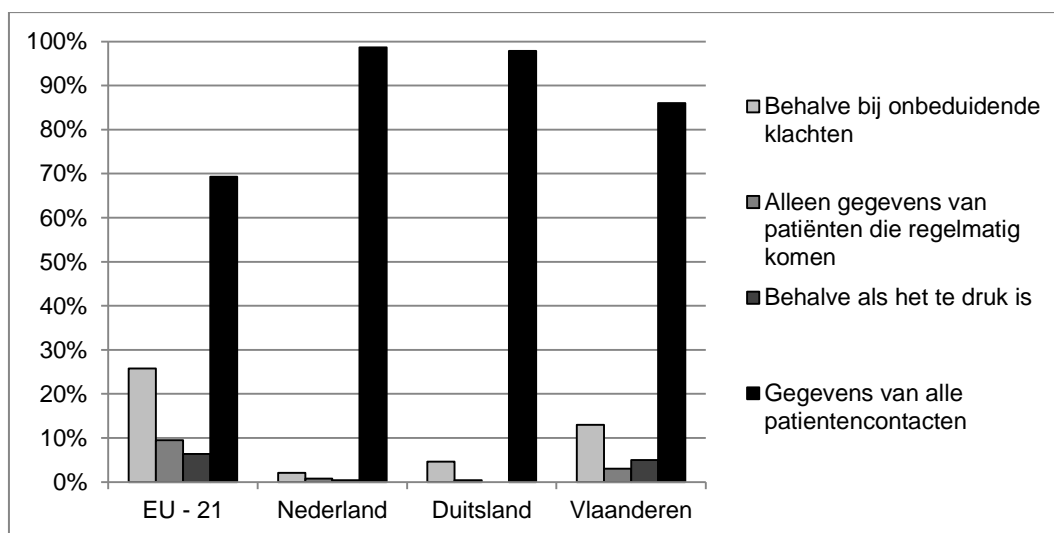
Figuur 6 In welke mate bevat de patiëntenadministratie van de huisarts volgende informatie | Bron: QUALICOPC (2013), partim artsenbevraging, Europese vergelijking

De bevroegde huisartsen in Europa (59.9%), Nederland (99.6%), Duitsland (80.6%) en Vlaanderen (78.1%) geven het frequentst aan bij nieuwe patiënten '(bijna) altijd' het medisch dossier van de vorige huisarts te krijgen. Met 99.6% is Nederland hier wederom de koploper, slechts 1 Nederlandse huisarts antwoordt 'occasioneel' op deze vraag. Verder vermeldt een belangrijke proportie artsen in Europa (25.6%), Duitsland (17.3%) en Vlaanderen (20.9%) dat ze dit dossier slechts 'occasioneel' verkrijgen (zie tabel 7.2.20 en 7.2.21).



Figuur 7 In welke mate krijgt de huisarts bij nieuwe patiënten het medisch dossier van hun vorige huisarts | Bron: QUALICOPC (2013), partim artsenbevraging, Europese vergelijking

De meeste huisartsen in Europa (69.3%), Nederland (98.7%) en Duitsland (97.9%) vermelden, net zoals deze in Vlaanderen (86.0%), het vaakst gegevens van alle patiëntenconsultaties bij te houden. Voor Vlaanderen merken we dat vrouwelijke artsen (94.0%) en artsen die werkzaam zijn in een groepspraktijk (91.6%) dit het vaakst rapporteren. Tevens geeft 13.0% van de bevroegde Vlaamse artsen aan dat ze geen patiëntengegevens bijhouden bij “onbeduidende” klachten. Hier noteren we een aantal significante verschillen binnen de detailanalyses. Mannen, oudere huisartsen en artsen die werken in een solopraktijk of in een niet stedelijke context vermelden significant vaker in dit geval geen gegevens te noteren in het dossier (zie tabel 7.2.16).

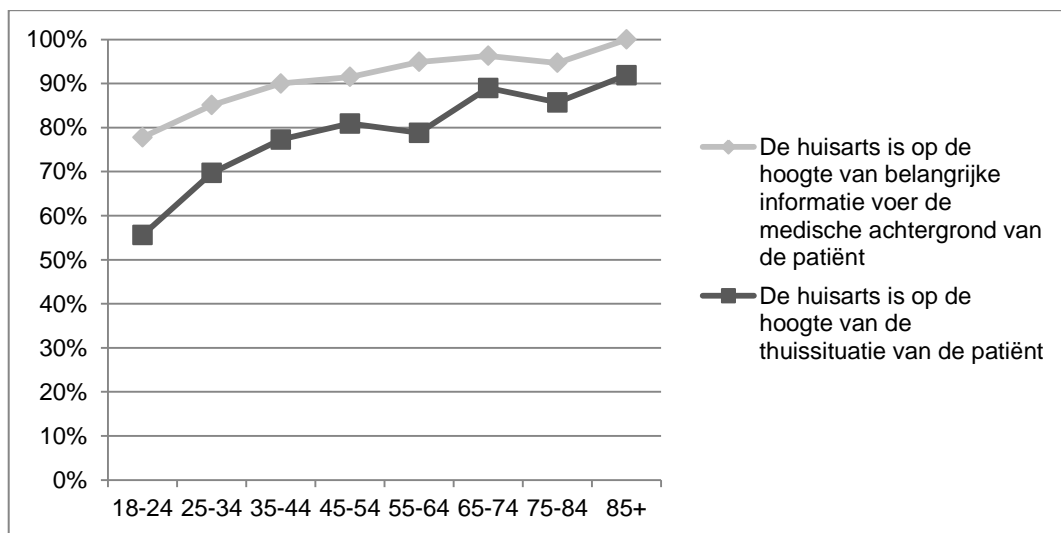


Figuur 8 In welke mate houdt de huisarts gegevens van patiënten bij | Bron: QUALICOPC (2013), partim artsenbevraging, Europese vergelijking

Bevinding 5: We nemen een aantal verschillen waar tussen de mate waarin huisartsen op de hoogte zijn van de sociale achtergrond van hun patiënten. Met betrekking tot de medische achtergrond zien we meer eenduidige resultaten.

De mate waarin de huisarts op de hoogte is van de medische voorgeschiedenis en thuissituatie van de patiënt toont een aantal (relatieve) significante verschillen. Patiënten in Vlaanderen (77.8%) rapporteren het frequentst, in vergelijking met Europa (60.8%); Nederland (70.3%) en Duitsland (71.7%), dat de huisarts op de hoogte is van de thuissituatie. Wat betreft informatie over de medische achtergrond noteren we geen grote verschillen in percentages. Het merendeel van de patiënten vermeldt dat de huisarts hier weet van heeft (zie tabel 7.2.24 en 7.2.25).

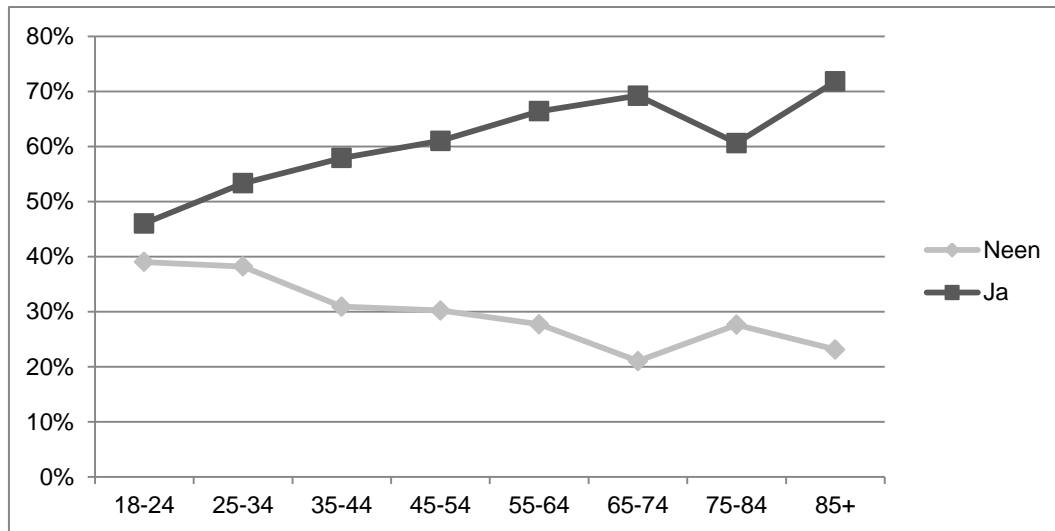
In Vlaanderen zien we bovendien dat oudere patiënten, in vergelijking met de jongere respondenten, frequenter rapporteren dat de huisarts hiervan op de hoogte is.



Figuur 9 Is de huisarts, die de patiënt bezoekt, op de hoogte van volgende zaken, volgens leeftijd | Bron: QUALICOPC (2013), partim patiëntenbevraging, Vlaanderen

Bevinding 6: Het merendeel van de Vlaamse patiënten wordt, net zoals patiënten in Europa en Duitsland, door hun huisarts regelmatig bevroegd over hun medicatiegebruik. Nederlandse patiënten worden hier het minst over bevroegd.

Oudere patiënten in Vlaanderen geven significant vaker dan jongere patiënten aan dat de arts in de voorbije 2 jaar hun medicatielijst nakeek. Toch geeft een belangrijk percentage van de respondenten aan (30.4%) dat de huisarts dit niet gedaan heeft in de afgelopen 2 jaar (zie tabel 7.2.26).



Figuur 10 Heeft in de afgelopen 2 jaar een huisarts nagevraagd welke geneesmiddelen de patiënt gebruikt, volgens leeftijd | Bron: QUALICOPC (2013), partim patiëntenbevraging, Vlaanderen

In Europa, Duitsland en Vlaanderen rapporteert ongeveer hetzelfde percentage patiënten dat de huisarts in de afgelopen 2 jaar nagevraagd heeft welke geneesmiddelen de patiënt neemt (respectievelijk 68.7%, 66.0% en 60.2%). In Nederland vermeldt meer dan de helft van de respondenten dat hun huisarts dit niet gedaan heeft (zie tabel 7.2.27).

3 Continuïteit van zorg - vaste huisarts

3.1 Onderzoeksvragen en bronnen

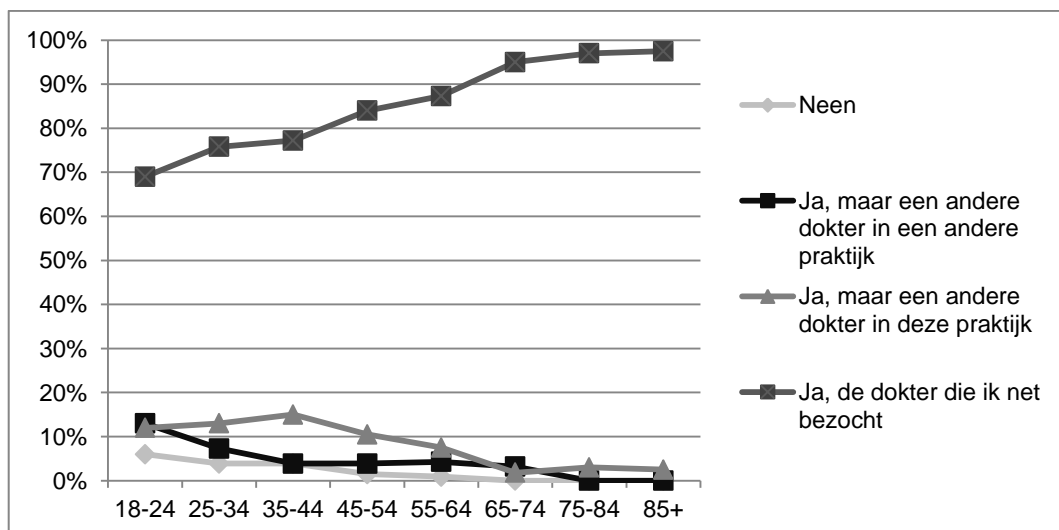
Welk percentage van de patiënten rapporteert de gebruikelijke huisarts te consulteren voor hun gezondheidsproblemen?	PHAMEU
Heeft u een eigen (huis)arts waar u meestal eerst naartoe gaat als u een gezondheidsprobleem hebt?	QUALICOPC (vragenlijst patiënten)

3.2 Onderzoekresultaten

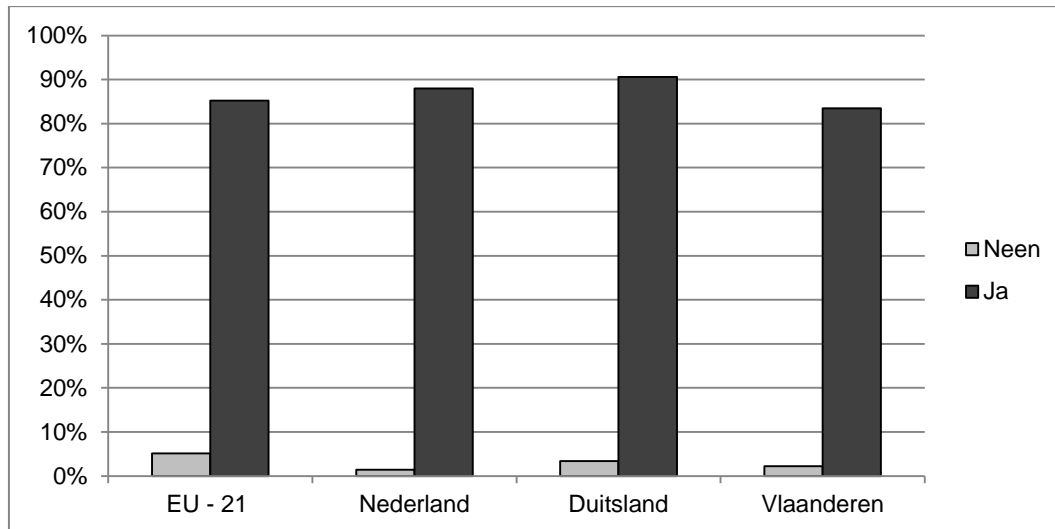
Bevinding 7: Het merendeel van de Vlaamse patiënten heeft een vaste huisarts, oudere patiënten vaker dan jongere patiënten.

Volgens de PHAMEU databank rapporteert 77.8% - 85.0% van de Belgische patiënten hun gebruikelijke huisartsen te consulteren voor gezondheidsproblemen. 83.7% van de respondenten in QUALICOPC geeft aan dat ze een vaste huisarts hebben waar zij in eerste instantie naartoe gaan. Oudere respondenten geven vaker aan een vaste huisarts te hebben in vergelijking met jongere respondenten (zie tabel 7.3.28).

Echter, Duitsland is volgens PHAMEU de koploper in (meer dan 85.0%) in de mate waarin patiënten uit verschillende landen de gebruikelijke huisarts consulteren voor hun gezondheidsprobleem. In QUALICOPC wordt dit genuanceerd en noteren we minder variatie: het merendeel van de bevroegde respondenten rapporteert een vaste huisarts te hebben (85.2% in Europa, 88.0% in Nederland, 90.6% in Duitsland en 83.5% in Vlaanderen) waar ze zich tot wenden met gezondheidsproblemen (zie tabel 7.3.30).



Figuur 11 Heeft de patiënt een vaste huisarts waar hij/zij in eerste instantie naartoe gaat als hij/zij een gezondheidsprobleem heeft, volgens leeftijd | **Bron:** QUALICOPC (2013), partim patiëntenbevraging, Vlaanderen



Figuur 12 Heeft de patiënt een vaste huisarts waar hij/zij in eerste instantie naartoe gaat als hij/zij een gezondheidsprobleem heeft | **Bron:** QUALICOPC (2013), partim patiëntenbevraging, Europese vergelijking

4 Continuïteit van zorg - kwaliteitsbewaking

4.1 Onderzoeksvragen en bronnen

<p>Heeft, in de afgelopen 12 maand, het volgende plaats gehad in uw praktijk of centrum?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Terugkoppeling door verzekeraar of overheid over uw voorschriften of verwijzingen. ○ Terugkoppeling door collega-huisartsen. ○ Tevredenheidonderzoek van uw patiënten 	<p>QUALICOPC (vragenlijst huisartsen)</p>
--	---

4.2 Onderzoeksresultaten

Bevinding 8: *Huisartsen hebben de perceptie weinig terugkoppeling of feedback over hun manier van werken te krijgen.*

Het merendeel van de bevroegde huisartsen in Vlaanderen geeft aan dat ze geen terugkoppeling krijgen van de verzekering of overheid inzake voorschrijfgedrag of verwijzingen (63.5%), geen terugkoppeling door collega-huisartsen (72.4%) en geen tevredenheidonderzoek houden bij hun patiënten (89.4%). Artsen die werkzaam zijn in een groepspraktijk rapporteren het vaakst terugkoppeling te krijgen door de overheid of verzekering over hun voorschriften of verwijzingen en door collega-huisartsen, in vergelijking met artsen die alleen werken (zie tabel 7.4.31).

Op het vlak van kwaliteitsbewaking doet Vlaanderen het minder goed dan zijn Europese collega's. Nederlandse en Duitse artsen geven aan bijvoorbeeld frequenter terugkoppeling van collega-huisartsen te krijgen (respectievelijk 55.2% en 73.5%) in vergelijking met de artsen in Vlaanderen

(27.6%). Dit stellen we ook vast bij het voorkomen van tevredenheidsonderzoeken bij de patiënten (zie tabel 7.4.32).

5 Gebruik van standaarden en disease management

5.1 Onderzoeksvragen en bronnen

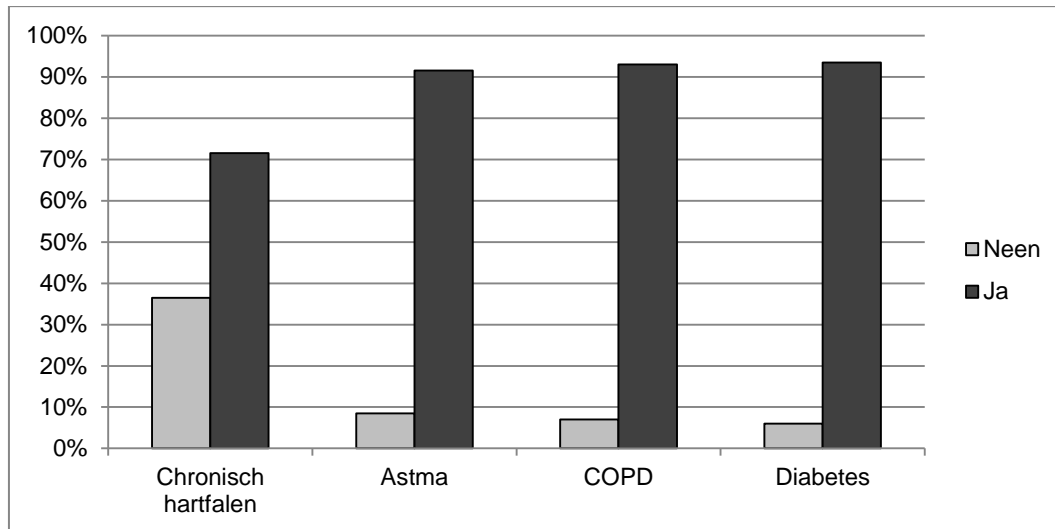
<p>Gebruikt u standaarden bij de behandeling van volgende aandoeningen?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Chronisch hartfalen ○ Astma ○ COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) ○ Diabetes 	QUALICOPC (vragenlijst huisartsen)
<p>Bent u, in de afgelopen 12 maand, betrokken bij een programma voor disease management voor patiënten met de volgende chronische aandoeningen?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Chronisch hartfalen ○ Astma ○ COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) ○ Diabetes 	QUALICOPC (vragenlijst huisartsen)

5.2 Onderzoekresultaten

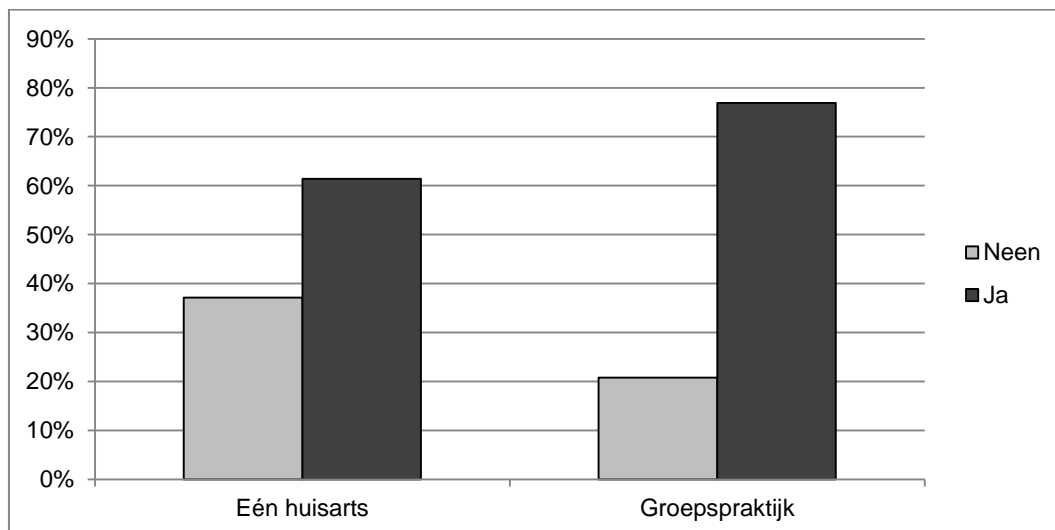
Bevinding 9: *Huisartsen in Vlaanderen maken vaak gebruik van standaardprocedures voor de behandeling van astma, COPD, diabetes en chronisch hartfalen maar participeren weinig in disease management programma's (met uitzondering voor diabetes). Vlaams artsen scoren hiermee minder goed dan hun Nederlandse en Duitse collega's.*

De Vlaamse huisartsen die participeerden aan de QUALICOPC studie, rapporteren dat ze gebruik maken van standaardprocedures bij astma (91.5%), COPD (93.0%) en diabetes (93.5%). Bij patiënten met chronisch hartfalen hanteert 71.5% van de Vlaamse huisartsen de standaarden.

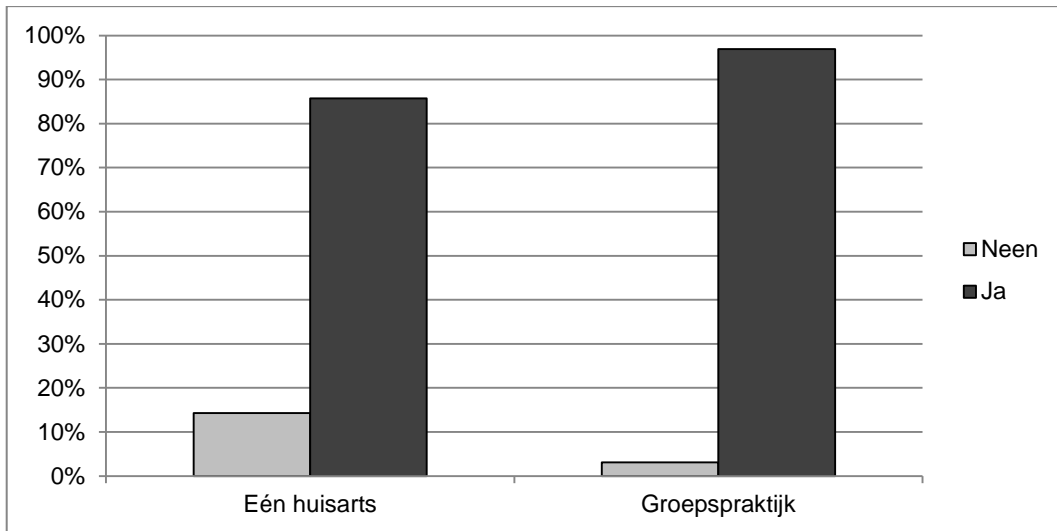
Artsen die werkzaam zijn in een groepspraktijk rapporteren significant vaker, in vergelijking met artsen die alleen werken, gebruik te maken van een standaardprocedure bij patiënten met chronisch hartfalen en COPD (zie tabel 7.5.33).



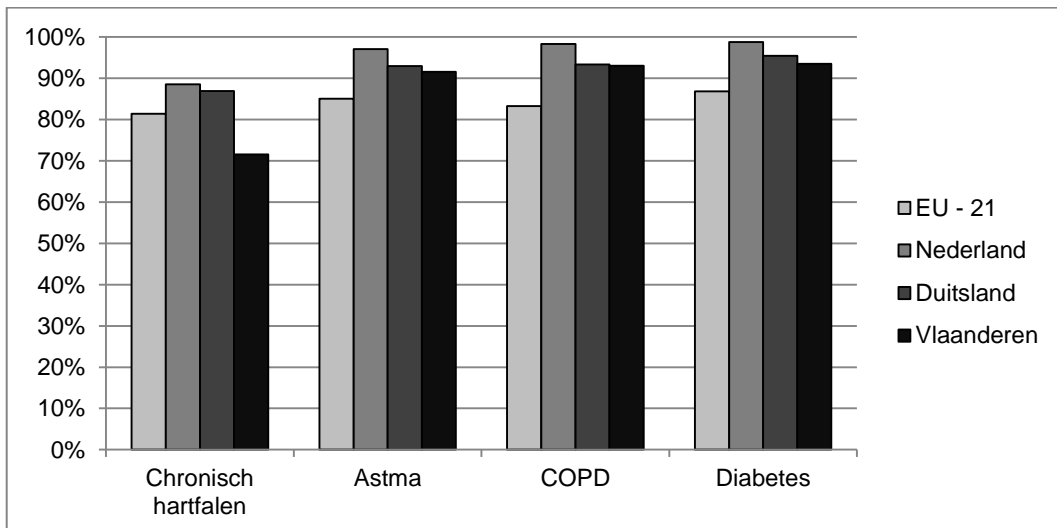
Figuur 13 Gebruikt de huisarts standaarden bij de behandeling van COPD | **Bron:** QUALICOPC (2013), partim artsenbevraging, Vlaanderen



Figuur 14 Gebruikt de huisarts standaarden bij de behandeling van chronisch hartfalen, volgens soort praktijk | **Bron:** QUALICOPC (2013), partim artsenbevraging, Vlaanderen

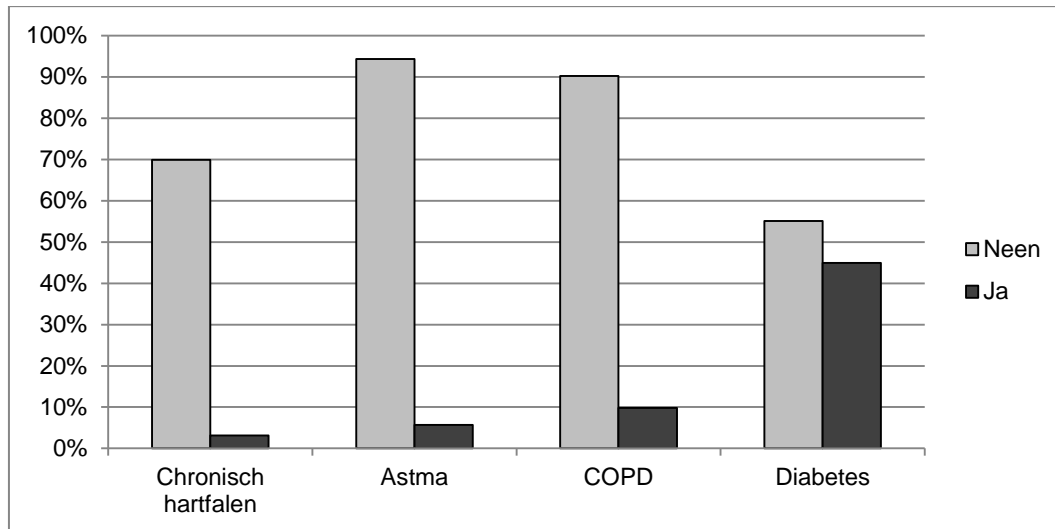


Figuur 15 Gebruikt de huisarts standaarden bij de behandeling van COPD, volgens soort praktijk | Bron: QUALICOPC (2013), partim artsenbevraging, Vlaanderen

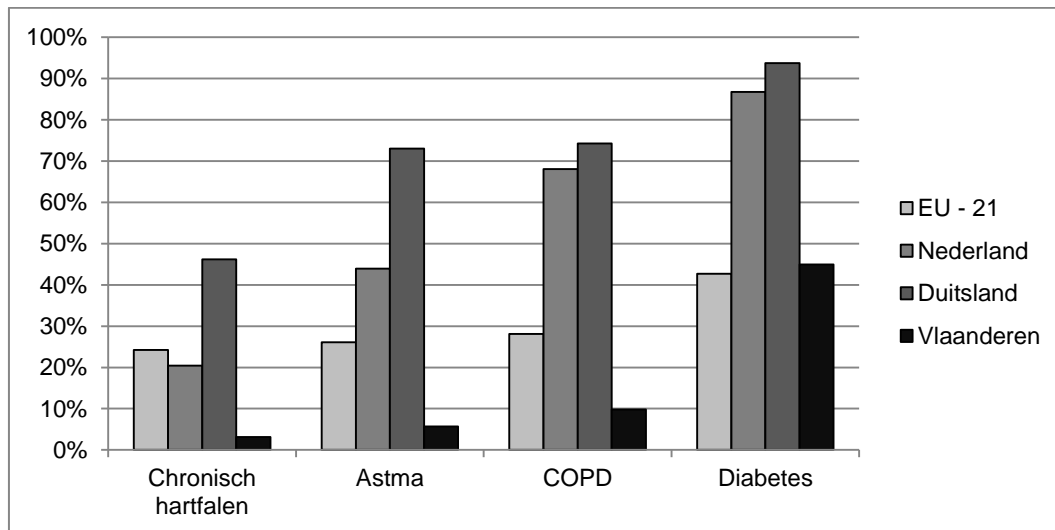


Figuur 16 Gebruikt de huisarts standaarden bij de behandeling van de volgende aandoeningen | Bron: QUALICOPC (2013), partim artsenbevraging, Europese vergelijking

Het merendeel van de bevroegde Vlaamse huisartsen vermeldt niet betrokken te zijn in disease management programma's voor patiënten met chronisch hartfalen, astma en COPD. Wel rapporteert 44.9% van de Vlaamse huisartsen dat ze wel betrokken zijn bij een programma voor diabetes. In Duitsland en Nederland geven betrekkelijk veel artsen aan dat ze betrokken zijn bij disease management van astma (respectievelijk 73.0% en 43.9%), COPD (respectievelijke 74.2% en 68.0%) en diabetes (respectievelijk 93.7% en 86.7%) (zie tabel 7.5.35 en 7.5.36).



Figuur 17 Is de huisarts, in de afgelopen 12 maand, betrokken bij een programma voor disease management voor patiënten met volgende chronische aandoening | **Bron:** QUALIOPC (2013), partim artsenbevraging, Vlaanderen



Figuur 18 Is de huisarts, in de afgelopen 12 maand, betrokken bij een programma voor disease management voor patiënten met volgende chronische aandoening | **Bron:** QUALIOPC (2013), partim artsenbevraging, Europese vergelijking

6 Tevredenheid en satisfactie

6.1 Onderzoeksvragen en bronnen

<p>Denk aan de consultatie van daarnet. Bent u het eens met de volgende uitspraken?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ De arts was beleefd. ○ De arts stelde me vragen over mijn gezondheidsprobleem. ○ De arts vroeg naar eventuele andere problemen, naast de reden voor de consultatie. ○ De arts helpt niet alleen met medische problemen, maar kan ook helpen met persoonlijke problemen en zorgen. ○ Personen bij de receptie waren beleefd en behulpzaam. ○ De arts trok voldoende tijd uit. ○ De arts keek me nauwelijks aan tijdens het gesprek. ○ De arts luisterde aandachtig. 	<p>QUALICOPC (vragenlijst patiënten)</p>
<p>Waarom ging u naar de spoedgevallendienst in het ziekenhuis in plaats van naar een huisarts?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ De spoedgevallendienst levert betere zorg. 	<p>QUALICOPC (vragenlijst patiënten)</p>

6.2 Onderzoeksresultaten

Bevinding 10: *Vlaamse patiënten zijn zeer tevreden over hun huisarts.*

Bijna alle bevroagde patiënten in Vlaanderen rapporteren dat de arts die ze geconsulteerd hebben beleefd was (99.8%), vragen stelde over het gezondheidsprobleem (95.5%), voldoende tijd nam (98.3%), de patiënt voldoende aankeek tijdens het gesprek (87.5%) en aandachtig luisterde (99.3%). Opvallend echter is dat ongeveer één derde (33.5%) van de patiënten vermeldt dat de arts niet vroeg naar de reden voor de consultatie (zie tabel 7.6.37).

Wat het personeel bij de receptie betreft, geeft 77.5% van de patiënten aan dat ze beleefd en behulpzaam zijn, 20.3% van de respondenten antwoordt 'ik weet het niet' (zie tabel 7.6.37).

7 Incidenten

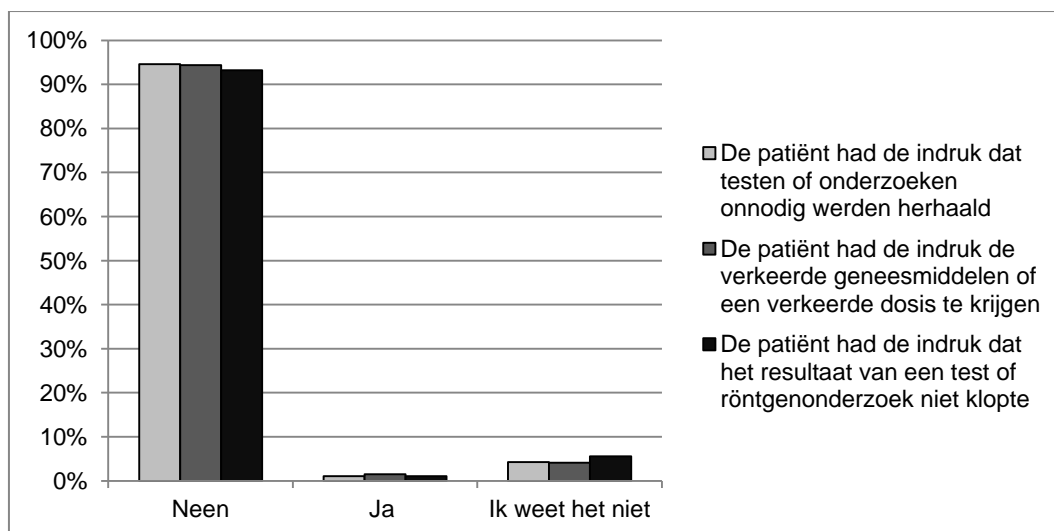
7.1 Onderzoeksvragen en bronnen

Heeft u, gedurende de afgelopen 12 maand, het volgende meegemaakt in deze praktijk? <ul style="list-style-type: none"> ○ Ik had de indruk dat testen of onderzoeken onnodig werden herhaald. ○ Ik had de indruk de verkeerde medicijnen of een verkeerde dosis te krijgen. ○ Ik had de indruk dat de uitslag van een test of röntgenonderzoek niet klopte. 	QUALICOPC (vragenlijst patiënten)
Als u niet tevreden bent over de behandeling die u ontving, denkt u dat deze arts bereid zou zijn daarvoor met u te praten?	QUALICOPC (vragenlijst patiënten)
Kunnen patiënten in de wachtkamer horen wat er gezegd wordt aan de receptie/balie van de assistente?	QUALICOPC (vragenlijst enquêteurs)
Kunnen mensen in de wachtkamer horen of zien wat er in de spreekkamer van de huisarts gebeurt?	QUALICOPC (vragenlijst enquêteurs)

7.2 Onderzoekresultaten

Bevinding 11: Vlaamse patiënten hebben niet het gevoel dat er veel fouten of onnodige onderzoeken gedaan worden in de huisartsenpraktijk.

Incidenten binnen de eerstelijnsgezondheidszorg kunnen de doelstelling om een kwaliteitsvolle eerstelijns na te streven bedreigen. Echter, bijna alle bevroegde patiënten in Vlaanderen antwoorden ‘neen’ op de vragen of ze de indruk hadden dat onderzoeken onnodig werden herhaald, verkeerde geneesmiddelen of een verkeerde dosis kregen en of ze het resultaat van een röntgenonderzoek of test in twijfel trekken. Deze resultaten zijn gelijklopend met deze in Nederland, Duitsland en het Europees gemiddelde (zie tabel 7.7.41 en 7.7.42).

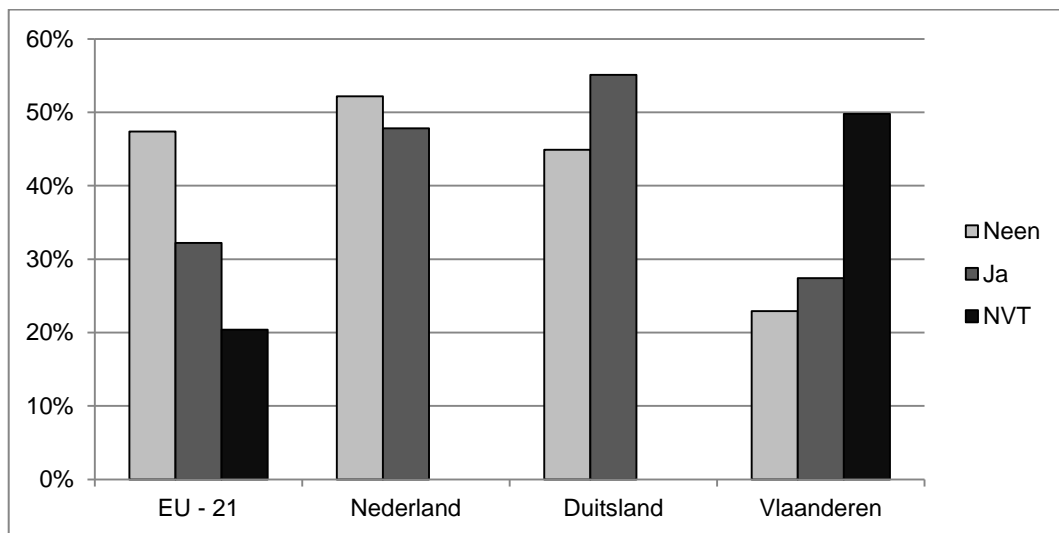


Figuur 19 Percentage patiënten die in het afgelopen jaar het volgende hebben meegemaakt in de artsenpraktijk | **Bron:** QUALICOPC (2013), partim patiëntenbevraging, Vlaanderen

Wanneer de patiënt niet tevreden is over de behandeling, geeft de grootste fractie Vlaamse respondenten aan dat de huisarts bereid is om hierover te praten (84.9%) (zie tabel 7.7.43).

In Vlaanderen geeft bijna de helft van de enquêteurs aan dat er geen receptie aanwezig is in de huisartsenpraktijk (49.8%). Wanneer we dit vergelijken met Europa, Nederland en Duitsland is Vlaanderen de regio met het hoogste percentage op dit vlak. Bovendien is er in Nederland en Duitsland geen enkele praktijk in het onderzoek opgenomen die geen balie of receptie heeft (zie tabel 7.7.45).

Wanneer men wel een balie gebruikt observeren we dat een relatief grotere fractie van de enquêteurs vermeldt dat andere patiënten in de wachtkamer wel degelijk kunnen horen wat er aan deze balie gezegd wordt (27.4%). In Europa (47.4%) en Nederland (52.2%) hoort men in ongeveer de helft van de artspraktijken niet wat er gezegd wordt aan de receptie van de assistent(e), terwijl in de meeste Duitse praktijken de patiënten in de wachtkamer dit wel kunnen horen (55.1%) (zie tabel 7.7.45).



Figuur 20 Kunnen patiënten in de wachtkamer horen wat er gezegd wordt aan de receptie/balie van de assistent(e) | Bron: QUALICOPC (2013), partim enquêteurs, Europese vergelijking

In bijna alle praktijken in Vlaanderen kunnen de patiënten in de wachtkamer niet horen of zien wat er in de consultatieruimte gebeurt. Dit is ook zo in Europa (94.1%), Nederland (100%) en Duitsland (97.9%) (zie tabel 7.7.46).

Hoofdstuk 8

Focus op alle zorgbehoevenden met speciale aandacht voor de meest kwetsbaren

De doelstelling van dit hoofdstuk is na te gaan in welke mate de eerstelijnsgezondheidszorg in Vlaanderen rekening aandacht heeft voor alle zorgbehoevenden met speciale aandacht voor (op gezondheids- of socio-economisch vlak) de meest kwetsbare patiënten.

1 Equity in toegang

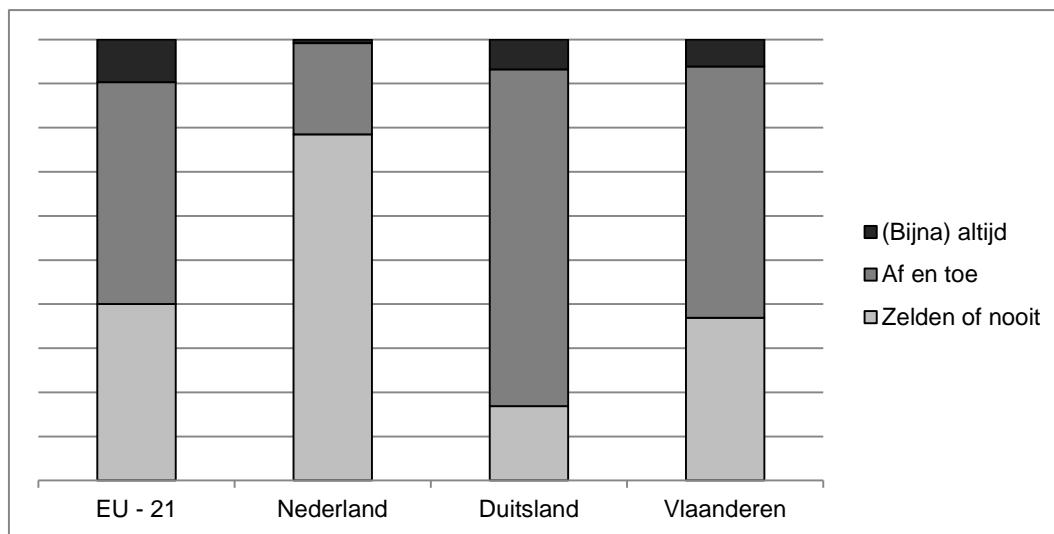
1.1 Onderzoeksvragen en bronnen

Hoe vaak hebt u in de afgelopen 12 maand gemerkt dat patiënten hun bezoek aan u uitstelden om financiële redenen?	QUALICOPC (vragenlijst huisartsen)
Heeft u in de afgelopen 12 maand een bezoek aan de huisarts uitgesteld of ervan afgezien terwijl u er eigenlijk behoefte aan had?	QUALICOPC (vragenlijst patiënten)
Wat was de voornaamste reden om een huisarts niet te bezoeken? <ul style="list-style-type: none">○ Ik was niet verzekerd○ Andere financiële reden○ Ik geraakte er niet (e.g. geen vervoer).○ Ik had het te druk.	QUALICOPC (vragenlijst patiënten)
Welke beperkingen stelt u bij het aannemen van nieuwe patiënten? <ul style="list-style-type: none">○ Geen beperkingen (iedereen wordt geaccepteerd).○ Boven een maximum aantal neem ik geen nieuwe patiënten aan.○ Patiënten boven een bepaalde leeftijd neem ik niet aan.○ Van buiten mijn werkgebied neem ik geen nieuwe patiënten aan.○ Ik hanteer een wachtperiode voor nieuwe patiënten.○ Aanname hangt af van de medische achtergrond van patiënten.○ Aanname hangt af van hoe patiënten zijn verzekerd.	QUALICOPC (vragenlijst huisartsen)
Als u een tolk nodig zou hebben om u te helpen bij het praten met een dokter in deze praktijk, is dit mogelijk hier?	QUALICOPC (vragenlijst patiënten)

1.2 Onderzoekresultaten

Bevinding 1: Meer dan de helft van de huisartsen in Vlaanderen signaleert dat hun patiënten een bezoek aan de eerstelijnsgezondheidszorg uitstellen omwille van financiële redenen. Daarmee doet Vlaanderen het slechter dan Nederland.

In 2013 rapporteert 57.1% van de Vlaamse artsen dat hun patiënten in de afgelopen 12 maand ‘af en toe’ een bezoek aan de praktijk uitstelden omwille van financiële redenen. Daarmee scoort Vlaanderen slechter dan Nederland: het merendeel van de Nederlandse artsen (78.5%) geeft aan dat hun patiënten ‘zelden of nooit’ uitstelgedrag vertonen omdat ze financiële problemen hebben (zie tabel 8.1.1 en 8.1.2).



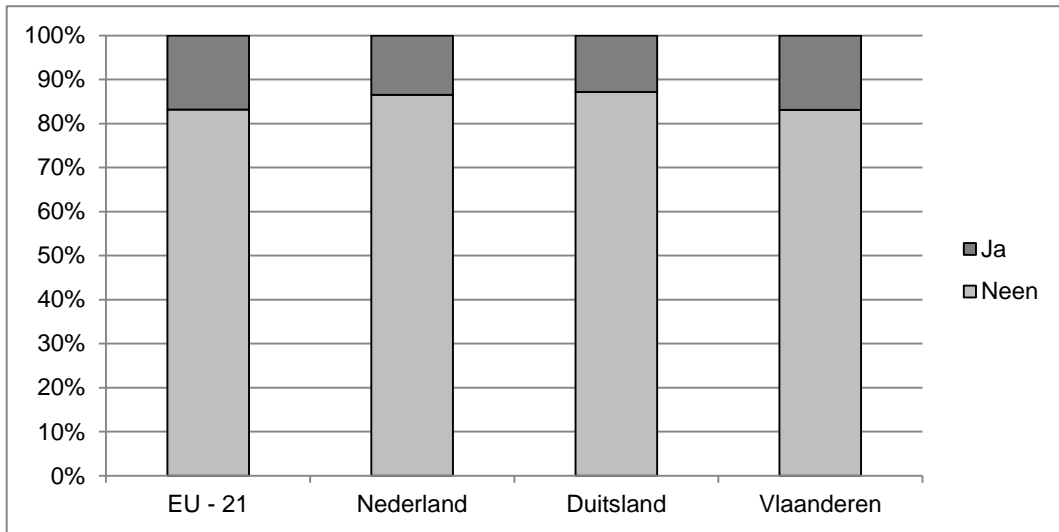
Figuur 1 Hoe vaak merkt de huisarts in de afgelopen 12 maand dat patiënten hun bezoek aan de artsenpraktijk omwille van financiële redenen uitstelden | **Bron:** QUALICOPC (2013), partim artsenbevraging, Europese vergelijking

Bevinding 2: Vlaamse patiënten zijn koploper in Europa wat betreft het uitstellen van huisartsenzorg. Patiënten met een laag gemiddeld inkomen en jongere patiënten stellen zorg vaker uit dan oudere patiënten en patiënten met een hoger inkomen.

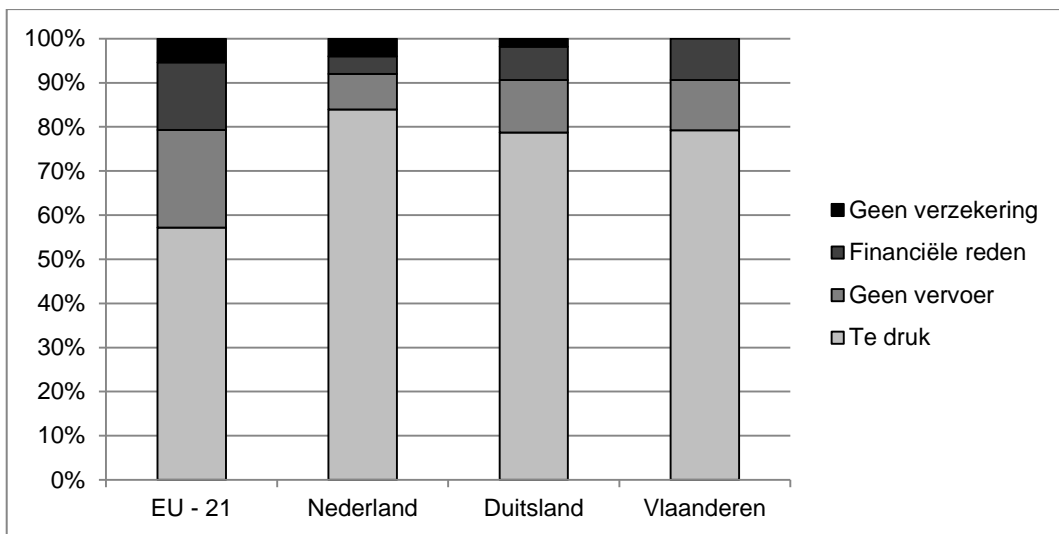
Een bezoek aan de huisarts kan door de patiënt worden uitgesteld omwille van een aantal redenen: financiële redenen, geen vervoer, te druk, etc.

Jongere patiënten geven iets vaker dan oudere patiënten aan dat ze in de afgelopen 12 maand zorg uitgesteld hebben (19.4% in de leeftijdsgroep 18 - 24 jaar in vergelijking met 7.5% in de leeftijdsgroep 75 - 84 jaar). Patiënten met een diploma hoger onderwijs en patiënten met een diploma lager secundair, stellen vaker dan patiënten met een diploma hoger secundair bezoeken aan de huisarts uit. Van de patiënten met een gemiddeld hoog inkomen gaf 15.8% aan een bezoek te hebben uitgesteld, ten opzichte van 26.3% van de patiënten met een laag inkomen. (zie tabel 8.1.3) De redenen die het vaakst worden aangegeven door de patiënt is dat hij/zij het te druk had (51.7%). Binnen de Europese vergelijking stellen Vlaamse patiënten het vaakst een bezoek aan de huisarts uit.

Het niet hebben van een verzekering wordt door Vlaamse patiënten nauwelijks aangegeven als reden tot uitstel (zie tabel 8.1.4 en 8.1.5).



Figuur 2 Heeft de patiënt in de afgelopen 12 maand een bezoek aan de huisarts uitgesteld of ervan afgezien terwijl hij/zij er eigenlijk behoefte aan had | **Bron:** QUALICOPC (2013), partim patiëntenbevraging, Europese vergelijking



Figuur 3 Voornaamste redenen om een bezoek aan de huisarts uit te stellen | **Bron:** QUALICOPC (2013), partim patiëntenbevraging, Europese vergelijking

Bevinding 3: 18.4% van de Vlaamse huisartsen werkzaam in een grootstedelijke context geeft aan geen nieuwe patiënten meer te aanvaarden indien zijn/haar werkvolume te groot is

In Vlaanderen rapporteert 53.8% van de huisartsen dat ze beperkingen hanteren bij het accepteren van nieuwe patiënten: 35.7% van de mannelijke artsen en 60.7% van de vrouwelijke artsen.

42.2% van de huisartsen in Vlaanderen vermeldt geen nieuwe patiënten aan te nemen woonachtig buiten het werkgebied van de praktijk. Dit is de meest voorkomende beperking die in Vlaanderen wordt gehanteerd door huisartsen. Hierbij zijn vrouwelijke artsen meer dan mannelijke artsen geneigd een bovengrens voor het aantal patiënten te hanteren. In vergelijking met Nederland hanteren Vlaamse huisartsen minder beperkingen: 78.1% van de Nederlandse huisartsen rapporteert (zonder beperkingen) elke patiënt te accepteren (zie tabel 8.1.7 en 8.1.8).

In het hanteren van een bovengrens voor het aantal patiënten in de praktijk stellen we verder een verschil naargelang de locatie van de praktijk vast. In vergelijking met artsen wiens praktijk zich in een stedelijke of niet stedelijke context bevindt, hanteren artsen met een praktijk in een grootstedelijke omgeving vaker een maximum aantal patiënten (18.4%) (zie tabel 8.1.7).

Een andere beperking die kan gehanteerd worden is een wachtperiode voor nieuwe patiënten. Geen enkel van de bevroegde mannelijke artsen rapporteert echter een wachtperiode te gebruiken, slechts 4.8% van de vrouwelijke artsen geeft aan dit te doen. Slechts één huisarts (0.5%) vermeldt geen nieuwe patiënten aan te nemen boven een bepaalde leeftijd en geen enkele huisarts houdt rekening met de verzekeringstoestand bij de beslissing de patiënt (zie tabel 8.1.7).

2 Equity in behandeling

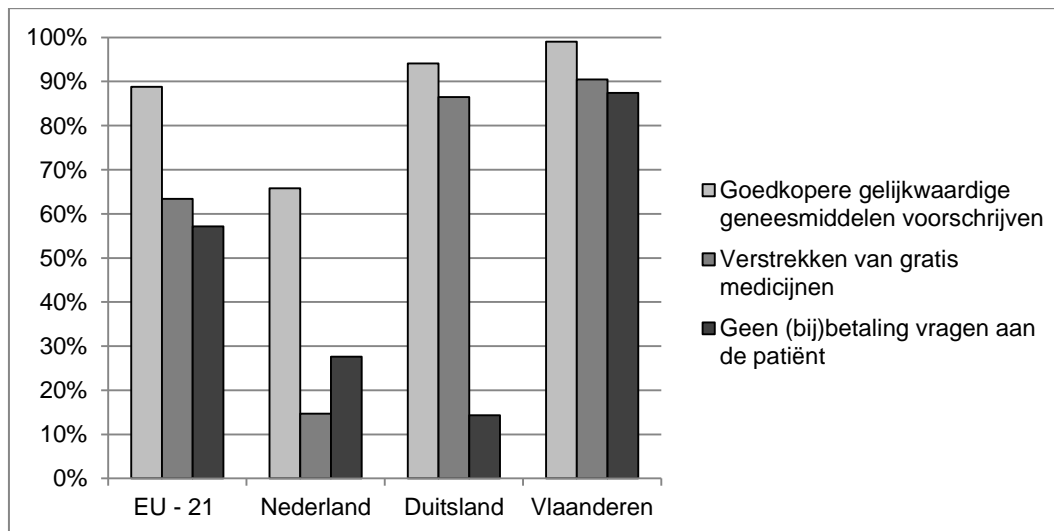
2.1 Onderzoeksvragen en bronnen

<p>Hebt u in de afgelopen 12 maand wel eens het volgende gedaan ter vermindering van financiële belemmeringen bij zorg voor patiënten met een sociale achterstand?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gratis medicijnen verstrekken (monsters) ○ Goedkopere gelijkwaardige medicijnen voorschrijven ○ Geen (bij)betaling vragen aan de patiënt (remgeld weglaten) 	<p>QUALICOPC (vragenlijst huisartsen)</p>
<p>Verleent u gezondheidszorg aan mensen als u daarvoor niet gehonoreerd wordt (bijvoorbeeld patiënten zonder verzekering, illegalen, ...)?</p>	<p>QUALICOPC (vragenlijst huisartsen)</p>
<p>Kunt u een financiële prikkel of toeslag ontvangen bij bepaalde patiëntengroepen/omstandigheden?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Behandeling van patiënten met diabetes ○ Behandelen van patiënten met hypertensie ○ Behalen van overeengekomen doelen voor screening of preventie ○ Realiseren van verwijscijfers beneden een bepaald niveau ○ Patiënten in de artspraktijk met een sociale achterstand ○ Werken in een (relatief) afgelegen gebied 	<p>QUALICOPC (vragenlijst huisartsen)</p>
<p>Heeft u gedurende de afgelopen 12 maand het volgende meegemaakt in deze praktijk?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ De arts of medewerkers gedragen zich negatief tegen u. ○ Andere patiënten worden beter behandeld dan u. ○ De arts is teveel bezig met geld. ○ De arts of medewerkers tonen weinig respect vanwege uw etnische achtergrond. ○ De arts of medewerkers tonen weinig respect vanwege uw geslacht. 	<p>QUALICOPC (vragenlijst patiënten)</p>

2.2 Onderzoekresultaten

Bevinding 4: In Vlaanderen doen bijna alle huisartsen extra inspanningen om financiële barrières in de aankoop van medicatie te reduceren voor patiënten in een sociaal kwetsbare positie. Hiermee scoren ze veel beter dan hun Europese collega's. De meest gerapporteerde manieren zijn het voorschrijven van goedkopere gelijkwaardige geneesmiddelen en het verstrekken van gratis geneesmiddelen.

Er zijn een aantal manieren waarop de huisarts financiële belemmeringen bij zorg voor sociaal kwetsbare patiënten kan verminderen. In Vlaanderen stelt 90.5% van de huisartsen in de afgelopen 12 maand gratis medicijnen (bijvoorbeeld monsters) gegeven te hebben; 99% van de huisartsen in Vlaanderen zegt generische geneesmiddelen te hebben voorgeschreven; 87.4% van de artsen in Vlaanderen liet het remgeld vallen. Hiermee is Vlaanderen op dit vlak de absolute koploper in de Europese vergelijking (zie tabel 8.2.11 en 8.2.12).



Figuur 4 Maatregelen die de huisarts nam ter vermindering van financiële belemmeringen voor patiënten met een sociale achterstand | Bron: QUALICOPC (2013), partim artsenbevraging Europese vergelijking

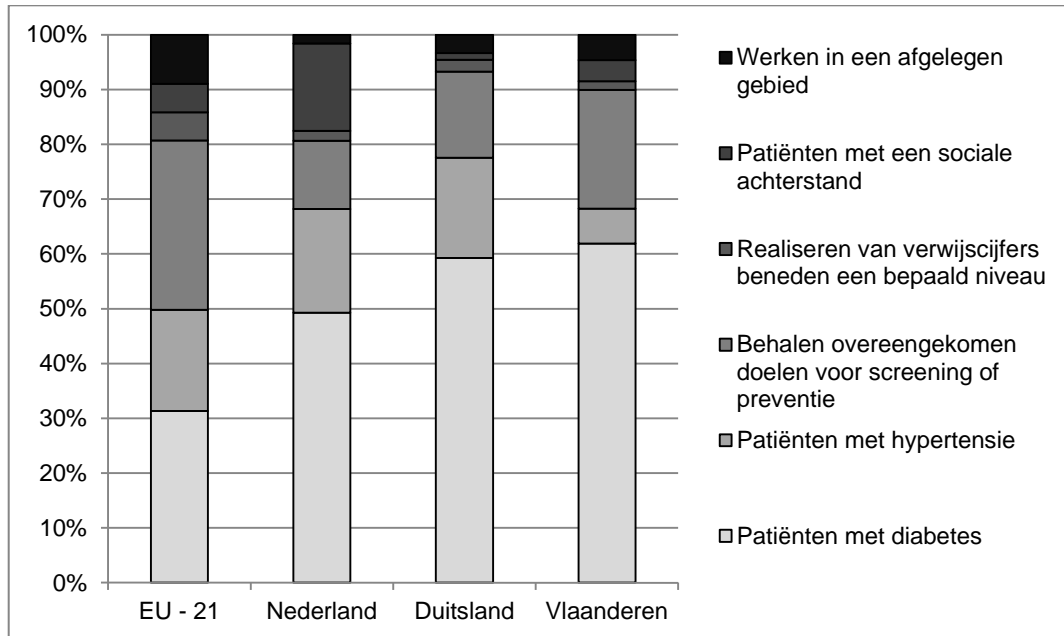
Verder geeft 42.3% van de huisartsen in Vlaanderen aan '(bijna) altijd' hulp te verlenen aan patiënten, ook wanneer ze daarvoor niet gehonoreerd worden (bijvoorbeeld aan patiënten zonder verzekering of illegalen). Dit percentage is opmerkelijk hoger dan dit in Duitsland: 24.8% van de Duitse artsen vermeldt geen zorg te verlenen wanneer ze daar niet voor vergoed worden (8.2.14).

Bevinding 5: Vlaamse huisartsen geven het vaakst aan een financiële toeslag te krijgen voor patiënten met diabetes en wanneer ze werken in een (relatief) afgelegen gebied in vergelijking met hun Nederlandse en Duitse collega's.

Het merendeel van de bevraagde huisartsen in Vlaanderen (86.7%) rapporteert een financiële incentive te ontvangen wanneer zij patiënten met diabetes in hun patiëntenpopulatie hebben. Dit fenomeen stellen we ook vast in Nederland (80.6%) en Duitsland (82.7%). Echter, Vlaanderen scoort met dit percentage veel beter dan het Europees gemiddelde (29.7%). Vlaamse artsen die werkzaam

zijn in een niet stedelijke omgeving (93.0%) rapporteren frequenter een toeslag te krijgen bij diabetespatiënten dan deze die werken in een grootstedelijke omgeving (75.0%) (zie tabel 8.2.15).

Tevens vermeldt 25.3% van de artsen in Vlaanderen dat ze een vergoeding krijgen wanneer ze werken in een (relatief) afgelegen gebied. Dit is een grotere fractie dan de artsen die dit rapporteren in Nederland (2.6%), Duitsland (4.7%) en het Europees gemiddelde (8.5%). Vrouwelijk artsen (34.6%) en artsen die werken in een groepspraktijk (31.4%) rapporteren dit het vaakst (zie tabel 8.2.15).



Figuur 5 Percentage huisartsen dat een financiële prikkel of toeslag ontvangt bij volgende patiëntengroepen of omstandigheden | **Bron:** QUALICOPC (2013), partim artsenbevraging, Europese vergelijking

Bevinding 6: Vlaamse patiënten zijn zeer tevreden over hun huisarts.

Bijna alle bevroagde patiënten in Vlaanderen rapporteren dat de arts die ze geconsulteerd hebben beleefd was (99.8%), vragen stelde over het gezondheidsprobleem (95.5%), voldoende tijd nam (98.3%), de patiënt voldoende aankeek tijdens het gesprek (87.5%) en aandachtig luisterde (99.3%). Opvallend echter is dat ongeveer één derde (33.5%) van de patiënten vermeldt dat de arts niet vroeg naar de reden voor de consultatie (zie 8.2.17).

Wat het personeel bij de receptie betreft, geeft 77.5% van de patiënten aan dat ze beleefd en behulpzaam zijn, 20.3% van de respondenten antwoordt 'ik weet het niet' (zie 8.2.17).

3 Identificatie van de gezondheidsnoden en - behoeften van de gemeenschap

3.1 Onderzoeksvragen en bronnen

Wordt het medisch dossier van de patiënt uit de eerstelijnsgezondheidszorg gebruikt op regionaal of lokaal niveau om gezondheidsnoden of - prioriteiten te identificeren?	PHAMEU
Worden gezondheidsenquêtes afgenomen ter bevordering van de kwaliteit en responsiviteit van de eerstelijnsgezondheidszorg?	PHAMEU

3.2 Onderzoekresultaten

Bevinding 7: *Nederland is het land dat de meeste middelen uittrekt om de noden en behoeften van de gemeenschap te identificeren. België gebruikt op regelmatige basis gezondheidsenquêtes, maar bijna nooit het medisch patiëntendossiers om de zorgnood op gemeenschapsniveau in kaart te brengen.*

Het medisch dossier van de patiënten wordt in België (net als in Duitsland) bijna nooit gebruikt om gezondheidsnoden of -prioriteiten te identificeren. In Nederland maakt men hier wel gebruik van. Wel worden zowel in België als in Nederland op regelmatige basis gezondheidsenquêtes afgenomen ter bevordering van de kwaliteit en responsiviteit van de eerstelijnsgezondheidszorg (zie tabel 8.3.19 en 8.3.20).

Hoofdstuk 9

Algemene conclusie

Dit project heeft tot doel na te gaan om de performantie van de eerstelijnsgezondheidszorg te evalueren voor wat betreft de prioritaire thema's in Vlaanderen:

- Ondersteunen en versterken van zelfzorg en mantelzorg, en focussen op preventie
- Empowerment van patiënten en hun naaste omgeving
- Focussen op eerste lijn (gezondheidszorg dichtbij huis garanderen) en verbindingen tussen en binnen eerste lijn en andere zorgniveaus
- Versterkte, direct toegankelijke eerstelijnsgezondheidszorg
- Kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg
- Focus op alle zorgbehoevenden met speciale aandacht voor de meest kwetsbaren

Daarbij willen we deze Vlaamse resultaten vergelijken met Nederland en Duitsland enerzijds en het Europees gemiddelde anderzijds. Ten slotte worden een aantal aanbevelingen gedaan om de Vlaamse eerstelijnsgezondheidszorg in de toekomst te monitoren en zo te verbeteren.

Om deze doelstellingen te bereiken werd de data van een aantal administratieve databanken en drie nieuwe, internationale databanken geanalyseerd (voor een uitgebreide beschrijving van de werkwijze, zie hoofdstuk 2).

1 Sterkten en beperkingen van de geraadpleegde databronnen

De belangrijkste verdienste van dit project is dat het op een omvattende manier een stand van zaken weergeeft over de beleidsthema's die Vlaanderen naar voor schuift in verband met de eerstelijnsgezondheidszorg in het algemeen en met de huisartsgeneeskunde in het bijzonder. Voorheen was deze informatie, afkomstig van diverse diensten en instellingen, gefragmenteerd over verschillende documenten.

Ook de aanvulling van de gekende, voornamelijk administratieve cijfergegevens met informatie uit drie nieuwe, internationale databanken (European GP Task Profiles, 1993 - 2013; PHAMEU, 2008 en QUALICOPC, 2013) is vernieuwend. Deze databanken geven een meer recent en meer gedetailleerd beeld van de huisartsgeneeskunde zowel vanuit het perspectief van de patiënt en dat van de arts. Door de grootte van de steekproef, de representativiteit op landniveau (in België: representativiteit op niveau Vlaanderen - Wallonië), en het gebruik van identieke meetinstrumenten in alle deelnemende landen, biedt deze databank eveneens de mogelijkheid om Vlaanderen voor de bevroegde thema's te benchmarken ten opzichte van de andere participerende Europese landen.

Ten slotte, het raadplegen van een brede groep experts bij het interpreteren van de resultaten en het formuleren van aanbevelingen voor toekomstige monitoring vormt een belangrijke meerwaarde in dit project. Het draagt bij tot de formulering van breed gedragen, relevante en haalbare voorstellen.

Tegelijk kent deze studie zijn beperkingen. De belangrijkste ligt in het feit dat de scope ervan moest worden verengd van eerstelijnsgezondheidszorg tot huisartsgeneeskunde. Ondanks een grondige screening van de bestaande toegankelijke databanken en de aanvulling met informatie uit de nieuwe

internationale databanken bleken erg weinig Vlaamse cijfers beschikbaar te zijn voor de andere domeinen binnen de eerstelijnsgezondheidszorg dan de huisartsgeneeskunde (thuiszorg, maatschappelijk werk, eerstelijnspsycholoog, etc.). Zelfs binnen het domein van de huisartsgeneeskunde zijn de cijfers voor een aantal prioritaire thema's schaars. Dit is onder meer het geval voor cijfergegevens over de situatie van mantelzorgers en over kwaliteitsindicatoren voor de huisartsgeneeskunde, beiden belangrijke aandachtspunten binnen het Vlaamse beleid.

Ten tweede, de QUALICOPC studie kent een belangrijke selectiebias: enkel patiënten die de huisarts tijdens de studietoestand in de spreekkamer van de arts raadpleegden werden uitgenodigd tot deelname aan de studie. Sociaal kwetsbare patiënten, anderstaligen en patiënten waar de arts op huisbezoek gaat, zijn hierdoor wellicht minder of niet vertegenwoordigd.

Ten slotte wordt in de PHAMEU databank voor de meeste variabelen een gemiddelde score per land vastgelegd (in het cijferrapport wordt weergegeven bij welke variabelen dit gedaan werd en hoe deze score berekend werd), waardoor het mogelijk is dat informatie en/of nuance verloren gaat. Voorzichtigheid bij het interpreteren van de resultaten op basis van deze cijfers is dan ook geboden.

2 De belangrijkste bevindingen en aanbevelingen per prioritair beleidsthema

De bestaande cijfergegevens zijn onvoldoende om de performantie van de eerstelijnsgezondheidszorg te monitoren

Een eerste belangrijke conclusie van dit rapport is dat het Vlaanderen ontbreekt aan longitudinale, kwalitatief hoogstaande cijfergegevens die het mogelijk maken om de performantie van de eerstelijnsgezondheidszorg in Vlaanderen te monitoren. Zo werden met betrekking tot kwaliteit van zorg, zelfzorg, mantelzorg, en empowerment van mantelzorg nagenoeg geen cijfers gevonden. Bovendien betreffen de beschikbare cijfers vooral de huisartsgeneeskunde. Ten slotte is een belangrijk aandeel van de cijfers waarop dit rapport is gebaseerd afkomstig van de QUALICOPC, de PHAMEU en de GP Task Profile studie. Van deze studies is in de komende jaren geen opvolging gepland.

Als gevolg kon voor een aantal subthema's slechts een beperkte evaluatie worden uitgevoerd, terwijl voor andere subthema's de evaluatie veel uitgebreider is en duidelijke conclusies kunnen getrokken worden.

De rol van de huisarts binnen preventie: het belang van voldoende ondersteuning, en taakdelegatie

Een eerste opvallende bevinding is dat de frequentie van gezondheidsvoorlichting door de huisarts met betrekking tot roken en problematisch alcoholgebruik over de afgelopen 20 jaar sterk afgenomen is. Dit ondanks het feit dat het reduceren van de gezondheidsschade door tabak en alcohol een belangrijke Vlaamse gezondheidsdoelstelling is. Dit pleit ervoor huisartsen nog meer als actieve partner te betrekken in een geïntegreerde aanpak van de gezondheidsdoelstellingen. Door hun vertrouwensrelatie met patiënten en hun kennis van de sociale en familiale context van de patiënt kunnen ze een belangrijke aanvulling vormen op de bevolkingsbrede, algemene aanpak van veel preventieprogramma's. Deze individuele aanpak die rekening houdt met de bijzondere context van de patiënt, is wellicht van bijzonder belang voor die bevolkingsgroepen die in de bevolkingsonderzoeken

of de bevolkingsbrede campagnes traditioneel uit de boot vallen: anderstaligen, patiënten uit socio-economisch kwetsbare groepen, patiënten met een verstandelijke beperking, etc.

Toch mag de inzet van de huisarts niet ondoordacht en zonder de nodige ondersteuning gebeuren. In tegenstelling tot de daling van voorlichting rond roken en alcohol wijzen de resultaten van dit onderzoek op toename van gezondheidsvoorlichting door de huisarts met betrekking tot gezonde voeding. Opvallend is dat communicatie over gezonde voeding, en over leefstijl in het algemeen, vaker gebeurt met de hoger opgeleide patiënt. Lager opgeleide patiënten krijgen daarentegen vaker medicatie voorgeschreven. Dit stellen we onder meer vast bij hypercholesterolemie. Dit houdt een risico op een Matteüseffect in: verandering van levensstijl zal bij de hoger opgeleide ook bijdragen tot een betere algemene gezondheid terwijl bij patiënten met een lager opleidingsniveau de aanpak via medicatie in het beste geval het beoogde effect heeft op de aandoening waarvoor de behandeling werd ingezet. Het betrekken van huisartsen in gezondheidspromotie bij kwetsbare groepen kan niet op basis van volutarisme van de arts gebeuren. Onderzoek toont aan dat de positieve attitude van huisartsen ten opzichte van de zorg voor sociaal kwetsbare groepen dreigt om te slaan naar een negatieve attitude en een verhoogd risico op burn - out in de situatie van hoge workload door een groot aantal sociaal kwetsbare patiënten in combinatie met weinig bijkomende ondersteuning (Verlinde et al., 2012). Die ondersteuning kan bestaan uit het voorzien van materialen en methoden voor preventie in de huisartspraktijk (zoals ondersteuning bij het implementeren van het GMD+ in de praktijk); een transparant, beschikbaar en interdisciplinair netwerk van andere hulpverleners waarnaar de huisarts vlot kan verwijzen of beroep kan op doen (sociaal werkers, gezondheidspromotoren, straathoekwerkers, ...); de mogelijkheid tot taakdelegatie naar andere hulpverleners; en -in afwachting van de mogelijkheid tot taakdelegatie- een specifiek opleidingspakket voor huisartsen rond preventie.

Een doordreven taakdelegatie staat in Vlaanderen, in vergelijking met Nederland, nog in de kinderschoenen. Preventie en gezondheidsvoorlichting wordt in Nederland frequenter door speciaal daartoe opgeleide verpleegkundigen verricht. In Vlaanderen is dit veel minder het geval met uitzondering van de inzet van een tabakoloog bij rookstopinterventies. Het systeem van betaling per prestatie en de voorwaarden voor de aanrekening van prestaties, en de huidige "klassieke" praktijkorganisatie maakt de samenwerking met en taakdelegatie naar andere disciplines onder één dak niet eenvoudig. Er is nood aan duidelijkheid rond de huidige financiering van andere disciplines in de huisartsenpraktijk; de uitwerking van een alternatieve financiering die beter aansluit bij interdisciplinaire samenwerkingsverbanden en taakdelegatie; nood aan een opleiding tot "huisartspraktijkverpleegkundige"; en nood aan informatie en kennisverspreiding over hoe taakdelegatie en interdisciplinaire samenwerking op te starten in de praktijk (bijvoorbeeld de brede verspreiding van ervaringen van good practices).

Vlaanderen koploper in gezamenlijk beslissingen nemen met de patiënt maar niet wat betreft de communicatie tussen de huisarts en andere zorgverleners en de navigatorsrol voor de huisarts

Vlaanderen is de Europese koploper op het vlak van gezamenlijk beslissingen nemen met de patiënt bij een doorverwijzing naar een andere gezondheidszorgverlener. Echter, wat gebeurt na die doorverwijzing lijkt minder vlot te lopen: de contacten met de arts - specialist nemen af, de terugkoppeling naar de huisarts na doorverwijzing (verwijsbrief) verloopt niet altijd even vlot en de huisarts neemt minder vaak de centrale rol in de zorg op.

Uit de beschikbare data blijkt dat huisartsen in vergelijking met 20 jaar geleden minder in contact staan met arts - specialisten. Wellicht is dit fenomeen deels te verklaren door een gedaalde nood aan informatie (huisartsen worden grondig opgeleid in het formuleren van informatievragen en het opzoeken van evidence based informatie) en door de toegenomen (elektronische) beschikbaarheid van informatiebronnen. Hierdoor wordt de specialist minder beschouwd als 'kennisbron' dan 20 jaar geleden. Ook nam het aantal specialisten in de betreffende periode zeer sterk toe waardoor persoonlijke contacten en de uitbouw van een netwerk van collega - specialisten wellicht minder eenvoudig verloopt.

Echter, een verminderde samenwerking tussen huisarts en specialist kan mogelijk problematisch zijn. Om hier de communicatie over patiënten tussen zorgactoren te bevorderen werden recent een aantal maatregelen genomen (bijvoorbeeld Vitalink). Ondanks deze maatregelen wijzen de resultaten van dit onderzoek echter niet op een verbetering van de communicatie. Zo moeten de meeste Vlaamse huisartsen na doorverwijzing gemiddeld langer wachten op een verslag of ontslagrapport dan hun Europese collega's. Mogelijk is dit te wijten aan het feit dat dergelijke initiatieven tijd vragen om geïmplementeerd te raken in te praktijk en vervolgens vertaald te zien in cijfers. Een permanente evaluatie van Vitalink en e - Health is van groot belang voor de eventuele bijsturing ervan.

Ten slotte lijken de cijfers erop te wijzen dat het huisartsenprofiel "erodeert". Huisartsen in 2013 worden in veel mindere mate dan 20 jaar geleden door patiënten met een ziekte/aandoening als eerste gezondheidszorgverlener gecontacteerd, dit in tegenstelling tot de andere Europese landen waar een geëcheloniseerd systeem bestaat. Doorheen dit volledige rapport stellen we verschillende knelpunten vast die te maken hebben met deze structurele afwezigheid van een echeloning. In het Belgisch gezondheidszorgsysteem heeft de huisarts geen navigator - rol waardoor patiënten de vrije keuze hebben welke gezondheidszorgverlener ze eerst contacteren. Een duidelijke functie als navigator zou kunnen bijdragen tot een betere coördinatie van zorg, een meer efficiënte zorg en een meer kosteneffectieve zorg.

Verder bouwen aan een versterkte, direct toegankelijke huisartsenzorg

De geografische spreiding van de Vlaamse huisartsenzorg is zeer goed wanneer we dit binnen een Europees perspectief bekijken. Voor de overgrote meerderheid van de patiënten is de reisafstand naar een huisartsenpraktijk in Vlaanderen minder dan 20 minuten.

Toch zijn Vlaamse patiënten koploper in Europa wat betreft het uitstellen van huisartsenzorg. Patiënten met een laag gemiddeld inkomen en jongere patiënten stellen vaker zorg uit dan oudere patiënten en patiënten met een hoog inkomen. Redenen hiervoor kunnen zijn dat patiënten met een laag gemiddeld inkomen minder middelen hebben om een bezoek aan de huisarts te betalen en dat jongere patiënten zorg uitstellen omdat ze het te druk hebben (dit is de meest gerapporteerde reden waarom Vlaamse patiënten zorg uitstellen). In Nederland kan een patiënt immers vrij nemen van het werk om naar de huisarts te gaan.

Wanneer patiënten op zoek gaan naar een nieuwe huisarts, stellen we vast dat vrouwelijke huisartsen en artsen die werkzaam zijn in een grootstedelijke context vaker patiënten weigeren omdat hun agenda reeds vol zit. Ze weigeren ook vaker patiënten die niet binnen het door hen gedefinieerde werkgebied wonen. Door een toegenomen vervrouwelijking van de huisartsgeneeskunde (waarbij vrouwen meer frequent deeltijds werken), en door het belang dat jonge artsen (mannen en vrouwen) toekennen aan een betere afbakening van werktijd en privétijd, daalt de totale capaciteit aan huisartsenzorg en dit ondanks de stijging van het aantal huisartsen. Wanneer we dit binnen een internationale context bekijken, ligt het aantal huisartsen per 10.000 inwoners in Vlaanderen relatief hoog. Volgens Eurostat (2010) heeft men in België 112,2 huisartsen per 10.000 inwoners, terwijl het Europees gemiddelde slechts 72 artsen per 10.000 inwoners telt. Een meer doorgedreven taakdifferentiatie en -delegatie dringt zich op. Zoals aangegeven door de WHO (Van Lerberghe, 2008), dient de huisarts meer de rol op te nemen als “central hub of care” waarbij hij de zorg coördineert en waar mogelijk eerstelijnszorg delegeert naar andere disciplines.

Zorg voor de meest kwetsbare sociale groepen

In Vlaanderen is nagenoeg de volledige bevolking verzekerd via de verplichte ziekteverzekering (Gerkens et al., 2010). Toch stelt een 6.1% van de patiënten in Vlaanderen zorg uit omwille van financiële redenen. Nagenoeg alle Vlaamse huisartsen die deelnamen aan de QUALICOPC studie geven aan persoonlijke inspanningen te doen om financiële barrières te reduceren: ze laten de eigen bijdrage vallen, geven gratis medicatiestalen mee, etc. Alhoewel dit wijst op een positieve attitude van huisartsen, vormt dit geen structurele oplossing. De vernieuwde toepassing van de regeling betalende derde sinds 1 januari 2014 vormt alvast een nieuwe stap vooruit in het streven naar een financieel toegankelijke zorg. Ook de IMPULSEO - I maatregel die huisartsen ondersteunt wanneer ze zich in een huisartsarme regio's (vaak regio's met veel kwetsbare bevolkingsgroepen) vestigen, kan bijdragen tot beter toegankelijke zorg. Doch, ook deze maatregelen kennen hun beperkingen en moeten verder worden bijgestuurd. Zo kan IMPULSEO - I bij de bepaling van de zorglast van regio's nodig voor de berekening van het benodigd aantal huisartsen wellicht meer rekening houden met de sociaal - economische status van de bevolking in de regio. Wat de regeling derde betaler betreft is een goede communicatie naar de bevolking van groot belang: vooral bij patiënten die niet worden opgevolgd door maatschappelijk werk (die de patiënt doorgaans goed informeert over de mogelijkheid van de regeling) maar het financieel toch moeilijk hebben (bijvoorbeeld grote gezinnen met maar één werkende ouder) heerst onduidelijkheid over de kostprijs van gezondheidszorg waardoor ze zorg

uitstellen. Ook kunnen vragen gesteld worden bij de noodzaak van een eigen bijdrage in de huisartsgeneeskunde: het is weinig logisch de toegang tot het meest kosteneffectieve niveau van zorg af te remmen. Meer dan 90% van de patiënten ziet zijn problemen opgelost naar aanleiding van een contact met de huisarts (De Maeseneer, 1989). Verder kunnen vragen gesteld worden bij de sociale selectiviteit van een eigen bijdrage in de eerste lijn: deze eigen bijdrage zal vooral “remmend” werken voor patiënten met een laag inkomen, niet voor patiënten met een gemiddeld of hoog inkomen. Zorggebruik dient gebaseerd te zijn op de zorgnood van een patiënt en niet op financiële of praktische haalbaarheid van de zorg (Aday & Anderson, 1984).

In de aanpak van sociaal - economische gezondheidsverschillen wijst internationale literatuur op het belang van de kindertijd: inzetten op gezondheidsbevordering in de kindertijd en het vroeg aanleren van gezondheidsbevorderend gedrag werpt zeer lang vruchten af (Marmot & Bell, 2012). In het lager onderwijs probeert men via het Gelijke Onderwijskansendecreet (GOK) de onderwijsachterstand van kansarme kinderen weg te werken en de integratie te bevorderen. Deze kinderen worden zo vroeg mogelijk in het onderwijsproces geïdentificeerd en krijgen bijkomende lessen om de achterstand weg te werken. Een vergelijkbare aanpak kan mogelijk ook in de gezondheidszorg werken: door de identificatie van kinderen met een verhoogd risico op sociaal - economische gezondheidsproblemen (de ‘GOK - patiënten’) op jonge leeftijd en het afstellen van de zorg op hun specifieke, individuele behoeften kunnen problemen op volwassen leeftijd misschien voorkomen worden. Deze benadering kan ook bijdragen tot een betere samenwerking en overleg tussen de verschillende actoren in de gezondheidszorg en kan eventueel gekoppeld worden aan financiering. Wanneer regio’s met een globaal lage sociale status (en bijgevolg veel ‘GOK - patiënten’) geïdentificeerd kan worden en gekoppeld kan worden aan financiële middelen, kan dit een belangrijke ondersteuning bieden voor huisartsen die werken in deze regio’s. Tevens kan het beleid meer middelen en preventie inzetten in deze regio’s om een betere samenwerking tussen gezondheidsprofessionals en (daardoor) betere gezondheidsresultaten te bewerkstelligen. We vermelden hierbij in het bijzonder het belang van een samenwerking tussen de huisartsen en de Huizen van Kind waarbij op een geïntegreerde manier en rekening houdend met bestaande gezondheidszorg- en welzijnszorgstructuren samen kan worden gewerkt aan het verhogen van de gezonde levenskansen van jonge kinderen.

Nood aan het beter in kaart brengen van zorgnoden

Vlaanderen scoort, in vergelijking met zijn buurlanden, middelmatig inzake het identificeren van de gezondheidsnoden en -behoeften van de samenleving. Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) organiseert vierjaarlijks de Gezondheidsenquête. Middels deze enquête wil het WIV gezondheidsproblemen identificeren en de gezondheidstoestand en -behoeften van de bevolking beschrijven. Deze data zijn echter niet representatief op gemeente- of stadsniveau, laat staan op wijkniveau. Ook PHAMEU wijst erop dat patiëntendossiers, die deze informatie wel zouden kunnen genereren, in België nauwelijks gebruikt worden om de zorgnood op gemeenschapsniveau in kaart te brengen. De Intego - databank, gefinancierd door de Vlaamse overheid, vormt hiertoe een eerste aanzet maar heeft belangrijke beperkingen wat betreft de representativiteit van de praktijken, de beschikbaarheid voor alle regio’s, de beschikbare data (bijvoorbeeld ontbreken van gegevens over de sociale status van de patiënt, registratie is niet georiënteerd op zieke - episodes) en de ontsluiting van de data. Er is nood aan een bijkomende databank die gebaseerd is op episode - georiënteerde informatie met betrekking tot een vaste, representatieve populatie. (zie ook verder: “Aanbevelingen voor monitoren van de performantie van de huisartsgeneeskunde”).

De kwaliteit van de huisartsenzorg

Kwaliteitsvolle eerstelijnszorg wordt onder andere gekenmerkt door continuïteit in de zorg. Wat betreft het gebruik van een medisch dossier om de continuïteit te waarborgen scoren Vlaamse huisartsen goed, althans binnen de Europese context: de meerderheid van de huisartsen geven aan gegevens bij elke consultatie te registreren en ze houden -naar eigen zeggen- in vergelijking met hun Europese collega's een relatief brede waaier aan informatie bij. Opvallend is evenwel dat de sociale status en de etniciteit van de patiënt door een meerderheid van de artsen niet wordt geregistreerd. Deze informatie kan van groot belang zijn bij het kaderen van de zorgvraag, de diagnosestelling en het opstellen van een haalbaar behandelplan. In een context waarbij het aantal groepspraktijken toeneemt en patiënten vaker ook worden gezien door een collega - huisarts of door andere disciplines binnen de praktijk, wint het belang van de registratie van de sociale en familiale context van de patiënt in het dossier. Echter, de meeste softwarepakketten voor huisartsen ondersteunen de registratie hiervan niet. Ook het coderingsschema voor deze "persoonsinformatie" (PERI) dient verder ontwikkeld te worden.

Het hebben van een vaste huisarts is een belangrijke randvoorwaarde voor de continuïteit van zorg. Ondanks het feit dat dit niet wettelijk verplicht is, rapporteert het merendeel van de Vlaamse patiënten een vaste huisarts te hebben. Oudere patiënten geven dit vaker aan dan jongere patiënten. Mogelijk is dit te wijten aan het feit dat jongere patiënten over het algemeen gezonder zijn en minder nood hebben aan zorg. Echter, het is ook mogelijk dat jongere patiënten door hun grotere mobiliteit (meer verhuisbewegingen) een rechtstreekse toegang naar specialistische gezondheidszorgverlener makkelijker vinden dan het herhaaldelijk op zoek gaan naar een 'vaste' huisarts.

Op het vlak van kwaliteitsbewaking rapporteren de huisartsen in de QUALICOPC studie dat ze weinig terugkoppeling of feedback krijgen over hun manier van werken. Dit ondanks de terugkoppeling van informatie over hun profielen door het RIZIV. Het probleem bij deze feedback is wellicht het ontbreken van informatie over het aantal patiënten in de betreffende huisartsenpraktijk (bijvoorbeeld voorschrijfgedrag wordt in aantallen weergegeven, niet in percentages), van informatie over de case - mix in de praktijk, van informatie op praktijkniveau en het gebrek aan begeleidende implementatiestrategieën om met de cijfers in de praktijk rond kwaliteit aan de slag te gaan. Een evaluatie van de kwaliteit van zorg gerelateerd aan de kennis, vaardigheden en inzichten van de zorgverstrekker (re - certificatie) dient te worden aangevuld met een "accreditering" die de kwaliteit van de voorziening (huisartsenpraktijk) evalueert.

Globaal gezien is de tevredenheid van Vlaamse patiënten over de huisarts zeer hoog. Tevens hebben ze niet het gevoel dat er veel fouten of onnodige onderzoeken gedaan worden. Dit ondanks het feit dat het fee - for - service systeem in Vlaanderen een overconsumptie van ingrepen en onderzoeken stimuleert.

Een zeer belangrijk aspect van kwaliteit van zorg is patiëntveiligheid (patient safety). Opvallend is dat hierover nauwelijks cijfers beschikbaar zijn in Vlaanderen: klachten worden slechts fragmentarisch geregistreerd, fouten worden niet gerapporteerd en nauwelijks geregistreerd in praktijken, laat staan dat deze op Vlaams niveau beschikbaar zijn.

Ten slotte, internationale literatuur toont aan dat een belangrijke voorwaarde voor kwaliteitsvolle huisartsgeneeskunde hulpverleners zijn die zelf de nodige zorg krijgen en voldoende aan zelfzorg doen. Toch konden hierover weinig cijfers gevonden worden met uitzondering van een aantal gefragmenteerde, kleinere studies. Verder onderzoek hiernaar lijkt aangewezen.

3 Voorstel voor een model voor de toekomstige monitoring van de performantie van de eerstelijnsgezondheidszorg, en de huisartsgeneeskunde in het bijzonder

Uitgaande van de knelpunten geformuleerd in het eerste deel van dit afsluitend hoofdstuk en van de voorstellen geformuleerd door de geraadpleegde experten, beschrijft dit deel een mogelijk model voor een toekomstige monitoring van de performantie van de eerstelijnsgezondheidszorg in het algemeen, en de huisartsgeneeskunde in het bijzonder.

Samenwerking met alle betrokken actoren

Een belangrijke vraag bij het uittekenen van een monitoringsysteem is de vraag van waaruit deze dient te worden opgezet. Belangrijk hierbij is wellicht de betrokkenheid van de vier actoren binnen de eerstelijnsgezondheidszorg/huisartsgeneeskunde: de overheid, de instellingen verantwoordelijk voor de financiering (RIZIV, mutualiteiten, etc.), de beroepsgroepen, en de patiënten. Zij zouden samen een Vlaamse werkgroep “Performantie van de eerstelijnsgezondheidszorg” kunnen vormen. Deze werkgroep staat in voor het mee uitdenken van een geïntegreerd beleid met betrekking tot eerstelijnsgezondheidszorg in Vlaanderen, het systematisch monitoren van de performantie ervan en het formuleren van adviezen tot bijstellingen van het beleid.

Verzamelen van cijfergegevens op patiënt-, huisarts- en praktijkniveau via een eerstelijnsgezondheidszorgobservatorium

Een belangrijke voorwaarde voor het evalueren van de performantie van de gezondheidszorg is de beschikbaarheid van een databank met gedetailleerde informatie op patiënt - niveau (in tegenstelling tot geaggregeerde data per uitkomstvariabele). De meest betrouwbare en wellicht ook de meest kosteneffectieve en duurzame manier om deze informatie te verzamelen is het gebruik van informatie uit elektronische patiëntendossiers. Belangrijk is dat hierbij episode - georiënteerde informatie en informatie over de demografische en sociale situatie van de patiënt wordt verzameld voor een gekende en representatieve populatie. Deze dient te worden aangevuld door informatie over de praktijk (grootte praktijk, ligging, interdisciplinaire samenstelling, etc.) en informatie over de artsen (leeftijd, geslacht, bijkomende specialisaties, etc.). Een dergelijke databank is van onschatbare waarde bij het (op verschillende geografische niveaus) in kaart brengen van de nood aan gezondheidszorg en het evalueren van de kwaliteit van die zorg.

De mogelijkheid van het opzetten van een initiatief waarbij informatie uit patiëntendossiers wordt samengebracht werd in het verleden al vaker geëxploreerd. Men botste toen onder meer op een aantal technische barrières zoals veel huisartsen die nog niet elektronisch registreerden en/of dit niet deden aan de hand van ICPC-2 codering, en softwarepakketten die niet voorzien waren op het exporteren en “mergen” van data. In de loop van de voorbije jaren evolueerde de technologie sterk, raakte de registratie en ICPC-2 codering meer ingeburgerd in de huisartsenpraktijk, werd ervaring opgebouwd met het extraheren, uitwisselen en/of “mergen” van patiëntendata (Intego, Vitalink, e - Health, etc.), werden in verschillende Europese landen succesvolle initiatieven opgezet (in Vlaanderen kennen we het Intego - netwerk). Een grondige analyse van deze buitenlandse ervaringen (barrières, voorwaarden, etc.), een evaluatie van Intego, het exploreren van aanvullende mogelijkheden om informatie te extraheren uit praktijken met een bekende, vaste populatie (bijvoorbeeld praktijken opererend in kader van art. 52 par. 1 van de wet van 14/07/94), en een haalbaarheidsstudie in

Vlaanderen zou de mogelijkheid van een eerstelijnsgezondheidszorgobservatorium kunnen exploreren.

Monitoring op drie niveau's

De monitoring van de performantie dient te gebeuren op verschillende niveaus: het macro - niveau (beleidsniveau), het meso - niveau (loco - regionaal of praktijkniveau) en het micro - niveau (het niveau van individuele zorgverstrekkers).

Wat het monitoren van de performantie op macro - niveau betreft, is een systematische evaluatie van nieuwe of bijgestuurde beleidsmaatregelen essentieel. Wat wordt beoogd met een bijsturing van het bestaande beleid of met de nieuwe maatregelen (concrete, meetbare doelstellingen)? Bijvoorbeeld het verminderen van het uitstellen van gezondheidszorg omwille van financiële redenen met 5%. Om vervolgens te meten of deze doelstellingen worden bereikt. In de evaluatie hiervan dient bijzondere aandacht te gaan naar de effecten op sociale ongelijkheid in gezondheid en in gezondheidszorggebruik, alsook naar de mate waarin de maatregel tegemoet komt aan de zorgnood.

Een dergelijke evaluatie kan gebeuren met behulp van een eerstelijnsgezondheidszorgobservatorium, door het opzetten van specifieke evaluatiestudies, en door analyses van administratieve data. In afwachting van een eerstelijnsgezondheidszorgobservatorium, kan een jaarlijkse herhaling van het door het RIZIV in 2013 gepubliceerde rapport een alternatief vormen om beleid te monitoren. Dit rapport legde voor de eerste keer alle beschikbare cijfers samen en geeft zo een algemeen beeld over de performantie van de huisartsgeneeskunde. Een jaarlijkse opvolging van deze oefening kan een belangrijke eerste stap zijn in het monitoren van het beleid.

Op lokaal en regionaal niveau gaat bijzondere aandacht naar een evaluatie van de continuïteit van zorg waaronder het monitoren van de geografische spreiding van diensten (ook hier gekoppeld aan de lokale zorgnood). Ook het evalueren van zorgtrajecten (doorheen welzijns- en gezondheidssector) en de interdisciplinaire samenwerking (zowel eerste - tweede lijn, als gezondheidszorg - welzijnszorg) lijkt hierbinnen van belang. Aangezien lokale besturen wellicht een belangrijke impact hebben op deze aspecten van zorgorganisatie, dienen zij betrokken te worden bij de evaluatie ervan.

Op micro-niveau (huisartsen) en meso-niveau (praktijk) dient respectievelijk de interacties met de patiënt en de kwaliteit van zorgprocessen te worden gemonitord. Dit eerste kan onder meer gebeuren aan de hand van een verder verfijnde versie van de huidige profielenevaluaties. Om dit instrument ook te gaan hanteren als meetinstrument voor kwaliteit in de praktijk, is een koppeling van de prestaties en het voorschrijfgedrag enerzijds aan kenmerken van de patiëntenpopulatie anderzijds essentieel. In een situatie zonder vaste inschrijving bij de huisarts is dit een moeilijke oefening. In een eerste fase zou kunnen uitgegaan worden van de kenmerken van de patiënten die bij die artsen(praktijk) een GMD afsloten (leeftijd, geslacht, voorkeurregeling en statuut ziekteverzekering). Een andere piste om de kwaliteit op praktijkniveau te verhogen en te monitoren is het invoeren van een "accreditering" die de kwaliteit van de voorziening (huisartsenpraktijk) evalueert. In dit kader kan de European Practice Assessment Tool wellicht een zeer bruikbaar instrument zijn. Ook het Vlaamse PraktijkOndersteunend Project (POP) toonde de meerwaarde aan van kwaliteitsbevorderende projecten in de huisartsenpraktijk.

Referenties

Aday, L.A. & Anderson, R.M., (1984). The national profile of access to medical care ? Where do we stand? *American journal of public health*, 74 (12), 1331-1339.

Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg, BS 19 december 2008.

Boerma, W.G., Van Der Zee, J., Fleming, D.M. (1997) Service profiles of general practitioners in Europe. *British Journal of General Practice*, 47, 481-486.

Charafeddine, R., Demarest, S., Drieskens, S., Gisle, L., Tafforeau, J., Van der Heyden, J. Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008. Health interview survey interactive analysis. Public Health and Surveillance, Scientific Institute of Public Health, Brussels, Belgium. 2013. www.wiv-isp.be/epidemiology/hisia/index.htm.

De Maeseneer, J. *Huisartsgeneeskunde: een verkenning, een explorerend onderzoek bij huisartsen - stagebegeleiders* (Proefschrift) . Gent: Rijksuniversiteit, 1989.

De Maeseneer, J. (2012). Tackling NCDs: a different approach is needed. *The Lancet*, 379, 1860 - 1861.

De Maeseneer, J. & Boeckstaens, P. (2012). James Mackenzie Lecture 2011: multimorbidity, goal-oriented care, and equity. *British Journal of General Practice*, 62(600), e522-e524.

Gerkens, S. et al. (2010). Het Belgisch Gezondheidssysteem in 2010. Health Services Research (HRS). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 138A. D/2010/10.273/59.

Kringos, D.S., Boerma, W.G., Bourgueil, Y., Cartier, T., Hasvold, T., Hutchinson, A., Lember, M. et al. (2010) The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Family Practice*, 11.

Marmot, M. & Bell, R. (2012). Fair society, healthy lives. *Public Health International Conference*, S-4 - S-10.

Meeus, P. & Van Aubel, X. (2012) Performantie van de huisartsgeneeskunde, een check up. Health Services Research (HSR). Brussel: Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), D/2012/0401/12.

Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap (2003). *Decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid*.

Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap (2004). *Decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders*.

Nuyens, I. (2010). *Meer lijn in eerste lijn: syntheserapport Conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg*.

Paulus, D., Van den Heede, K. & Mertens R. (2012). Organisatie van zorg voor chronisch zieken in België: ontwikkeling van een position paper. Health Services Research (HRS). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 190A. D/2012/10.273/79.

- Pelfrene, E. (2013). Perceptie van de gezondheid en de gezondheidszorg bij Vlamingen - resultaten van de ISSP survey 2011. Studiedienst van de Vlaamse Regering, D2013/3241/047.
- Schäfer, W.L., Boerma, W.G., Kringos, D.S., De Maeseneer, J., Greß, S., Heinemann, S., Rotar-Pavlic, D., et al. (2011). QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Family Practice*, 12.
- Schäfer, W.L., Boerma, W.G., Kringos, D.S., De Ryck, E., Greß, S., Heinemann, S., Murante, A.M., et al. (2013). Measures of quality, costs and equity in primary health care instruments developed to analyse and compare primary care in 35 countries. *Quality in Primary Care*, 21 (2), 67-79.
- Starfield, B. (1994). Is primary care essential? *The Lancet*, 344, 1129 - 1133.
- Starfield, B. (2004). Promoting equity in health through research and understanding. *Developing World Bioethics*, 4 (1), 76-95.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank quarterly*, 83(3), 457-502.
- Starfield, B. (2011). The hidden inequity in health care. *International Journal for Equity in Health*, 10 (15), 15.
- Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin (2009). *Reflectienota over de Beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*.
- Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin (2010). *Reflectienota Eerstelijnszorg*.
- Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin (2011). *Visienota Maatschappelijk verantwoorde zorg*.
- Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin (2012). *Visienota Integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen*.
- Van Deurzen, J. (2010). *Powerpoint presentatie Conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg*.
- Van Lerberghe, W. (2008). *The world health report 2008: primary health care: now more than ever*. World Health Organization.
- Verlinde, E., De Laender, N., De Maesschalk, S., Deveugele, M. & Willems, S. (2012). The social gradient in doctor - patient communication. *Journal for Equity in Health*, 11 (12).
- Vlaams Parlement (2009). *Beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2009-2014*.
- Vlaamse Regering (2010). *Groenboek: interne staatshervorming*.
- Vrijens, F., Renard, F., Jonckheer, P., Van den Heede, K., Desomer, A., Van de Voorde, C., Walckiers, D., et al. (2012). De performantie van het Belgische gezondheidszorgsysteem - rapport 2012. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE report 196A, D/2012/10.273/110.

Bijlagen

Bijlage 1

Bijlage bij hoofdstuk 4 - Empowerment van patiënten en hun naaste omgeving

Gedetailleerde beschrijving tabellen

4 Bijlage: gedetailleerde beschrijving tabellen

4.1 In geval van verwijzing, wie beslist er waarheen de patiënt wordt verwezen?

Resultaten van de detailanalyse in Vlaanderen worden weergegeven in tabel 3.1.1 en deze van de internationale vergelijking in tabel 3.1.2.

4.1.1 De Vlaamse situatie

4.1.1.1 Analyse volgens geslacht, leeftijd en locatie van de artspraktijk

De vraag wie; in geval van verwijzing; beslist tot welke zorgverstreker de patiënt zich zal wenden, werd enkel gesteld aan de huisartsen. Globaal gezien geeft het overgrote deel van de huisartsen, ongeacht geslacht; leeftijd en locatie van de artspraktijk, aan dat het om een gezamenlijke beslissing (tussen de arts en patiënt) gaat. We observeren geen significante verschillen naar geslacht, leeftijd of locatie van de praktijk.

4.1.2 Een Europese vergelijking

Wanneer we dit item vergelijken tussen Europa en Vlaanderen, zien we een significant verschil. In Europa geeft 31.9% van de huisartsen aan dat zij zelf de beslissing nemen naar wie men verwijst in vergelijking met 5.0% in Vlaanderen. Daarnaast observeren we in Europa een grotere fractie (3.3% in vergelijking met 0.5% in Vlaanderen) van huisartsen die aangeeft dat enkel de patiënt beslist waarheen hij verwezen zal worden. In Vlaanderen geeft men meer aan dat het over een gezamenlijk beslissing (94.5% in vergelijking met 61.1% in Europa), tussen de huisarts en de patiënt, gaat.

Vervolgens vergelijken we de Vlaamse context met twee buurlanden: Nederland en Duitsland. Bij de vergelijking van de Nederlandse met de Vlaamse context, observeren we dat in Nederland patiënten meer zelf kiezen (3.4%) waarheen ze verwezen worden en in mindere mate de huisarts (3.8%). Dit resulteert in een kleinere proportie van huisartsen die aangeeft dat het over een gezamenlijke beslissing gaat (89.5% in vergelijking met 94.5% in Vlaanderen). In Duitsland geeft men meer aan dat de huisarts zelf (15.1%) en de patiënt zelf (5.9%) beslissen waarheen verwezen zal worden en dat het in mindere mate gaat om een gezamenlijke beslissing. Merk op dat zowel Nederland als Duitsland, net als Vlaanderen, ver onder het Europese gemiddelde blijven qua fractie waarbij de huisarts alleen beslist over de doorverwijzing.

4.2 Als een patiënt wordt doorverwezen, beslist de huisarts naar wie hij/zij gaat.

Resultaten van de detailanalyse in Vlaanderen worden weergegeven in tabel 4.1.3 en deze van de internationale vergelijking in tabel 4.1.4.

4.2.1 De Vlaamse situatie

4.2.1.1 Analyse volgens geslacht en leeftijd

In de leeftijdscategorie 18 - 24 jaar zien we het minst patiënten dat aangeven dat de huisarts beslist naar wie zij verwezen worden. De grootste percentages zien we bij de patiënten in de

leeftijdscategorie 65 - 75 jaar en 85 +. De resultaten geven geen verschillen aan tussen mannen en vrouwen.

4.2.1.2 *Analyse volgens socio - economische achtergrondkenmerken*

We observeren dat respondenten uit alle opleidingsniveaus het meest 'neen' antwoorden op de vraag of de huisarts beslist naar wie zij doorverwezen zullen worden. Patiënten met een lager secundaire opleiding geven, in vergelijking met patiënten met een hoger secundaire opleiding of opleiding hoger onderwijs, het frequenter aan dat de huisarts dit beslist (38.3%). Voor de variabele 'inkomen van het huishouden' bekomen we geen significant verschil binnen de subgroepen.

4.2.2 Een Europese vergelijking

Ongeveer de helft van de bevroegde patiënten in Europa (47%) rapporteert dat hun huisarts beslist naar wie zij doorverwezen worden. Dit is een significant grotere groep in vergelijking met de respondenten in Vlaanderen, waar de patiënten meer aangeven dat hun arts dit niet zelf beslist (44.9% in vergelijking met 31.3% in Europa). Wanneer we Duitsland en Vlaanderen vergelijken, observeren we in de bevroegde populatie in Duitsland een groter percentage dat aangeeft dat hun huisarts in geval van verwijzing niet beslist naar wie de patiënt zal gaan.

4.3 De patiënt vindt het moeilijk om van zijn/haar huisarts een doorverwijzing naar een arts-specialist te krijgen.

Resultaten van de detailanalyse in Vlaanderen worden weergegeven in tabel 4.1.5 en deze van de internationale vergelijking in tabel 4.1.6.

4.3.1 De Vlaamse situatie

4.3.1.1 *Analyse volgens geslacht en leeftijd*

Bevroegde patiënten in Vlaanderen, in de leeftijdscategorie 65 - 74 jaar, rapporteren het meest (10.9%) dat ze het moeilijk vinden om een verwijzing van hun huisarts te krijgen in vergelijking met de andere leeftijdscategorieën. De oudste patiënten (leeftijdscategorie 85+) vinden het gemakkelijkst om een verwijzing van hun arts te krijgen (77.5%).

4.3.1.2 *Analyse volgens socio - economische achtergrondkenmerken*

Bij patiënten met een opleiding lager secundair geeft 8.5% aan dat ze het moeilijk vinden om een doorverwijzing van de huisarts te krijgen, hetgeen een relatief grotere proportie is in vergelijking met bevroegde patiënten met een opleidingsniveau hoger secundair (6.4%) en hoger onderwijs (5.5%).

4.3.2 Een Europese vergelijking

9.8% van de bevroegde populatie in Europa, 6.9% in Nederland en 8.6% in Duitsland geeft telkens aan het moeilijker te vinden een doorverwijzing van hun arts te verkrijgen in vergelijking met de bevroegde populatie in Vlaanderen. In Vlaanderen geeft 72.3% aan dit net niet moeilijk te vinden.

4.4 Betreft de arts de patiënt bij het nemen van een beslissing over de behandeling?

Resultaten van de detailanalyse in Vlaanderen worden weergegeven in tabel 4.1.7 en deze van de internationale vergelijking in tabel 4.1.8.

4.4.1 De Vlaamse situatie

4.4.1.1 Analyse volgens geslacht en leeftijd

In Vlaanderen geeft het merendeel van de patiënten, in alle leeftijdscategorieën, aan dat ze wel degelijk door de arts betrokken worden bij het nemen van een beslissing over de behandeling. De jongste (18 - 24 en 25 - 34 jaar) en oudste (85+) respondenten geven het meest aan niet betrokken te worden door de arts (respectievelijk 14.0%, 11.1% en 10.0%). De resultaten verschillen niet significant tussen mannen en vrouwen.

4.4.1.2 Analyse volgens socio - economische achtergrondkenmerken

Over de verschillende opleidingsniveaus heen, geeft het merendeel van de patiënten aan dat ze door de arts betrokken worden bij het nemen van beslissingen over de behandeling. Respondenten met een opleidingsniveau hoger onderwijs (87.2%) rapporteren dit het meest, gevolgd door respondenten met een opleidingsniveau hoger secundair (85.5%) en lager secundair (81.3%).

4.4.2 Een Europese vergelijking

In de internationale context zien we dat 84.9% van de patiënten in Vlaanderen aangeeft dat ze betrokken worden in de beslissing over de behandeling. Dit is een relatief groter percentage in vergelijking met de rapportages van Europa (76.9%) en Nederland (84.1%).

4.5 Voelt de patiënt zich beter opgewassen tegen zijn/haar gezondheidsprobleem na een consultatie dan ervoor?

Resultaten van de detailanalyse in Vlaanderen worden weergegeven in tabel 4.2.9 en deze van de internationale vergelijking in tabel 4.2.10.

4.5.1 De Vlaamse situatie

4.5.1.1 Analyse volgens geslacht en leeftijd en socio - economische achtergrondkenmerken

We observeren geen significante verschillen naar geslacht, verschillende leeftijdscategorieën, opleidingsniveaus, inkomen van het huishouden en of de patiënt zich al dan niet beter opgewassen voelt tegen zijn gezondheidsprobleem/ziekte na een consultatie.

4.5.2 Een Europese vergelijking

Bevraagde patiënten in Vlaanderen (73.8%) voelen zich na een consultatie beter opgewassen tegen hun gezondheidsprobleem of ziekte. Dit percentage ligt in lijn met het Europees (72.2%) gemiddelde en Nederland (59.1%). Respondenten in Duitsland (79.5%) voelen zich dan weer significant meer opgewassen dan diegene in Vlaanderen.

4.6 Wanneer een patiënt niet tevreden is over de behandeling. Is de arts bereid hierover te praten met de patiënt?

Resultaten van de detailanalyse in Vlaanderen worden weergegeven in tabel 4.2.11 en deze van de internationale vergelijking in tabel 4.2.12.

4.6.1 De Vlaamse situatie

4.6.1.1 Analyse volgens geslacht en leeftijd

De resultaten geven een significant verschil aan tussen de leeftijdscategorieën, maar wanneer we de absolute aantallen nader bekijken zien we zeer kleine verschillen. Respondenten uit de oudste leeftijdscategorie (85+) geven het vaakst aan dat huisarts bereid is om over ontevredenheid over de behandeling. Er worden geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen geobserveerd.

4.6.1.2 Analyse volgens socio - economische achtergrondkenmerken

Opleidingsniveau en inkomen van het huishouden van de patiënt geeft geen significante verschillen weer op het vlak of de arts al dan niet bereid is om over de ontevredenheid van de behandeling te praten.

4.6.2 Een Europese vergelijking

Patiënten in Vlaanderen (84.8%) geven vaker aan dat hun huisarts openstaat om met hen te praten wanneer ze ontevreden zijn over een behandeling, terwijl een grotere fractie respondenten in Europa (8.2%) aangeeft dat hun huisarts hier niet voor openstaat. Nederland en Duitsland verschillen in dit opzicht niet van de Vlaamse context.

4.7 Hoe belangrijk is het voor de patiënt dat hij/zij goed begrijpt wat de arts uitlegt?

Resultaten van de detailanalyse in Vlaanderen worden weergegeven in tabel 4.3.13 en deze van de internationale vergelijking in tabel 4.3.14.

4.7.1 De Vlaamse situatie

4.7.1.1 *Analyse volgens geslacht en leeftijd*

Er worden geen significante verschillen tussen mannen, vrouwen en de leeftijdscategorieën geobserveerd in de mate van belangrijkheid van de patiënt om goed te begrijpen wat de huisarts uitlegt.

4.7.1.2 *Analyse volgens socio - economische achtergrondkenmerken*

77.1% van de respondenten met hoger onderwijs als opleidingsniveau beantwoordde de vraag of ze het belangrijk vinden dat ze goed begrijpen wat de arts zegt met 'zeer belangrijk', wat significant verschilt voor de andere (lagere) opleidingsniveaus. Bij personen met een lager secundair opleidingsniveau rapporteert 2.0% dat ze dit 'niet of enigszins belangrijk' vinden. Wat het inkomen betreft, zien we een hoger percentage (69.2%) van respondenten met een inkomen boven het gemiddelde, dat aangeeft dat het 'zeer belangrijk' is om te begrijpen wat de arts uitlegt.

4.7.2 Een Europese vergelijking

In Nederland geeft een lager percentage van de patiënten, namelijk 60.4%, aan dat het 'zeer belangrijk' vinden om goed te begrijpen wat de arts uitlegt in vergelijking met 65.7% in Vlaanderen. We noteren verder geen significante verschillen in de vergelijking met Europa, Duitsland en Vlaanderen.

4.8 Hoe belangrijk is het voor de patiënt dat de arts hem/haar betreft bij beslissingen over de behandeling?

Resultaten van de detailanalyse in Vlaanderen worden weergegeven in tabel 4.3.15 en deze van de internationale vergelijking in tabel 4.3.16.

4.8.1 De Vlaamse situatie

4.8.1.1 *Analyse volgens geslacht en leeftijd*

Of patiënten het al dan niet belangrijk vinden dat de arts hen betreft bij het nemen van beslissingen rond de behandeling is niet significant verschillend wanneer we de resultaten opdelen naar geslacht of leeftijd.

4.8.1.2 *Analyse volgens socio - economische achtergrondkenmerken*

Globaal tonen de resultaten aan dat grote proporties patiënten, vanuit alle opleidingscategorieën het belangrijk tot zeer belangrijk vinden dat de arts hen betreft bij beslissingen. 50.8% van de patiënten met een opleidingsniveau hoger secundair onderwijs vindt het zeer belangrijk dat de arts hen betreft bij de beslissing over de behandeling. Dit is duidelijk hoger dan het overeenkomstige percentage onder de patiënten met een opleidingsniveau lager secundair onderwijs (48.0%) of hoger onderwijs (41.7%).

Het inkomen van het huishouden is voor deze vraag niet significant verschillend naar de mate van belangrijkheid voor de patiënt om betrokken te worden bij beslissingen rond de behandeling.

4.8.2 Een Europese vergelijking

Een grotere proportie bevroegde patiënten in Vlaanderen (49.3%) rapporteert dat ze het 'zeer belangrijk' vinden dat de arts hen betreft in beslissingen over de behandeling in vergelijking met Europa (40.0%). We observeren geen significant verschil in de vergelijking van Nederland, Duitsland en Vlaanderen onderling.

4.9 Hoe belangrijk is het voor de patiënt dat hij/zij zich beter opgewassen voelt tegen zijn/haar gezondheidsprobleem na een consultatie dan ervoor?

Resultaten van de detailanalyse in Vlaanderen worden weergegeven in tabel 4.3.17 en deze van de internationale vergelijking in tabel 4.3.18.

4.9.1 De Vlaamse situatie

4.9.1.1 Analyse volgens geslacht en leeftijd

In de leeftijdsgroepen 18 - 24 jaar en 55 - 64 jaar beantwoorden respondenten de vraag naar de belangrijkheid of ze zich beter opgewassen voelen tegen hun gezondheidsprobleem na een consultatie het meest met 'zeer belangrijk' (respectievelijk 46.% en 55.6%). Terwijl in de andere leeftijdsgroepen de patiënten dit het meest beantwoorden met 'belangrijk'. Voor geslacht zien we geen significant verschil tussen mannen en vrouwen.

4.9.1.2 Analyse volgens socio - economische achtergrondkenmerken

Resultaten voor het opleidingsniveau en het gemiddeld inkomen van het huishouden van de respondent zijn ongeveer hetzelfde tussen de verschillende categorieën. Bijgevolg noteren we geen significante verschillen tussen deze variabelen en de belangrijkheid voor patiënten dat ze zich beter opgewassen voelen tegen hun gezondheidsprobleem na een consultatie.

4.9.2 Een Europese vergelijking

59.0 % van de respondenten in Duitsland categoriseert dit item als 'zeer belangrijk', hetgeen een significant grotere fractie is dan in Vlaanderen (36.3%). Hetzelfde kan gezegd worden voor Europa, hier zien we ook een grotere groep respondenten (45.5%) dat het zeer belangrijk vindt dat ze zich beter opgewassen voelen tegen een gezondheidsprobleem. Nederland verschilt op dit vlak niet van Vlaanderen.

4.10 Hoe belangrijk is het voor de patiënt dat de arts vraagt hoe hij/zij het liefst behandeld wil worden?

Resultaten van de detailanalyse in Vlaanderen worden weergegeven in tabel 4.3.19 en deze van de internationale vergelijking in tabel 4.3.20.

4.10.1 De Vlaamse situatie

4.10.1.1 Analyse volgens geslacht en leeftijd en socio - economische achtergrondkenmerken

De resultaten voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en inkomen van het huishouden variëren niet significant in functie van de vraag 'hoe belangrijk is het voor de patiënt dat de arts vraagt hoe hij/zij liefst behandeld wil worden'.

4.10.2 Een Europese vergelijking

De vraag van de huisarts naar de preferentie van behandeling wordt door 32.3% van de bevroegde patiënten in Vlaanderen als 'zeer belangrijk' gecategoriseerd. Hetgeen een grotere groep is dan in Europa (23.9%) en Nederland (18.9%). Duitsland en Vlaanderen verschillen niet significant op dit vlak.

4.11 Hoe belangrijk is het voor de patiënt dat de huisarts, tijdens de consultatie, aanvullende informatie geeft over het gezondheidsprobleem?

Resultaten van de detailanalyse in Vlaanderen worden weergegeven in tabel 4.3.21 en deze van de internationale vergelijking in tabel 4.3.22.

4.11.1 De Vlaamse situatie

4.11.1.1 Analyse volgens geslacht en leeftijd en socio - economische achtergrondkenmerken

We noteren geen significante verschillen naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en inkomen van het huishouden in hoe belangrijk de patiënt het vindt om aanvullende informatie over zijn/haar aandoening te ontvangen.

4.11.2 Een Europese vergelijking

Wanneer we Vlaanderen vergelijken met Duitsland zien we een significant groter percentage bij de bevroegde patiënten in Duitsland die het belangrijk (50.0%) tot zeer belangrijk (18.8%) vinden om aanvullende informatie over hun gezondheidsprobleem van hun huisarts te ontvangen. De respondenten in Vlaanderen (5.5%) geven meer aan dit niet belangrijk te vinden. Europa en Nederland verschillen in dit opzicht niet van Vlaanderen.

4.12 Hoe belangrijk is het voor de patiënt dat de huisarts, tijdens de consultatie, informeert over betrouwbare bronnen van informatie?

Resultaten van de detailanalyse in Vlaanderen worden weergegeven in tabel 4.3.23 en deze van de internationale vergelijking in tabel 4.3.24.

4.12.1 De Vlaamse situatie

4.12.1.1 Analyse volgens geslacht en leeftijd

Doordat de proportie patiënten, die 'zeer belangrijk' antwoorden op bovenstaande vraag, zeer klein is nemen we deze samen met de categorie 'belangrijk'. Vervolgens observeren we dat de leeftijdscategorie 65 - 74 jaar, met een percentage van 61.9%, het meest aangeeft dit als 'belangrijk' te percipiëren. Mannen en vrouwen verschillen in dit opzicht niet significant van elkaar.

4.12.1.2 Analyse volgens socio - economische achtergrondkenmerken

We observeren geen significante verschillen wanneer we opleiding en gemiddeld inkomen van het huishouden gaan vergelijken met hoe belangrijk het voor een patiënt is om door de huisarts geïnformeerd te worden over betrouwbare informatiebronnen.

4.12.2 Een Europese vergelijking

Patiënten in Duitsland categoriseren bovenstaande vraag het meest (44.9%) als 'belangrijk', wat significant verschillend is voor de patiënten in Vlaanderen (41.3%). Europa en Nederland verschillen op dit vlak niet van Vlaanderen.

4.13 Hoe belangrijk is het voor de patiënt dat hij/zij de huisarts vertelt wat hij/zij wil bespreken in de consultatie?

Resultaten van de detailanalyse in Vlaanderen worden weergegeven in tabel 4.3.25 en deze van de internationale vergelijking in tabel 4.3.26.

4.13.1 De Vlaamse situatie

4.13.1.1 Analyse volgens geslacht en leeftijd en socio - economische achtergrondkenmerken

We observeren geen verschillen naar geslacht, leeftijd, opleiding of gemiddeld inkomen in de perceptie van belangrijkheid van de patiënt om de arts te vertellen wat hij/zij effectief wil bespreken in een consultatie.

4.13.2 Een Europese vergelijking

De bevraagde populatie in Nederland beantwoordt de vraag of ze het belangrijk vinden om de huisarts te vertellen wat ze willen bespreken in de consultatie het vaakst met 'belangrijk', wat een significant groter percentage is (67.6%) in vergelijking met Vlaanderen (55.7%). De hoeveelheid patiënten dat aangeeft dit als 'zeer belangrijk' te categoriseren verschillen niet tussen Vlaanderen en Nederland. We nemen geen verschillen waar wanneer we Europa en Duitsland met Vlaanderen vergelijken.

4.14 Hoe belangrijk is het voor de patiënt dat hij/zij voorbereid is om vragen te stellen en aantekeningen te nemen?

Resultaten van de detailanalyse in Vlaanderen worden weergegeven in tabel 4.3.27 en deze van de internationale vergelijking in tabel 4.3.28.

4.14.1 De Vlaamse situatie

4.14.1.1 Analyse volgens geslacht en leeftijd

We observeren meer vrouwen die het 'zeer belangrijk' vinden (12.2% in vergelijking met 6.6% mannen) om voorbereid te zijn, vragen te stellen en aantekeningen te maken tijdens de consultatie met hun huisarts. Oudere patiënten (uit de leeftijdscategorieën 75 - 85 jaar en 85+ jaar) percipiëren dit het meest als 'zeer belangrijk' (respectievelijk 21.4% en 33.3%).

4.14.1.2 Analyse volgens socio - economische achtergrondkenmerken

Er worden geen significante verschillen naar opleidingsniveau en inkomen van het huishouden geobserveerd.

4.14.2 Een Europese vergelijking

Bevraagde patiënten in Duitsland percipiëren (51.3%), in vergelijking met Vlaanderen (46.8%), het belangrijker om goed voorbereid te zijn om vragen te kunnen stellen of aantekeningen te maken tijdens een consultatie. Europa en Nederland verschillen op bovenstaande vraag niet significant van Vlaanderen.

4.15 Hoe belangrijk is het voor de patiënt dat hij/zij eerlijk is over zijn/haar gebruik van andere behandelingen (zoals zelfmedicatie of alternatieve geneeswijzen)?

Resultaten van de detailanalyse in Vlaanderen worden weergegeven in tabel 4.3.29 en deze van de internationale vergelijking in tabel 4.3.30.

4.15.1 De Vlaamse situatie

4.15.1.1 Analyse volgens geslacht en leeftijd

Vrouwen geven significant meer aan, dan mannen (42.1% en 36.8%), het belangrijk (48.8%) tot zeer belangrijk (44.7%) te vinden om hun huisarts op de hoogte te houden van andere behandelingen die ze ondergaan. We observeren geen verschillen in leeftijdscategorieën wat betreft dit onderwerp.

4.15.1.2 Analyse volgens socio - economische achtergrondkenmerken

Socio - economische achtergrondkenmerken zoals opleidingsniveau en gemiddeld inkomen van het huishouden verschillen niet significant in de perceptie van belangrijkheid van de patiënt om eerlijk te zijn over het gebruik van andere behandelingen.

4.15.2 Een Europese vergelijking

Wanneer we de bevraagde patiënten in Europa (28.0%) vergelijken met deze in Vlaanderen (41.8%) zien we dat het percentage van respondenten in Vlaanderen die de eerlijkheid over hun gebruik van

andere behandelingen 'zeer belangrijk' vinden, significant hoger ligt. We observeren ook een verschil tussen Vlaanderen en Duitsland. De patiënten in Duitsland geven meer (57.7%) aan het bovenstaand onderwerp 'belangrijk' te percipiëren in vergelijking met patiënten in Vlaanderen 46.3%). Nederland en Vlaanderen verschillen in dit opzicht niet van elkaar.

4.16 Hoe belangrijk is het voor de patiënt dat psychosociale onderwerpen besproken kunnen worden als dat nodig is?

Resultaten van de detailanalyse in Vlaanderen worden weergegeven in tabel 4.3.31 en deze van de internationale vergelijking in tabel 4.3.32.

4.16.1 De Vlaamse situatie

4.16.1.1 Analyse volgens geslacht en leeftijd

Het percentage vrouwen dat het zeer belangrijk (43.1%) vindt om met hun huisarts, indien nodig, psychosociale onderwerpen te bespreken ligt significant hoger dan het percentage mannen (31.6%). Deze geven meer (6.6%) aan het 'niet belangrijk' te vinden. Er werden geen verschillen in leeftijdscategorieën geregistreerd.

4.16.1.2 Analyse volgens socio - economische achtergrondkenmerken

Verschillen in opleidingsniveau en gemiddeld inkomen van het huishouden werden niet gevonden in de perceptie van belangrijkheid om psychosociale onderwerpen te bespreken met de arts.

4.16.2 Een Europese vergelijking

De bevraagde populatie in Vlaanderen geeft meer aan het belangrijk tot zeer belangrijk te vinden om eventueel psychosociale onderwerpen met de huisarts te kunnen bespreken in vergelijking met Europa. In Europa zien we een groter percentage (8.7% in vergelijking met 3.0% in Vlaanderen) patiënten dat het onbelangrijk vindt dat deze mogelijkheid er is. Nederland en Duitsland verschillen op dit vlak niet met Vlaanderen.

4.17 Hoe belangrijk is het voor de patiënt dat de arts, na een consultatie, alles onderzoeksresultaten aan de patiënt geeft. Ook als deze geen bijzonderheden laten zien.

Resultaten van de detailanalyse in Vlaanderen worden weergegeven in tabel 4.3.33 en deze van de internationale vergelijking in tabel 4.3.34.

4.17.1 De Vlaamse situatie

4.17.1.1 Analyse volgens geslacht en leeftijd en socio - economische achtergrondkenmerken

Er kunnen geen significante verschillen naar geslacht, leeftijd en socio - economische achtergrondkenmerken, in de belangrijkheid voor de patiënt om de onderzoeksresultaten te krijgen, aangetoond worden.

4.17.2 Een Europese vergelijking

Wanneer we de antwoorden van Europa met Vlaanderen vergelijken op de vraag in welke mate men het belangrijk vindt om de onderzoeksresultaten te ontvangen, beantwoordt 84.6% van de bevroegde patiënten in Europa dit met belangrijk tot zeer belangrijk. Dit is een significant groter percentage dan in Vlaanderen, waar 78.6% van de respondenten hetzelfde antwoordt.

4.18 Hoe belangrijk is het voor de patiënt dat de arts, na een consultatie, duidelijk instructies geeft over wat de patiënt moet doen als het misgaat?

Resultaten van de detailanalyse in Vlaanderen worden weergegeven in tabel 4.3.35 en deze van de internationale vergelijking in tabel 4.3.36.

4.18.1 De Vlaamse situatie

4.18.1.1 Analyse volgens geslacht en leeftijd

De proportie vrouwen die het belangrijk vindt om instructies te krijgen wat men kan doen als er iets misgaat, is significant groter (51.2%) dan de proportie mannen (34.2%). Er werden geen verschillen in leeftijdscategorieën gesignaleerd.

4.18.1.2 Analyse volgens socio - economische achtergrondkenmerken

Opleidingsniveau en gemiddeld inkomen van het huishouden van de respondent geven in dit opzicht geen significante verschillen weer.

4.18.2 Een Europese vergelijking

Bevroegde respondenten in Europa beantwoorden bovenstaande vraag significant vaker met 'zeer belangrijk' (61.9%) als we hun antwoorden vergelijken met deze uit Vlaanderen (51.2%). We observeren geen significant verschil wanneer we Duitsland en Nederland onderling met Vlaanderen vergelijken.

4.19 Hoe belangrijk is het voor de patiënt, dat hij/zij na een consultatie, aan de arts vertelt in hoeverre de behandeling aanslaat?

Resultaten van de detailanalyse in Vlaanderen worden weergegeven in tabel 4.3.37 en deze van de internationale vergelijking in tabel 4.3.38.

4.19.1 De Vlaamse situatie

4.19.1.1 Analyse volgens geslacht en leeftijd en socio - economische achtergrondkenmerken

In Vlaanderen is er geen verschil in hoe belangrijk een patiënt het vindt om de arts op de hoogte te houden van de effectiviteit van de behandeling naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en gemiddeld inkomen van het huishouden.

4.19.2 Een Europese vergelijking

Bevraagde respondenten in Europa (36.3%) en Duitsland (46.6%) beantwoorden de vraag of ze het belangrijk vinden om de arts op de hoogte te houden in hoeverre de behandeling aanslaat significant meer met 'zeer belangrijk'. Nederland verschilt in dit opzicht niet van Vlaanderen.

4.20 Hoe belangrijk is het voor de patiënt, dat hij/zij na een consultatie, een andere arts kan zien als hij/zij dat nodig vindt?

Resultaten van de detailanalyse in Vlaanderen worden weergegeven in tabel 4.3.39 en deze van de internationale vergelijking in tabel 4.3.40.

4.20.1 De Vlaamse situatie

4.20.1.1 Analyse volgens geslacht en leeftijd en socio - economische achtergrondkenmerken

We observeren geen significante verschillen naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en gemiddeld inkomen van de respondent en de mate van hoe belangrijk een patiënt het percipieert om een andere arts te kunnen raadplegen wanneer men dat nodig acht.

4.20.2 Een Europese vergelijking

Patiënten in Nederland (55.4%) en Duitsland (34.6%) vinden het significant belangrijker om, als zij dat nodig achten, een andere arts te kunnen raadplegen in vergelijking met bevroagde patiënten in Vlaanderen. We observeren op dit vlak geen verschil tussen Europa en Vlaanderen.

Bijlage 2

Bijlage bij hoofdstuk 5

Focussen op eerste lijn en verbindingen tussen en binnen eerste lijn en andere zorgniveau:

Gedetailleerde beschrijving tabellen

5 Bijlage: gedetailleerde beschrijving tabellen

5.1 Heeft de overheid de samenwerking of integratie binnen eerstelijnsgezondheidszorg vastgelegd in een wet of beleidsnota?

Resultaten van de internationale vergelijking worden weergegeven in tabel 5.1.1.

5.1.1 Vlaanderen

De vraag naar het al dan niet hebben van een wet of beleidsnota aangaande de samenwerking of integratie binnen eerstelijnsgezondheidszorg zit vervat in de PHAMEU databank. Deze vraag is als dusdanig niet gesteld aan respondenten, maar nagegaan via een systematisch literatuuronderzoek. Deze databank maakt verder geen opsplitsing tussen Vlaanderen en Wallonië en levert dus enkel Belgische data. In België is de samenwerking of integratie binnen eerstelijnsgezondheidszorg vastgelegd in een wet of beleidsnota. De Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg zijn daar een treffend voorbeeld van.

5.1.2 Internationaal

In vergelijking met de buurlanden heeft enkel Duitsland geen wet of beleidsnota die een integratie of samenwerking van de eerstelijnsgezondheidszorg vastlegt. De resultaten voor Nederland en het Verenigd Koninkrijk zijn hetzelfde als in België.

5.2 Is het gebruikelijk dat huisartsen geregeld (minimum 1 keer per maand) face-to-face contact hebben met andere professionals?

Waar de vorige vraag naar gebruikelijkheid van samenwerking tussen huisarts en medische specialisten niet verder specificceert, gaat de volgende vraag iets concreter: "Is het gebruikelijk dat huisartsen geregeld (minimum 1 keer per maand) 'face-to-face' contact hebben met andere professionals?" Onder deze andere professionals zitten in het bijzonder de volgende beroepsgroepen: collega-huisartsen, praktijkverpleegkundigen, verpleegkundigen van de thuiszorg, verloskundigen, fysiotherapeuten, apothekers, maatschappelijk werkers en geestelijke gezondheidszorg professionals. Resultaten van de internationale vergelijking worden weergegeven in tabel 5.1.2.

5.2.1 Vlaanderen

Wat de resultaten in België betreft, kan gezegd worden dat - volgens de PHAMEU databank - huisartsen 'af en toe' face-to-face contact hebben met andere professionals. Dit wordt opnieuw niet verder opgesplitst voor Vlaanderen en Wallonië.

5.2.2 Internationaal

In vergelijking met Nederland geeft de PHAMEU studie aan dat huisartsen in België minder frequent face-to-face contact hebben met andere professionals. De Nederlandse data wijzen immers uit dat huisartsen dit daar regelmatig doen. Dit ligt anders in Duitsland, waar aangegeven wordt dat er 'zelden of nooit' face-to-face contact is tussen huisartsen en andere professionals.

5.3 Hoe gebruikelijk werken huisartsen samen met een arts-specialist?

Aansluitend op de vorige vraag ging de PHAMEU studie op zoek naar de gebruikelijkheid van samenwerking tussen huisartsen en medische specialisten. Resultaten van de internationale vergelijking worden weergegeven in tabel 5.1.3.

5.3.1 Vlaanderen

Uit het systematisch literatuuronderzoek in de PHAMEU studie blijkt dat huisartsen in België 'zelden of nooit' samenwerken met medische specialisten.

5.3.2 Internationaal

De internationale vergelijking toont aan dat ook huisartsen in Duitsland en het Verenigd Koninkrijk 'zelden of nooit' samenwerken met medische specialisten. De situatie is echter anders in Nederland, daar doen huisartsen dit gewoonlijk wel.

5.4 Hoe vaak treft de huisarts (face-to-face) met andere beroepsbeoefenaars (beroepsmatig of sociaal)?

Waar bovenstaande vragen beantwoord werden met behulp van een systematisch literatuuronderzoek in het kader van de PHAMEU studie, wordt de vraag naar hoe vaak huisartsen (face-to-face) andere beroepsbeoefenaars (beroepsmatig of sociaal) treffen, voorgelegd aan huisartsen tijdens twee studies. Enerzijds in de GP Task Profiles studie (1993) en anderzijds in de QUALICOPC studie (2013). Voor de QUALICOPC studie beschikken we bovendien over de volledige Europese databank waardoor een gedetailleerde situering van Vlaanderen ten opzichte van andere Europese landen kan gegeven worden voor deze databank. Resultaten van de detailanalyse in Vlaanderen worden weergegeven in tabel 5.1.5, deze van de internationale vergelijking in tabel 5.1.6 en deze van de vergelijking 1993 - 2013 in 5.1.4.

5.4.1 Vlaanderen

5.4.1.1 Vergelijkende analyse volgens geslacht, leeftijd, soort en locatie van de artspraktijk

In deze vergelijkende analyse worden de antwoorden van de bevraagde huisartsen in Vlaanderen nagegaan. Hierbij worden de resultaten van 1993 (GP Task Profiles) vergeleken met de antwoorden van de huisartsen in 2013 (QUALICOPC) en dit voor contact met volgende beroepsbeoefenaars: collega-huisartsen, ambulant werkend arts-specialisten, arts-specialisten in een ziekenhuis, apothekers, verpleegkundigen in de thuiszorg, praktijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers. Deze vergelijking neemt vervolgens een analyse naar geslacht, leeftijd, soort en locatie van de huisartsenpraktijk mee.

- Contact met een collega-huisarts

De frequentie van (face-to-face) contact met een collega-huisarts verschilt significant naargelang leeftijd, geslacht en soort praktijk van de bevraagde huisartsen in Vlaanderen tussen 1993 en 2013. Zowel in 1993 als in 2013 geeft de meerderheid van de bevraagde huisartsen aan 'meerdere keren per maand' contact te hebben met een collega-huisarts. In 1993 geeft ruim 84% van de mannelijke huisartsen en net geen 16% van de vrouwelijke huisartsen aan 'meerdere keren per maand' contact te

hebben met een collega-huisarts. Ongeveer 20 jaar later is het percentage mannelijke artsen dat dit antwoord geeft, gedaald met ongeveer 30% wat gepaard gaat met een stijging van 25% onder de vrouwelijke huisartsen. Ook naargelang leeftijd treden er significante verschillen op tussen beide tijdstippen. Waar in 1993 meer dan de helft (52.6%) van de bevroegde huisartsen tussen 35 en 44 jaar in Vlaanderen aangeeft 'meerdere keren per maand' contact te hebben met collega-huisartsen, is dit in 2013 slechts 22.9%. De grootste groep (28.1%) in 2013 bevindt zich in de leeftijdscategorie 55 tot 64 jarigen. Tot slot vertoont ook het soort praktijk significante verschillen tussen 1993 en 2013. Bijna drie vierde (74.5%) van de huisartsen uit een solopraktijk in 1993 geeft aan 'meerdere keren per maand' contact te hebben met een collega-huisarts ten opzichte van 31.2% in 2013. In 2013 is de meerderheid (68.8%) van de bevroegde huisartsen die dit aangeeft werkzaam in een groepspraktijk. De antwoorden in de GP Task Profiles studie en QUALICOPC zijn niet significant verschillend naargelang locatie van de praktijk. De percentages huisartsen - die werkzaam zijn in een grootstedelijke, stedelijke of niet stedelijke omgeving - zijn dan ook eerder gelijklopend tussen de twee tijdstippen.

- Contact met een ambulante werkende medisch specialist

De contact frequentie met arts-specialisten vertoont verschillen in de verdeling van de huisartsen naar antwoordopties. De verschillen in resultaten tussen beide studies zijn dan ook significant. Met betrekking tot het contact met een ambulante werkende specialist antwoordt de grootste groep huisartsen in Vlaanderen, in de GP Task Profiles studie (78.2%), 'meerdere keren per maand' contact te hebben met ambulante werkende medische specialisten. In de QUALICOPC studie bevindt het grootste aantal huisartsen (69.7%) zich echter binnen de optie 'zelden of nooit'. Mannelijke huisartsen in 2013 geven iets vaker (51.5%) aan 'zelden of nooit' contact te hebben met ambulante werkende arts-specialisten. Ook in 1993, waar 30.3% van de huisartsen in Vlaanderen aangeeft 'zelden of nooit' contact te hebben met deze beroepsbeoefenaars, geven vooral mannelijke huisartsen dit aan (81.8%). Het percentage vrouwelijke huisartsen dat voor deze antwoordoptie kiest is na 20 jaar echter met bijna 30% gestegen (18.2% in 1993 en 48.5% in 2013). Opgesplitst naar leeftijdscategorieën geeft 27.3% van de huisartsen in Vlaanderen tussen 55 en 64 jaar in 2013 aan 'zelden of nooit' contact te hebben met ambulante werkende arts-specialisten. In 1993 situeert de grootste groep (61.4%) huisartsen zich in de leeftijdscategorie 35 tot 44 jaar. Tenslotte is het verschil tussen de variabele 'soort praktijk' en de keuze voor de antwoordoptie 'zelden of nooit' significant tussen beide databanken. In 1993 antwoordt 63.6% van de solo-huisartsen 'zelden of nooit' terwijl dit 20 jaar later gedaald is tot 40.6%. Bijgevolg geeft een significant groter percentage (59.4%) van de huisartsen uit groepspraktijken in 2013 deze categorie aan, in tegenstelling tot 36.4% in 1993.

- Contact met een arts-specialist in een ziekenhuis

Het contact met een specialist werkzaam in het ziekenhuis blijkt in 2013 frequenter plaats te vinden dan contact met een ambulante werkende specialist. De meerderheid van de bevroegde artsen (42.2%) in 2013 rapporteert 'elke één tot drie maand' contact te hebben met deze beroepsbeoefenaar. De meerderheid (77.8%) van de artsen bevroegd in de GP Task Profiles studie geeft echter aan 'meerdere keren per maand' met hen contact te hebben (22.2% in QUALICOPC). Hoewel opnieuw het percentage mannen (81.7% in 1993 en 57.1% in 2013), dat de optie 'elke 1-3 maand' aankruist, hoger ligt dan vrouwen (18.3% in 1993 en 42.9% in 2013), neemt deze laatste groep met bijna een vierde toe. Waar meer dan de helft van de huisartsen (52.2%) in de GP Task Profiles studie tussen de 35 en 44 jaar aangeeft 'elke één tot drie maand' contact te hebben met een specialist in het ziekenhuis, is dit meer overheen de leeftijdscategorieën verdeelt in 2013. De meeste (27.2%) artsen situeren zich in de leeftijdsgroep 25 tot 34 jarigen, maar dit verschilt weinig van de 35 tot 44 jarigen (25.9%) en de 45 tot

54 jarigen (23.5%). Een ruime meerderheid (61.7%) van de huisartsen die in 1993 in solopraktijken werken, geeft aan 'elke één tot drie maand' contact te hebben met deze beroepsbeoefenaar. In daarentegen 2013 geven artsen die werkzaam zijn in een groepspraktijk vaker aan (71.4%) 'elke één tot drie maand' contact te hebben.

- Contact met een apotheker

Huisartsen in Vlaanderen geven het meest aan dat ze 'elke één tot drie maand' contact hebben met een apotheker. In de GP Task Profiles studie kiest 57.9% van de artsen voor deze optie, in de QUALICOPC studie 42.1%. In beide gevallen zijn het vaker mannen (86.7% in GP Task Profiles en 54.9% in QUALICOPC) dan vrouwen (13.3% in GP Task Profiles en 45.1% vrouwen in QUALICOPC) die 'elke één tot drie maand' contact hebben met een apotheker. Toch is overheen 20 jaar de proportie mannen afgenomen, wat gepaard gaat met een stijging van het aantal vrouwelijke huisartsen die deze antwoordoptie aangeven. 'Elke één tot drie maand' contact hebben met een apotheker vertoont verder significante verschillen naargelang leeftijd. De helft van de 35 tot 44 jarige huisartsen (50.4%) in 1993 geeft dit aan, waar dit in 2013 enerzijds voornamelijk 25 tot 34 jarigen zijn (27.2%) en anderzijds 55 tot 64 jarigen (25.9%). Binnen de groep die aangeeft 'elke één tot drie maand' contact te hebben met een apotheker werkt twee derde van de bevraagde huisartsen in GP Task Profiles (65.5%) solo ten opzichte van een derde (34.1%) in QUALICOPC. De grootste groep huisartsen (65.9%) die kiest voor deze antwoordoptie in QUALICOPC werkt in een groepspraktijk. Tot slot verschillen de gegeven antwoorden overheen beide databanken ook significant afhankelijk van de locatie van de praktijk. Tussen 1993 (34.8%) en 2013 (54.9%) is er een stijging van 20% onder huisartsen werkzaam in een stedelijke context die aangeven 'elke één tot drie maand' contact te hebben met een apotheker. Meer huisartsen die in 1993 werkzaam zijn in een grootstedelijke omgeving (32.1%) geven aan 'elke één tot drie maand' contact te hebben met deze beroepsbeoefenaar dan huisartsen in de QUALICOPC studie (18.3%).

- Contact met een thuisverpleegkundige

De contact frequentie met een thuisverpleegkundige verschilt significant overheen beide databanken voor wat betreft geslacht, soort praktijk en locatie van praktijk. Het grootste aantal huisartsen in de GP Task Profiles studie (54.9%) en de QUALICOPC studie (45.1%) rapporteert 'meerdere keren per maand' contact te hebben met deze beroepsbeoefenaar. De antwoorden verschillen niet significant naargelang de leeftijd van de bevraagde huisarts. Iets meer dan de helft van de 35 tot 44 jarige artsen in de GP Task Profiles studie (52.7%) heeft 'meerdere keren per maand' contact met een thuisverpleegkundige, in de QUALICOPC studie is dit in dezelfde leeftijdscategorie slechts de helft (25.3%). De overgrote meerderheid (97.3%) van de bevraagde artsen in de GP Task Profiles studie die aangeeft 'meerdere keren per maand' contact te hebben met deze verpleegkundige zijn mannen. In de QUALICOPC studie is dit percentage met een derde gedaald (61.3%) en is 38.7% vrouw. Bijna drie vierde (72.0%) van de bevraagde huisartsen in de QUALICOPC databank die kiezen voor deze antwoordoptie is werkzaam in een groepspraktijk. Twee derde (65.5%) van de huisartsen in GP Task Profiles studie die deze antwoordoptie kiest, werkt in een solopraktijk. Het percentage huisartsen dat aangeeft 'meerdere keren per maand' contact te hebben met een thuisverpleegkundige en werkzaam is in een stedelijke omgeving ligt lager in 1993 (29.2%) dan in 2013 (49.5%).

- Contact met een praktijkverpleegkundige

De meerderheid van de artsen in beide databanken (48.7% in GP Task Profiles en 51.3% in QUALICOPC) geeft aan 'zelden of nooit' contact te hebben met een praktijkverpleegkundige. In 1993

geven meer mannelijke (80.2%) dan vrouwelijke huisartsen (19.8%) dit aan. Ook in 2013 ligt het percentage mannen (52.1%) hoger dan vrouwen (47.9%), maar is de kloof beduidend kleiner. Deze antwoordoptie lijkt verder voornamelijk door 35 tot 44 jarigen gekozen te worden (50.0%) in 1993 waar dit in 2013 gehalveerd (24.2%) is voor deze groep. De bevraging in 2013 toont voornamelijk een grotere groep 25 tot 34 jarigen (30.5%) die aangeeft 'zelden of nooit' contact te hebben met een praktijkverpleegkundige. Tot slot geeft een vergelijkende analyse tussen beide tijdstippen voor deze vraag ook een significant verschil weer naargelang het soort praktijk waarin de huisarts werkzaam is. In 1993 is drie vierde (74.7%) van de huisartsen in deze categorie werkzaam als solo-arts, in 2013 is dit slechts 28.1%. Vervolgens ligt het aantal huisartsen dat 'zelden of nooit' contact heeft met een praktijkverpleegkundige en werkzaam is in een groepspraktijk in 2013 hoger (71.9%). De locatie waar de huisartsen werkzaam zijn, levert geen significante verschillen voor deze antwoordoptie tussen beide databanken.

- Contact met een maatschappelijk werker

De meerderheid (59.1%) van de bevroegde huisartsen in de QUALICOPC studie geeft aan 'zelden of nooit' een maatschappelijk werker te treffen. In de GP Task Profiles studie is dit 40.9%. Voornamelijk de verdeling mannelijke en vrouwelijke huisartsen die dit aangeeft, verschilt significant. Waar dit aantal in 1993 ongeveer 80.0% mannen omvat, is dit in 2013 gedaald tot 52.1%. Daarentegen stijgt het percentage vrouwen van 19.8% naar 47.9%. Ook naargelang de leeftijdsverdeling zijn er significante verschillen overheen de databanken voor deze antwoordoptie. Van de huisartsen die aangeven 'zelden of nooit' contact te hebben met een maatschappelijk werker, bevindt 63.0% zich in de leeftijdscategorie 35 tot 44 jarigen in 1993. In 2013 zijn de verhoudingen meer verdeeld over de leeftijdscategorieën, met voornamelijk grote percentages 25 tot 34 jarigen (27.2%) en 55 tot 64 jarigen (26.3%). Tot slot vertoont ook het soort praktijk waarin de huisartsen werkzaam zijn significante verschillen voor dit antwoord tussen beide databanken. Twee derde van de artsen in 1993 (67.9%) werkt solo en een gelijkaardig aantal (62.4%) van de artsen in 2013 werkt in een groepspraktijk. De verdeling naargelang de locatie van de praktijk is gelijklopend tussen beide databanken voor dit antwoord. Het dient echter wel opgemerkt te worden dat een grote hoeveelheid artsen in de GP Task Profiles studie kiest voor een antwoordoptie die niet aanwezig is in de QUALICOPC studie, namelijk 'minder dan drie keer per jaar'.

5.4.1.2 *Detailanalyse volgens geslacht, leeftijd, soort en locatie van de praktijk - QUALICOPC*

Deze detailanalyse heeft tot doel meer in te gaan op de gegeven antwoorden in de QUALICOPC studie in Vlaanderen. Bovendien wordt in de QUALICOPC vragenlijst naar contact met enkele professionals gevraagd die niet aan bod komen in de GP Task Profiles studie en hierboven dus ook niet vervat zitten in de vergelijkende analyse. Het gaat dan in het bijzonder om het contact met diëtisten en fysiotherapeuten.

- Contact met een collega-huisarts, ambulant werkende arts-specialist, fysiotherapeut en diëtist(e)

De antwoorden op de vraag "hoe vaak de huisarts (face-to-face) andere beroepsbeoefenaars - beroepsmatig of sociaal - treft", vertonen geen significante verschillen voor contact met een collega-huisarts naargelang geslacht, leeftijdsgroep, soort praktijk en/of locatie van de praktijk van de respondenten. De meerderheid van de huisartsen (78.5%) in Vlaanderen geeft aan 'meerdere keren per maand' contact te hebben met een collega-huisarts.

Ook het contact met een ambulante werkende specialist lijkt niet significant te verschillen naar geslacht, leeftijd, soort praktijk en locatie van de artspraktijk van de bevroegde huisartsen. Iets meer dan de helft (52.3%) van de artsen in Vlaanderen rapporteert dit 'zelden of nooit' te doen, 31.6% doet dit 'elke één tot drie maand'. Het contact met een fysiotherapeut of een diëtist(e) verschilt eveneens niet significant voor deze variabelen met respectievelijk 49.7% en 63.5% van de huisartsen die aangeeft 'zelden of nooit' contact te hebben met deze beroepsbeoefenaars.

- Contact met een praktijkverpleegkundige en arts-specialist in het ziekenhuis

Voor het contact met een praktijkverpleegkundige zien we een significant verschil naargelang het soort praktijk van de bevroegde huisarts. Ongeveer 52% van alle bevroegde huisartsen geeft aan hier 'zelden of nooit' contact mee te hebben. Dit percentage ligt significant hoger bij huisartsen uit groepspraktijken (52.7%) dan huisartsen werkzaam in solopraktijken (38.6%).

De frequentie van contact met een specialist in het ziekenhuis vertoont significante verschillen naargelang geslacht en leeftijdsgroep. Ongeveer 52% van alle bevroegde huisartsen in Vlaanderen geeft ook hier aan 'zelden of nooit' contact mee te hebben. Een opdeling naar geslacht wijst uit dat 31.0% van de bevroegde mannelijke huisartsen aangeeft 'meerdere keren per maand' contact te hebben met deze beroepsbeoefenaar en slechts 9.4% van de vrouwelijke huisartsen rapporteert dit. Bovendien lijkt het erop dat naarmate de leeftijd van de huisarts stijgt, het contact met een specialist toeneemt. De meerderheid (45%) van de huisartsen in de leeftijdsgroep 25 tot 34 jaar geeft aan 'zelden of nooit' contact te hebben met deze beroepsbeoefenaar. In de leeftijdsgroepen 35-44 (45.7%) en 45-54 jaar (46.3%) geven huisartsen echter eerder aan 'elke één tot drie maand' contact te hebben. Tot slot geeft 38.6% van de 55-64 jarige huisartsen aan 'meerdere keren per maand' contact te hebben. Hoewel deze verschillen significant zijn, is het nodig te wijzen op de vaak zeer kleine verschillen in absolute aantallen die gepaard gaan met deze percentages.

- Contact met een apotheker, thuisverpleegkundige, maatschappelijk werker en verloskundige

Naargelang de locatie van de praktijk waarin de bevroegde huisarts werkzaam is, noteren we een significant verschil in contact frequentie met de apotheker. Algemeen geeft het merendeel (40.8%) van de artsen aan 'elke één tot drie maand' contact te hebben met een apotheker. Bijna de helft (48.4%) van de huisartsen werkzaam in een stedelijke omgeving rapporteert 'elke één tot drie maand' contact te hebben met deze beroepsgroep. Vele huisartsen (44.8%) die aangeven in een niet stedelijke context te werken, treffen een apotheker 'meerdere keren per maand'. In grootstedelijke gebieden geeft 36.0% van de huisartsen aan 'zelden of nooit' contact te hebben met deze beroepsbeoefenaar.

Deze locatie van de huisartsenpraktijk lijkt eveneens significante verschillen op te leveren in de antwoorden aangaande het contact met een thuisverpleegkundige. De meerderheid van de huisartsen (46.5%) heeft 'meerdere keren per maand' contact met deze verpleegkundige. Bijna de helft (49.5%) van de huisartsen in stedelijke gebieden heeft 'elke één tot drie maand' of 'meerdere keren per maand' contact met deze beroepsbeoefenaar, in een niet stedelijke omgeving is dit voor beide antwoorden 46.6%. Het grote verschil zit hem in huisartsen werkzaam in grootstedelijke gebieden. Daar geeft 22.0% aan 'zelden of nooit' contact te hebben met een verpleegkundige in de thuiszorg, waar dit voor artsen in een stedelijke en niet stedelijke context respectievelijk slechts 7.5% en 3.4% is.

Ook het contact met een maatschappelijk werker verschilt significant afhankelijk van de locatie van de praktijk. Bijna 60% van alle bevroegde huisartsen in Vlaanderen heeft 'zelden of nooit' contact met deze beroepsbeoefenaar, maar vooral in een niet stedelijke context ligt dit percentage hoog (70.7%).

Tevens wordt door geen enkele arts gerapporteerd dat hij/zij 'meerdere keren per maand' contact heeft.

De frequentie van contact met een verloskundige lijkt bij 35-44 jarige huisartsen iets hoger te liggen dan bij de andere leeftijdscategorieën. Hier geeft bijna 24% aan 'elke één tot drie maand' contact te hebben met deze beroepsbeoefenaar, waar dit voor de andere leeftijdsgroepen varieert van 5.9% tot 11.1%. Algemeen geeft een grote groep artsen (83.4%) aan hier 'zelden of nooit' contact mee te hebben.

5.4.1.3 *Detailanalyse volgens geslacht, leeftijd, soort en locatie van de praktijk - GP Task Profiles*

De GP Task Profiles studie bevroegde de huisartsen naar (face-to-face) besprekingen met andere beroepsbeoefenaars. In het bijzonder werden de volgende beroepsgroepen meegenomen: collega-huisarts, ambulante specialist, specialist in een ziekenhuis, apotheker, thuisverpleegkundige, praktijkverpleegkundige en maatschappelijk werker.

De meerderheid van de bevroegde huisartsen in 1993 in Vlaanderen hebben 'meerdere keren per maand' contact met een collega-huisarts, een specialist en een thuisverpleegkundige. De frequentie van contact met een apotheker, praktijkverpleegkundige en maatschappelijk werker ligt lager.

- Contact met een collega-huisarts

Het contact met een collega-huisarts vertoont significante verschillen naargelang de leeftijd, het soort praktijk en de locatie van praktijk van de bevroegde huisarts. Algemeen geeft bijna 45% van de huisartsen aan 'meerdere keren per maand' contact te hebben met een collega-huisarts. In de leeftijdsgroep 25-34 jarigen en 45-54 jarigen ligt dit iets hoger, respectievelijk 52.1% en 54.9%. Ook naargelang het soort praktijk treden er significante verschillen op. 'Meerdere keren per maand' contact hebben met een collega-huisarts wordt frequenter aangegeven door artsen werkzaam in een groepspraktijk (72.7%) dan solo-huisartsen (29.3%). Deze laatste rapporteren vaker (34.7%) 'elke één tot drie maand' contact te hebben dan huisartsen uit een groepspraktijk (16.5%). Tot slot zien we significante verschillen voor de locatie van de praktijk en het contact met collega-huisartsen. Bijna twee derde (60.0%) van de huisartsen werkzaam in grootstedelijke gebieden hebben 'meerdere keren per maand' contact met deze beroepsbeoefenaar. In een stedelijke (45.6%) en niet stedelijke omgeving (32.0%) ligt dit aantal lager.

- Contact met een arts-specialist (ambulant en in een ziekenhuis)

Besprekingen met arts-specialisten (ziekenhuis of ambulant) zouden eveneens 'meerdere keren per maand' plaatsvinden. Voor wat betreft de bespreking met een ambulant werkende specialist worden geen significante verschillen waargenomen naargelang het geslacht, de leeftijd, het soort praktijk of de locatie van de praktijk van de bevroegde huisartsen. Globaal gezien heeft ongeveer 33% van de huisartsen hier 'meerdere keren per maand' contact mee.

Voor arts-specialisten in een ziekenhuis ligt dit anders, ook hier geeft de meerderheid (45.3%) aan 'meerdere keren per maand' contact mee te hebben. Dit percentage ligt echter significant hoger bij mannelijke huisartsen (48.8%) dan bij vrouwelijke huisartsen (19.5%). Deze laatste groep geeft vaker (51.2%) aan 'elke één tot drie maand' contact te hebben met deze beroepsgroep. Naar leeftijd en soort praktijk van de huisarts worden geen significante verschillen gevonden. Afhankelijk van de locatie van de praktijk daarentegen zien we wel significante verschillen in de antwoorden. Meer dan de helft (54.7%) van de artsen werkzaam in een grootstedelijke omgeving heeft 'meerdere keren per

maand' contact met een specialist in een ziekenhuis. Ook huisartsen met een praktijk in een niet stedelijke omgeving spreken 'meerdere keren per maand' met deze beroepsbeoefenaars (47.1%). Huisartsen werkzaam in stedelijke context rapporteren dit minder (36.6%) en geven eerder aan dit 'elke één tot drie maand' te doen (37.4%).

- Contact met een (praktijk)verpleegkundige (van de thuiszorg)

Contact met een thuisverpleegkundige gebeurt doorgaans (34.5%) 'meerdere keren per maand', hoewel ook een groot aantal (33.2%) artsen aangeeft dat dit 'elke één tot drie maand' plaatsvindt. Naargelang geslacht liggen de cijfers echter anders. Mannelijke huisartsen rapporteren vijf keer vaker (38.3%) dan vrouwen (7.3%) 'meerdere keren per maand' contact te hebben met hen. Vrouwen geven dan weer meer aan dat ze 'elke één tot drie maand' contact hebben met deze beroepsgroep (41.5%) dan mannen (32.1%). Oudere huisartsen van 55-64 (52.0%) en 65-74 jaar (40.0%) rapporteren vaker dat ze 'meerdere keren per maand' contact hebben met een thuisverpleegkundige dan huisartsen van 25 tot 34 jaar (27.9%). Toch dient hier rekening gehouden te worden met de vaak kleine verschillen in absolute aantallen ondanks de significante resultaten. De frequentie van contact met een praktijkverpleegkundige verschilt dan weer niet significant naargelang geslacht, leeftijd, locatie en soort praktijk. De meerderheid van de huisartsen (46.7%) heeft hier 'zelden of nooit' contact mee.

- Contact met een apotheker en maatschappelijk werker

Een derde (33.7%) van de bevroegde huisartsen in Vlaanderen geeft aan 'elke één tot drie maand' contact te hebben met een apotheker. Dit percentage verschilt significant naargelang de leeftijd van de arts, met een iets hoger percentage van huisartsen in de leeftijdscategorie 25-34 jaar (46.5%) die dit aangeeft in vergelijking met de andere categorieën.

Ruim een derde van de artsen (36.6%) geeft aan 'minder dan drie keer per jaar' contact te hebben met een maatschappelijk werker. Vrouwen (42.1%) rapporteren echter significant vaker dat ze 'zelden of nooit' contact hebben met hen in verhouding met mannen (22.4%). Ook naargelang de leeftijd van de huisarts zijn er verschillen in de antwoorden. De meerderheid van de 25-34 (50.0%) en 35-44 jarigen (33.3%) geeft aan 'minder dan drie keer per jaar' contact te hebben met een maatschappelijk werker. Dit is tevens ook de meest gekozen antwoordoptie voor huisartsen werkzaam in een stedelijke (35.3%) en in niet stedelijke context (40.0%). De meerderheid van de 55-64 (38.5%) jarigen daarentegen rapporteert 'elke één tot drie maand' contact te hebben met hen. Huisartsen werkzaam in een grootstedelijke omgeving kiezen eveneens eerder voor deze optie (38.7%).

5.4.2 Internationaal

Zoals aangegeven kan Vlaanderen met behulp van de QUALICOPC databank gesitueerd worden ten opzichte van andere Europese landen daar we over de volledige Europese databank beschikken.

5.4.2.1 Vergelijking Vlaanderen met Europa - QUALICOPC

Een vergelijking tussen de antwoorden verzameld in Vlaanderen in de QUALICOPC studie met huisartsen overheen Europa levert enkele significante resultaten op. Zo geeft 81.6% van de huisartsen in Europa aan 'meerdere keren per maand' contact te hebben met een praktijkverpleegkundige waar dit in Vlaanderen slechts 29.2% is. Iets meer dan de helft (51.9%) in Vlaanderen heeft 'zelden of nooit' contact met deze beroepsbeoefenaar hetgeen bijna 40% meer is dan het percentage in Europa (11.4%). Het contact met een ambulante werkende specialist ligt aanzienlijk lager in Vlaanderen (52.3% doet dit 'zelden of nooit') dan in Europa (27.5% doet dit 'zelden of nooit'). Dit ligt anders voor het

contact met een thuisverpleegkundige. Daar geeft slechts 10.0% van de artsen in Vlaanderen aan 'zelden of nooit' contact mee te hebben in tegenstelling tot bijna een derde in Europa (29.8%). In Vlaanderen geeft 43.5% van de bevroegde artsen aan 'elke één tot drie maand' contact te hebben met deze beroepsbeoefenaar, in Europa is dit 26.2%.

Ook het contact met een diëtist(e) ligt in Vlaanderen (21.8% 'elke één tot drie maand' en 14.7% 'meerdere keren per maand') hoger dan in Europa (15.4% 'elke één tot drie maand' en 7.6% 'meerdere keren per maand').

Frequent contact met een verloskundige ligt dan weer lager in Vlaanderen (3.6% 'meerdere keren per maand') dan in Europa (14.6%).

Hetzelfde kan gezegd worden voor frequent contact met een fysiotherapeut (13.2% 'meerdere keren per maand' in Vlaanderen, 20.7% in Europa). Ruim één derde (36.8%) van de huisartsen in Vlaanderen heeft 'meerdere keren per maand contact' met een apotheker. In Europa rapporteert 44.0% van de huisartsen dit.

De frequentie van contact met een collega-huisarts, specialist in het ziekenhuis en maatschappelijk werkers verschilt echter niet significant tussen Vlaanderen en Europa. Voor wat betreft het contact met een collega-huisarts geven de meeste huisartsen in zowel Europa (74.8%) als Vlaanderen (78.5%) aan hier 'meerdere keren per maand' contact mee te hebben. Het contact met een specialist gebeurt bij beiden minder frequent. Ongeveer 42% in Europa en eenzelfde percentage in Vlaanderen heeft hier 'elke één tot drie maand' contact mee.

Tot slot lijkt het contact met een maatschappelijk werker het minst frequent voor te komen. Hier geeft 55.7% in Europa en 59.7% in Vlaanderen aan 'zelden of nooit' contact mee te hebben.

5.4.2.2 *Vergelijking Vlaanderen met buurlanden: Nederland en Duitsland - QUALICOPC*

Een vergelijking van Vlaanderen met Nederland enerzijds en Duitsland anderzijds geeft eveneens enkele significante resultaten. Wat betreft contact met collega-huisartsen, vertonen Vlaanderen en Nederland gelijklopende resultaten, met voor beide gebieden de meerderheid van de artsen die kiest voor de antwoordoptie 'meerdere keren per maand'. In Duitsland geeft 64.7% van de huisartsen aan 'elke één tot drie maand' contact te hebben met een collega-huisarts waar dit in Vlaanderen 17.0% is. Het percentage huisartsen in Vlaanderen dat 'meerdere keren per maand' contact heeft met een collega ligt ruim drie keer hoger dan in Duitsland (78.5% ten opzichte van 24.7%).

Voor het contact met een praktijkverpleegkundige zijn grote verschillen te zien tussen Nederland en Vlaanderen. Slechts 2.2% in Nederland heeft 'zelden of nooit' contact met praktijkverpleegkundigen waar dit oploopt tot 51.9% in Vlaanderen. Maar liefst 94.2% van de bevroegde huisartsen in Nederland geeft aan 'meerdere keren per maand' contact te hebben met personen uit deze beroepsgroep wat in Vlaanderen drie keer lager ligt (29.2%). De cijfers voor Duitsland vertonen grote gelijkenissen met deze in Vlaanderen, bijvoorbeeld 20.0% geeft aan 'meerdere keren per maand' contact te hebben met een praktijkverpleegkundige.

Het contact met een thuisverpleegkundige kent echter weinig verschillen tussen deze drie gebieden, uitgezonderd van een iets groter percentage (23.0%) huisartsen in Duitsland dat aangeeft 'zelden of nooit' contact te hebben hiermee (14.2% in Nederland en 10.0% in Vlaanderen).

De frequentie van contact met een ambulante werkende specialist of een specialist in een ziekenhuis is weinig verschillend tussen Vlaanderen en Nederland. Huisartsen kiezen het meest voor de optie

‘zelden of nooit’ (ambulant werkende specialist) en ‘elke één tot drie maand’ (specialist in een ziekenhuis). In Duitsland ligt echter het aantal huisartsen dat aangeeft ‘zelden of nooit’ contact te hebben met een ambulant specialist lager (27.6%) dan in Vlaanderen (52.3%). Het omgekeerde kan gezegd worden voor het contact met een specialist in een ziekenhuis, 51.9% in Duitsland heeft ‘zelden of nooit’ contact hiermee, in Vlaanderen is dit 35.7%.

Het contact met een apotheker kent dan weer significante verschillen zowel tussen Vlaanderen en Nederland, als tussen Vlaanderen en Duitsland. Twee derde van de huisartsen in Nederland (62.7%) heeft hier ‘meerdere keren per maand’ contact mee. De helft van de huisartsen in Duitsland (50.7%) heeft hier ‘zelden of nooit’ contact mee en de meerderheid van de huisartsen in Vlaanderen (40.8%) contacteert deze ‘elke één tot drie maand’.

De resultaten aangaande het contact met verloskundigen en maatschappelijk werkers variëren weinig tussen Vlaanderen en Nederland, maar geven significante verschillen tussen Duitsland en Vlaanderen. In Duitsland heeft 2.7% van de artsen ‘elke één tot drie maand’ contact met verloskundigen, waar dit in Vlaanderen 13.0% is. Voor beide landen geeft de meerderheid (96.4% in Duitsland en 83.4% in Vlaanderen) van de artsen echter aan ‘zelden of nooit’ contact te hebben met verloskundigen.

Dit geldt ook voor contact met een maatschappelijk werker, 83.6% in Duitsland en 59.7% in Vlaanderen geeft aan hier ‘zelden of nooit’ contact mee te hebben. De frequentie van contact ligt dan ook hoger in Vlaanderen dan in Duitsland met twee keer zoveel huisartsen die ‘elke één tot drie maand’ contact hebben (14.2% ten opzichte van 28.6%) en bijna zes maal zoveel huisartsen die ‘meerdere keren per maand’ contact hebben (2.2% ten opzichte van 11.7%).

In het contact met een fysiotherapeut verschillen de antwoorden van huisartsen in Duitsland dan weer minder met deze van huisartsen in Vlaanderen. In beide regio’s hebben huisartsen ‘zelden of nooit’ contact met deze beroepsgroep. Er zijn wel significante verschillen tussen Nederland en Vlaanderen. Met in het bijzonder een grotere proportie huisartsen in Vlaanderen (49.7%) dat ‘zelden of nooit’ contact heeft met fysiotherapeuten dan in Nederland (19.3%). In Nederland ligt het aantal huisartsen dat ‘meerdere keren per maand’ contact heeft hiermee dan ook hoger (41.6%) dan in Vlaanderen (13.2%).

Tot slot verschilt het contact met een diëtist(e) significant zowel tussen Vlaanderen en Nederland als tussen Vlaanderen en Duitsland. In Vlaanderen heeft 63.5% van de huisartsen ‘zelden of nooit’ contact met een diëtist(e) ten opzichte van 36.1% in Nederland en 86.8% in Duitsland. Vervolgens heeft 21.8% in Vlaanderen ‘elke één tot drie maand’ contact hiermee in tegenstelling tot 34.8% in Nederland en slechts 7.0% in Duitsland. Tot slot geeft 14.7% van de bevroegde artsen in Vlaanderen aan ‘meerdere keren per maand’ contact te hebben met een diëtist(e). In Nederland verdubbelt dit percentage (29.1%) en in Duitsland halveert het (6.2%).

5.5 Hoe vaak vraagt de huisarts een arts-specialist om advies (bijvoorbeeld telefonisch)?

Een volgende vraag die kadert in het thema multidisciplinaire samenwerking bevaart de huisartsen naar hun frequentie van advies vragen aan arts-specialisten. Deze vraag zit enerzijds vervat in de PHAMEU databank en anderzijds in de QUALICOPC studie. Resultaten binnen de PHAMEU databank worden weergegeven in tabel 5.1.8, deze van de Vlaamse vergelijking in 5.1.9 en deze van de internationale vergelijking in 5.1.10.

5.5.1 Vlaanderen

5.5.1.1 Analyse PHAMEU

De PHAMEU studie bekijkt de gebruikelijkheid van huisartsen aangaande het inwinnen van (telefonisch) advies bij arts-specialisten (pediaters, internisten, gynaecologen, chirurgen, neurologen, dermatologen en geriater). Hieruit blijkt dat huisartsen in België gewoonlijk advies inwinnen van deze arts-specialisten.

5.5.1.2 Detailanalyse volgens geslacht, leeftijd, soort en locatie van de praktijk - QUALICOPC

De QUALICOPC studie neemt volgende arts-specialisten mee in deze vraag: pediaters, internisten, gynaecologen, chirurgen, neurologen, dermatologen, geriater, psychiaters of geestelijke gezondheidszorg professionals en radiologen.

- Advies vragen van een internist, dermatoloog en psychiater

De frequentie van advies vragen aan een internist, een dermatoloog of een psychiater verschilt niet significant naargelang het geslacht, de leeftijd, het soort praktijk of de locatie van de praktijk van de bevroagde huisartsen. De meerderheid van de huisartsen (47.0%) in Vlaanderen rapporteert 'elke één tot drie maand' advies te vragen van een internist, 43.0% doet dit 'meerdere keren per maand'. Bijna de helft van de huisartsen in Vlaanderen (49.0%) antwoordt een dermatoloog eveneens 'elke één tot drie maand' om advies te vragen. De tweede grootste groep (32.5%) doet dit 'zelden of nooit'. Iets meer dan de helft van de huisartsen in Vlaanderen (52.0%) vraagt 'elke één tot drie maand' een psychiater of andere geestelijke gezondheidszorg professional om advies, 36.5% doet dit 'zelden of nooit'.

- Advies vragen van een pediater

Overheen alle bevroagde huisartsen in Vlaanderen vraagt ongeveer 47.0% 'zelden of nooit' om advies van een pediater. Een opdeling naar geslacht wijst op een significant verschil, met een grotere groep mannen (54.3%) dan vrouwen (36.9%) die dit 'zelden of nooit' doen. Het omgekeerde is zichtbaar bij het vragen van advies 'elke één tot drie maand', 51.2% van de vrouwelijke huisartsen doet dit in tegenstelling tot 33.6% van de mannelijke huisartsen. Een ander significant verschil doet zich voor met betrekking tot het soort praktijk waarin de huisartsen werkzaam zijn. Huisartsen werkzaam in een solopraktijk rapporteren vaker (60.9%) een pediater 'zelden of nooit' om advies te vragen dan huisartsen in een groepspraktijk (39.7%). Deze laatsten vragen vaak (45.8%) om de 'één tot drie maand' om advies in tegenstelling tot 31.9% van de solo-huisartsen. De gegeven antwoorden verschillen niet significant naargelang de leeftijd van de bevroagde huisarts.

- Advies vragen van een gynaecoloog

Vrouwelijke huisartsen raadplegen significant vaker een gynaecoloog voor advies dan mannelijke huisartsen. Algemeen geeft ongeveer 60% van de huisartsen in Vlaanderen aan deze specialist 'elke één tot drie maand' om advies te vragen, bij vrouwen ligt dit percentage aanzienlijk hoger (76.5%) dan bij mannen (48.3%). Mannen rapporteren meer (36.2%) een gynaecoloog 'zelden of nooit' om advies te vragen dan vrouwen (15.3%). Tussen de verschillende leeftijdscategorieën zijn eveneens significante verschillen op te merken. Voornamelijk het percentage 45-54 jarigen en 55-64 jarigen dat aangeeft 'zelden of nooit' advies te vragen aan een gynaecoloog ligt hoog (respectievelijk 31.7% en 40.7%) in verhouding tot 25-34 jarige en 35-44 jarige huisartsen (respectievelijk 19.6% en 17.4%). Slechts 6.5% van de 35-44 jarigen geeft aan 'meerdere keren per maand' deze specialist om advies te vragen. De percentages voor de andere leeftijdscategorieën liggen hier telkens boven de 10%.

- Advies vragen van een chirurg, neuroloog, geriater en radioloog

De frequentie van het raadplegen van een chirurg voor advies verschilt significant naar geslacht. Zowel de meerderheid mannelijke artsen (43.1%) als de meerderheid van de vrouwelijke artsen (49.4%) raadpleegt een chirurg 'elke één tot drie maand' voor advies. Er zijn echter significant meer mannen (31.9%) dan vrouwen (12.9%) die deze specialist 'meerdere keren per maand' raadplegen voor advies.

Globaal gezien vraagt 56.0% van de huisartsen in Vlaanderen een neuroloog 'elke één tot drie maand' naar advies. Het percentage mannen dat dit 'meerdere keren per maand' (27.8%) doet, ligt opvallend hoger dan het percentage vrouwen (8.2%). De bevroegde vrouwelijke huisartsen doen dit meestal om de 'één tot drie maand' (64.7%).

Het consulteren van een geriater voor advies gebeurt door 44.3% van de bevroegde huisartsen 'elke één tot drie maand'. Hier zien we eveneens dat mannen dit significant vaker 'meerdere keren per maand' doen (26.7%) dan vrouwen (11.8%).

Eenzelfde fenomeen is terug te vinden bij het vragen van een radioloog om advies. Ook hier lijken mannen dit vaker 'meerdere keren per maand' te doen (48.7%) in tegenstelling tot vrouwen (22.4%). Deze laatsten doen dit vaker 'elke één tot drie maand' (48.2% ten opzichte van 31.3% mannen).

5.5.2 Internationaal

5.5.2.1 *Vergelijking Vlaanderen met buurlanden: Nederland en Duitsland - PHAMEU*

In vergelijking met Nederland winnen huisartsen in België minder frequent advies in van arts-specialisten. Het systematisch literatuuronderzoek in het kader van de PHAMEU studie wijst immers uit dat huisartsen in Nederland dit zeer regelmatig doen terwijl het antwoord in België wordt gecategoriseerd onder 'gewoonlijk'. In Duitsland lijkt het echter minder waarschijnlijk dan in België dat huisartsen advies inwinnen van arts-specialisten. In beide landen zou dit 'zelden of nooit' gebeuren.

5.5.2.2 *Vergelijking Vlaanderen met Europa - QUALICOPC*

In vergelijking met Europa vragen huisartsen in Vlaanderen vaker om advies van een internist. In Vlaanderen doet 43.0% dit 'meerdere keren per maand', waar dit in Europa slechts 24.0% is. Hetzelfde geldt voor het inwinnen van advies van een gynaecoloog, 60.2% in Vlaanderen ten opzichte van 38.7% in Europa doet dit 'elke één tot drie maand'. De verschillen tussen Europa en Vlaanderen op het vlak van advies vragen van een chirurg zijn eerder klein, doch significant, met telkens een iets hoger percentage huisartsen in Vlaanderen (45.8% 'elke één tot drie maand' en 23.9% 'meerdere keren per

maand') dat dit doet in vergelijking met Europa (40.7% 'elke één tot drie maand' en 19.3% 'meerdere keren per maand'). Eenzelfde patroon doet zich voor met betrekking tot het inwinnen van advies van een neuroloog, dermatoloog en radioloog. Het advies van een geriater wordt 'meerdere keren per maand' ruim drie keer vaker in Vlaanderen (20.4%) gevraagd dan in Europa (6.0%). Huisartsen in Vlaanderen (44.3%) vragen deze specialist ook dubbel zo vaak 'elke één tot drie maand' om advies dan huisartsen in Europa (19.3%).

Het inwinnen van advies van een psychiater of een andere geestelijke gezondheidszorg professional verschilt niet significant tussen huisartsen in Europa en in Vlaanderen. In beide gevallen vraagt de meerderheid (44.5% in Europa en 52.0% in Vlaanderen) deze specialisten 'elke één tot drie maand' om advies. Ook het vragen van advies van een pediater verschilt niet significant. Dit doet de meerderheid, zowel in Vlaanderen (47.0%) als in Europa (53.1%) 'zelden of nooit'.

5.5.2.3 *Vergelijking Vlaanderen met buurlanden: Nederland en Duitsland - QUALICOPC*

De verschillen tussen Vlaanderen en Nederland zijn overwegend significant, deze tussen Vlaanderen en Duitsland niet. In verhouding met Nederland (18.4%) zijn er meer huisartsen in Vlaanderen (47.0%) die 'zelden of nooit' het advies van een pediater inwinnen. Bijna 51% van de huisartsen in Nederland vraagt deze specialist 'elke één tot drie maand' om advies, in Vlaanderen ligt dit aantal 10% lager. Bovendien vraagt 30.8% dit 'meerdere keren per maand' in Nederland waar dit in Vlaanderen nog niet de helft (12.0%) is. Vergeleken met Duitsland vragen huisartsen in Vlaanderen dan weer vaker het advies van de pediater. Slechts 18.1% in Duitsland doet dit 'elke één tot drie maand' en 5.6% doet dit 'meerdere keren per maand'.

Het percentage huisartsen in Nederland dat 'meerdere keren per maand' het advies vraagt van een gynaecoloog (25.1%) ligt ook twee keer zo hoog dan in Vlaanderen (12.4%). Huisartsen in Vlaanderen doen dit vaker 'elke één tot drie maand' (60.2%) dan huisartsen in Nederland (52.3%). In Duitsland liggen de aantallen opnieuw lager dan in Vlaanderen zowel voor het aantal artsen dat 'meerdere keren per maand' een gynaecoloog om advies vraagt (9.5%) als voor het aantal huisartsen dat dit 'elke één tot drie maand' doet (44.4%).

Het advies van een chirurg wordt in Nederland vaker gevraagd dan in Vlaanderen met 32.2% huisartsen in Nederland die dit 'meerdere keren per maand' doen en 23.9% in Vlaanderen. Duitsland verschilt weinig van Vlaanderen met iets meer huisartsen die dit 'elke één tot drie maand' doen (53.9%) ten opzichte van Vlaanderen (45.8%), maar dit verschil is niet significant.

'Meerdere keren per maand' het advies vragen van een neuroloog of dermatoloog, gebeurt vaker in Nederland (respectievelijk 32.1% en 27.2%) dan in Vlaanderen (respectievelijk 19.5% en 18.5%). De verschillen tussen Duitsland en Vlaanderen zijn eerder klein en niet significant.

Dit geldt ook voor het inwinnen van advies van een radioloog. Nederland verschilt hierin wel significant van Vlaanderen. Zowel in Nederland (45.9%) als in Vlaanderen (38.5%) vraagt het grootste deel van de huisartsen 'elke één tot drie maand' het advies van een radioloog. Het aantal huisartsen dat dit 'meerdere keren per maand' doet ligt echter hoger in Vlaanderen (37.5%) dan in Nederland (23.2%).

Voor wat betreft het advies van een internist is er eerder een klein, doch significant, verschil tussen Nederland en Vlaanderen. De helft van de huisartsen in Nederland (50%) vraagt deze specialist 'meerdere keren per maand' om advies, waar dit in Vlaanderen 43% is. De verschillen tussen Duitsland en Vlaanderen zijn zeer klein en niet significant.

Duitsland verschilt dan weer wel significant van Vlaanderen op het vlak van advies vragen aan een geriater. Meer bepaald geeft 80.2% van de huisartsen in Duitsland aan dit ‘zelden of nooit’ te doen ten opzichte van 35.3% in Vlaanderen. Nederland verschilt hier niet significant van Vlaanderen.

De frequentie van advies vragen aan een psychiater of geestelijke gezondheidszorg professional kent geen significante verschillen tussen Vlaanderen en Nederland enerzijds, noch tussen Vlaanderen en Duitsland anderzijds. Bij alle drie geeft de meerderheid van de huisartsen aan dit ‘elke één tot drie maand’ te doen.

5.6 In hoeverre wenden patiënten zich met volgende gezondheidsproblemen tot de huisarts als de eerste gezondheidszorgverlener?

Zowel de QUALICOPC studie als de GP Task Profiles studie stelt huisartsen de vraag “in hoeverre wenden patiënten zich met volgende gezondheidsproblemen tot de huisarts als eerste zorgverlener?”. Er wordt telkens een casus geschetst en de arts rapporteert in welke mate hij als eerste gezondheidszorgverstreker gecontacteerd wordt. De resultaten van de vergelijking 1993 – 2013 worden weergegeven in 5.2.11, deze van de Vlaamse vergelijking in QUALICOPC in 5.2.12, deze van de internationale vergelijking in 5.2.13 en de cijfers van 1993 in 5.2.14.

5.6.1 Vrouw van 18 jaar die om orale contraceptie vraagt

5.6.1.1 Vlaanderen

- Vergelijkende analyse volgens geslacht, leeftijd, soort en locatie van de artspraktijk

In beide databanken kiest een groot percentage (59.4% in GP Task Profiles en 40.6% in QUALICOPC) van de bevroegde huisartsen in Vlaanderen voor de antwoordoptie ‘(bijna)altijd’ bij de vraag of ze als eerste zorgverlener gecontacteerd worden door een vrouw van 18 jaar met de vraag naar orale contraceptie. Mannelijke huisartsen (81.7%) geven in 1993 frequenter dan vrouwelijke artsen (35.0%) aan ‘(bijna) altijd’ als eerste gezondheidszorgverlener gecontacteerd te worden bij deze casus. In 2013 observeren we daarentegen een groter percentage vrouwelijke huisartsen (64.0% in vergelijking met 18.3% mannelijke huisartsen). Wat betreft de leeftijd beantwoordt in 1993 de grootste fractie huisartsen in de leeftijdsgroep 35-44 jaar bovenstaande vraag met ‘(bijna) altijd’ (52.0%). In 2013 zijn de meeste huisartsen daarentegen gelokaliseerd in de leeftijdsgroep 25-34 en 55-64 jaar (respectievelijk 36.5% en 20.0%). Verder rapporteert 62.7% van de huisartsen, die in 1993 in solopraktijken werkzaam zijn, ‘(bijna) altijd’ de eerste gezondheidszorgverlener te zijn bij jonge vrouwen die om orale contraceptie vragen, hetgeen significant verschillend is van de proportie huisartsen in groepspraktijken (25.6%). In 2013 daarentegen, antwoorden huisartsen in groepspraktijken meer met ‘(bijna) altijd’ (74.4% in vergelijking met 37.3% van de huisartsen in solopraktijken). Tenslotte geeft een groter percentage (46.5% in vergelijking met 29.6% in 1993) huisartsen, die praktiseert in een stedelijke omgeving in 2013, aan ‘(bijna) altijd’ de eerst gecontacteerde zorgverstreker te zijn. Terwijl de groep huisartsen in een niet stedelijk context die antwoordt met ‘(bijna) altijd’ groter is (39.2%) in 1993 (in vergelijking met 24.4% in 2013).

- Detailanalyse volgens geslacht, leeftijd, soort en locatie van de praktijk - QUALICOPC

Ongeveer 43% van de huisartsen bevroegd in 2013 rapporteert ‘(bijna) altijd’ de eerst gecontacteerde zorgverlener te zijn voor vrouwen van 18 die vragen naar contraceptie. In vergelijking met mannelijke huisartsen (27.0%), is de proportie vrouwelijke artsen die aangeeft ‘(bijna) altijd’ de eerste

gezondheidszorgverlener te zijn in deze casus significant hoger (64.7%). Bovendien rapporteert een grote groep artsen (56.5%) binnen de leeftijdscategorie 35-44 jaar dit, maar we observeren verder dat de grootste groep zich in de leeftijdscategorie 25-34 jaar (60.8%) situeert. Dit is significant verschillend in vergelijking met de andere leeftijdscategorieën. In 2013 geeft de groep artsen die werkzaam is in een groepspraktijk (48.9%) significant vaker aan dat ze '(bijna) altijd' de eerste gezondheidszorgverleners zijn in de casus van de 18 jarige vrouw die om orale contraceptie vraagt, in vergelijking met 31.9% van de huisartsen in solopraktijken. De antwoorden verschillen verder niet significant naargelang de locatie van de praktijk.

- Detailanalyse volgens geslacht, leeftijd, soort en locatie van de praktijk - GP Task Profiles

De resultaten van de GP Task Profiles studie tonen dat een grote meerderheid (53%) van de artsen in 1993 kiest voor de antwoordoptie 'doorgaans' bij deze casus. Verder kunnen we eenzelfde redenering maken naar geslacht als bij de resultaten hierboven van de QUALICOPC studie. Ook hier antwoordt immers een grotere proportie vrouwelijke huisartsen (53.5%) met '(bijna) altijd' op bovenstaande vraag. Wat betreft de leeftijd zien we dat in 1993 de meeste huisartsen in de leeftijdscategorieën 25-34 en 35-44 jaar (respectievelijk 60.8% en 56.5%) aangeven '(bijna) altijd' de eerste zorgverstreker in deze casus te zijn. Of de praktijk nu gelegen is in een grootstedelijk, stedelijke of niet stedelijke omgeving, geeft geen statistisch verschil in de antwoorden.

5.6.1.2 *Internationaal*

- Vergelijking Vlaanderen met Europa - QUALICOPC

Allereerst observeren we een sterk significant verschil wanneer we Europa met Vlaanderen vergelijken in de mate waarin de huisarts als eerste gezondheidszorgverlener gecontacteerd zal worden, door een 18 jarig vrouw die naar orale contraceptie vraagt. 43.0% van de huisartsen in Vlaanderen geeft aan, in deze casus, '(bijna) altijd' de eerste zorgverlener te zijn waar deze patiënten zich tot zullen wenden. In Europa observeren we dat een veel kleiner percentage van de huisartsen dit in deze mate aangeeft (23.6%).

- Vergelijking Vlaanderen met buurlanden: Nederland en Duitsland - QUALICOPC

In Nederland geven huisartsen dubbel zoveel (80.4%) aan (in vergelijking met bevraagde huisartsen in Vlaanderen) dat, 18 jarige vrouwen die vragen naar contraceptie, zich '(bijna) altijd' eerst tot de huisarts zullen wenden. Tenslotte noteren we ook een significant verschil in de vergelijking tussen Vlaanderen en Duitsland, huisartsen die werkzaam zijn in Duitsland geven in veel mindere mate (10.7%) aan dat ze '(bijna) altijd' als eerste beroepsbeoefenaar gecontacteerd worden door de patiënten in deze casus. Het percentage Duitse huisartsen dat antwoordt dat ze 'zelden of nooit' door 18 jarige vrouwen, die naar contraceptie vragen, als eerste zorgverlener gecontacteerd worden is significant groter (23.1%) in vergelijking met het percentage in Vlaanderen (1.5%).

5.6.1.3 *Redenen waarvoor men contact opneemt met de huisarts zonder dat er specifieke klachten of gezondheidsproblemen zijn*

De Gezondheidsenquête (2008) rapporteert dat 21% van de patiënten die 'andere redenen' aanvinken, bij de redenen waarvoor men contact heeft met de huisarts, dit doet in het kader van een pilvoorschrift. Dit is terug te vinden in tabel 15.

5.6.2 Vrouw van 50 jaar met een knobbel in de borst

5.6.2.1 Vlaanderen

- Vergelijkende analyse volgens geslacht, leeftijd, soort en locatie van de artspraktijk

Bijna één derde van de huisartsen in QUALICOPC (30.1%) en 69.9% in GP Task Profiles rapporteert 'doorgaans' de eerste zorgverstreker te zijn bij vrouwen van 50 jaar met een knobbel in de borst. In 1993 geeft 79.3% van de mannelijke huisartsen aan dat ze '(bijna) altijd' als eerste gezondheidszorgverstreker gecontacteerd worden door deze vrouwen. In 2013 is dit percentage afgenomen tot 35.4%. Bij de vrouwelijke huisartsen observeren we een stijging tussen beide databanken, in 2013 antwoordt 64.6% van de vrouwelijke artsen '(bijna) altijd' en in 1993 slechts 20.7%. De dokters in de jongste leeftijdscategorie (25-34 jaar) geven in 2013 ongeveer dubbel zoveel aan '(bijna) altijd' de eerste zorgverlener te zijn in deze casus (16.2% in 1993 in vergelijking met 33.8% in 2013). Het omgekeerde kan geobserveerd worden bij de bevroegde huisartsen in de leeftijdscategorie 35-44 jaar, daar antwoordt 52.5% in 1993 '(bijna) altijd' op bovenstaande vraag en 26.2% in 2013.

Artsen die werkzaam zijn in een solopraktijk geven in 1993 significant meer aan '(bijna) altijd' de eerst gecontacteerde gezondheidszorgverlener te zijn (67.1% in vergelijking met 29.3% in 2013). Dokters die samenwerken in een groepspraktijk rapporteren dit frequenter in 2013 (70.7% in vergelijking met 32.9% in 1993). Verder geeft de analyse geen significante resultaten voor de vergelijking tussen locatie van de praktijk en mate waarin de huisarts als eerste zorgverstreker gecontacteerd wordt bij deze casus.

- Detailanalyse volgens geslacht, leeftijd, soort en locatie van de praktijk - QUALICOPC

Een analyse van de QUALICOPC data wijst uit dat 44.0% van de huisartsen in Vlaanderen kiest voor de optie 'doorgaans' wanneer men hen vraagt of ze de eerste zorgverstreker zijn die gecontacteerd worden door een vrouw van 50 jaar met een knobbel in de borst. Bovendien leveren de analyses significante resultaten op voor geslacht en soort praktijk van de bevroegde huisartsen in Vlaanderen. Met betrekking tot het geslacht van de bevroegde huisartsen kan gezegd worden dat vrouwelijke artsen significant vaker dan mannen aangeven '(bijna) altijd' de eerst gecontacteerde zorgverstreker te zijn in deze casus. Twee derde (62.4%) van de vrouwelijke huisartsen rapporteert dit in vergelijking met 25.2% van de mannelijke huisartsen. Afhankelijk van het soort praktijk, groep of solo, verschillen de gegeven antwoorden significant. Voornamelijk het percentage huisartsen werkzaam in een groepspraktijk (44.3%) dat aangeeft '(bijna) altijd' de eerst gecontacteerde zorgverlener te zijn voor een vrouw met een knobbel in de borst ligt hoog in vergelijking met het percentage solo-huisartsen (34.8%) dat dit aangeeft. De analyses in QUALICOPC geven geen significante resultaten voor de variabelen 'leeftijd' en 'locatie praktijk'.

- Detailanalyse volgens geslacht, leeftijd, soort en locatie van de praktijk - GP Task Profiles

Ook in de GP Task Profiles rapporteert een groot percentage (59.5%) van de huisartsen 'doorgaans' de eerst gecontacteerde zorgverstreker te zijn in deze casus. Vrouwelijke huisartsen (39.5%) geven echter significant vaker dan mannen (21.6%) aan '(bijna) altijd' de eerst gecontacteerde zorgverstreker te zijn. Naargelang de leeftijd van de bevroegde huisarts, verschilt het gegeven antwoord significant. Huisartsen in de leeftijdscategorieën 25-34 (57.5%), 35-44 (61.0%) en 45-54 jaar (66.7%) geven het meest aan 'doorgaans' de eerste gecontacteerde zorgverlener te zijn. Artsen in de groep 55-64 jaar antwoorden echter het vaakst (42.3%) '(bijna) altijd' de eerst gecontacteerde

zorgverstreker te zijn bij een 50 jarige vrouwen met een knobbel in de borst. In 1993 zijn er geen significante verschillen in de antwoorden van huisartsen werkzaam in solo- of groepspraktijk. Hetzelfde kan gezegd worden over de antwoorden gegeven door huisartsen in een grootstedelijke, stedelijke of niet stedelijke context.

5.6.2.2 *Internationaal*

- Vergelijking Vlaanderen met Europa - QUALICOPC

Ondanks sterk significante resultaten geeft de vergelijking tussen Europa en Vlaanderen relatief kleine verschillen. In de bevroegde steekproef Europese huisartsen rapporteren 4% meer huisartsen (in vergelijking met de bevroegde artsenpopulatie in Vlaanderen) '(bijna) altijd' als eerste zorgverstreker gecontacteerd te worden door 50 jarige vrouwen met een knobbel in de borst (45.2% in Europa en 41.0% in Vlaanderen). Het grootste verschil noteren we in de categorie 'doorgaans', 44% van de bevroegde huisartsen geeft dit antwoord in Vlaanderen in vergelijking met 29.9% in Europa.

- Vergelijking Vlaanderen met buurlanden: Nederland en Duitsland - QUALICOPC

In Nederland geeft 74.5% van de huisartsen aan '(bijna) altijd' de eerste gezondheidszorgverlener te zijn, wat ongeveer 30% meer is dan aangegeven in Vlaanderen (41.0%). Meer dan de helft van de huisartsen in Duitsland antwoordt op bovenstaande vraag 'af en toe' (53.2%), hetgeen een significant groter percentage is dan de proportie artsen in Vlaanderen (13.0%).

5.6.2.3 *Dekking van borstkankerscreening bij patiënten die tijdens een jaar de huisarts raadplegen*

Van de vrouwen in de leeftijdsgroep 50-69 jaar, die op consultatie bij de huisarts gaan, laat 65% zich screenen op borstkanker. Dit is een relatief groot percentage is in vergelijking met de totale populatie (62%). Ongeveer de helft van deze vrouwen (48%) doet dit via het officiële screeningsprogramma van de overheid.

5.6.3 *Angstige man van 45 jaar*

5.6.3.1 *Vlaanderen*

- Vergelijkende analyse volgens geslacht, leeftijd, soort en locatie van de artsenpraktijk

Twee derde (66.2%) van de bevroegde huisartsen in Vlaanderen in de GP Task Profiles studie en een derde van de bevroegde groep in de QUALICOPC studie (33.8%) stelt '(bijna) altijd' de eerste zorgverlener te zijn bij angstige mannen van 45 jaar. Mannelijke huisartsen geven dit in 1993 vaker (86.8%), dan in 2013 (50.0%), aan. Precies de helft van de vrouwelijke huisartsen (50.0%) in 2013 beantwoordt bovenstaande vraag ook met '(bijna) altijd', hetgeen een significant groter percentage is dan twintig jaar geleden (13.2%).

Artsen in de leeftijdscategorie 35-44 jaar antwoorden in 1993, in vergelijking met de andere categorieën, het vaakst '(bijna) altijd' (53.3%). Deze groep dokters is significant groter dan in 2013 (24.5%). In 2013 lokaliseren we de grootste groep artsen in de leeftijdscategorie 55-64 jaar (27.4%), dit is significant meer in vergelijking met het percentage dat we noteren in 1993 (5.7%).

Meer dan de helft van de huisartsen die werkzaam is in een solopraktijk (65.6% in vergelijking met 31.5% in 2013) rapporteert '(bijna) altijd' de eerste zorgverlener te zijn die men contacteert in deze casus. Artsen die praktiseren in een groepspraktijk rapporteren dit dan weer het vaakst in 2013 (68.5% in vergelijking met 34.4% in 1993).

- Detailanalyse volgens geslacht, leeftijd, soort praktijk en locatie van de praktijk - QUALICOPC

Hoewel er verschillen zichtbaar zijn overheen de variabelen, zijn deze statistisch niet significant. Algemeen geeft meer dan de helft (54%) van de huisartsen in Vlaanderen in 2013 aan '(bijna) altijd' als eerste zorgverlener gecontacteerd te worden door angstige mannen van 45 jaar. We observeren wel een grote fractie vrouwelijke huisartsen (63.5% in vergelijking met 47.0% van de mannelijke huisartsen) die dit aangeeft. Wat betreft de leeftijdsgroepen kunnen we observeren dat telkens ongeveer de helft van de huisartsen aangeeft '(bijna) altijd' de eerst gecontacteerde zorgverstreker te zijn in deze casus. Het gaat dan in het bijzonder om 54.9% in de leeftijdscategorie 25-34 jaar, 56.5% in de categorie 35-44 jaar, 48.8% in de groep 45-54 jaar en 53.7% onder de huisartsen van 55-64 jaar. Zowel de meerderheid van de huisartsen die werken in groep (56.5%) als deze die solo (49.63%) werken, geeft aan '(bijna) altijd' als eerste zorgverstreker gecontacteerd te worden bij deze casus. Onafhankelijk van de locatie van de praktijk is dit tevens het meest gekozen antwoord met een globaal percentage van 53.7% dat dit aangeeft.

- Detailanalyse volgens geslacht, leeftijd, soort praktijk en locatie van de praktijk - GP Task Profiles

In de vragenlijst die werd afgenomen in 1993 geeft meer dan de helft van de mannelijke en vrouwelijke huisartsen, wat ongeveer dezelfde percentages zijn (respectievelijk 61.5% en 66.7%), aan dat ze '(bijna) altijd' door 45 jarige angstige mannen als eerste gezondheidszorgverlener worden gecontacteerd. Tevens rapporteert meer dan de helft van de huisartsen in de leeftijdscategorieën 25-34 jaar (65.8%), 35-44 jaar (60.5%) en 45-54 jaar (68.0%) dat patiënten in deze casus zich '(bijna) altijd' eerst tot hen wenden. De slechts kleine verschillen wijzen ook hier op een niet significant resultaat. Hetzelfde kan gezegd worden voor de variabelen 'soort praktijk' en 'locatie van de praktijk'. Ongeveer 62% van de bevroagde huisartsen in Vlaanderen geeft, ongeacht het soort praktijk of de locatie van de praktijk, aan '(bijna) altijd' als eerste gecontacteerd te worden door deze patiënten.

5.6.3.2 *Internationaal*

- Vergelijking Vlaanderen met Europa - QUALICOPC

In Vlaanderen antwoordt een significant grotere fractie artsen (54.0%), in vergelijking met Europa (38.7%), '(bijna) altijd' op de vraag in welke mate ze als eerste gezondheidszorgverlener gecontacteerd worden door een angstige 45 jarige man. Bevroagde huisartsen in Europa beantwoorden bovenstaande vraag dan weer vaker (21.5%) met 'af en toe' in vergelijking met de huisartsen in Vlaanderen (5.0%).

- Vergelijking Vlaanderen met buurlanden: Nederland en Duitsland - QUALICOPC

Verder rapporteert een zeer grote groep huisartsen in Nederland (94.4%) dat ze '(bijna) altijd' door de patiënt in deze casus als eerste zorgverlener gecontacteerd worden. Hetgeen statistisch sterk significant verschillend is in vergelijking met Vlaanderen (54.0%). In Duitsland rapporteert een hoger percentage huisartsen (18.2%) 'zelden of nooit' bij deze casus, in vergelijking met 1.0% in Vlaanderen. De bevroagde huisartsen in Vlaanderen beantwoorden de vraag frequenter (54.0%) met '(bijna) altijd' in verhouding tot de bevroagde huisartsen in Duitsland (14.3%).

5.6.4 Lichamelijk mishandeld kind van 13 jaar

5.6.4.1 Vlaanderen

- Vergelijkende analyse volgens geslacht, leeftijd, soort en locatie van de artspraktijk

In beide databanken geeft, bij benadering, de helft van de huisartsen aan (57.1% in GP Task Profiles en 42.9% in QUALICOPC) dat ze 'zelden of nooit' als eerste gezondheidszorgverlener gecontacteerd worden bij een lichamelijk mishandeld kind van 13 jaar. Op beide tijdstippen geven mannelijke huisartsen frequenter aan 'zelden of nooit' als eerste zorgverlener aangesproken te worden, in 1993 rapporteert 91.1% van de mannelijke huisartsen dit. In 2013 is dit percentage afgenomen, maar dit bedraagt toch nog meer dan de helft (61.8%). Artsen in de leeftijdscategorie 55-64 jaar geven in 2013 het meest aan 'zelden of nooit' (33.8%) als eerste zorgverlener gecontacteerd te worden, terwijl dit in 1993 slechts 15.8% bedraagt. 48.5% van de huisartsen, die zich in 1993 in de leeftijdsgroep 35-44 jaar bevindt, antwoordt op bovenstaande vraag 'zelden of nooit', hetgeen een significant groter percentage is in vergelijking met 2013 (18.9%).

Vier op de vijf huisartsen die werkzaam is in een solopraktijk rapporteert in 1993 'zelden of nooit' als eerste zorgverstreker gecontacteerd te worden in het kader van mishandeling van een 13 jarig kind, hetgeen een significant groter percentage is dan geobserveerd in 2013 (38.2%). In 1993 geeft 19.8% van de dokters die werken in groepspraktijken aan 'zelden of nooit' de eerste zorgverlener te zijn bij deze casus, terwijl dit in 2013 een significant grotere fractie is (61.8%).

- Detailanalyse volgens geslacht, leeftijd, soort praktijk en locatie van de praktijk - QUALICOPC

Een globaal percentage van 37.8%, met een grotere proportie mannelijke (40.9%) dan vrouwelijke huisartsen (34.1%), geeft aan 'zelden of nooit' de eerste zorgverstreker te zijn in de casus van een lichamelijk mishandeld kind van 13 jaar. Dit blijkt echter geen statistisch significant verschil te zijn, wat ook voor de andere variabelen het geval is. Met betrekking tot de leeftijd, observeren we dat artsen in de leeftijdscategorie 55-64 jaar (46.3%) het frequentst antwoorden met 'zelden of nooit'. De jongere artsen daarentegen, 25-34 jaar (33.3%) en 35-44 jaar (30.4%), geven deze antwoordoptie het minst aan. Ook de verschillen tussen huisartsen werkzaam in een groeps- of solopraktijk en huisartsen werkzaam in een stedelijke, niet stedelijke of grootstedelijke omgeving zijn zeer klein.

- Detailanalyse volgens geslacht, leeftijd, soort praktijk en locatie van de praktijk - GP Task Profiles

Het percentage huisartsen dat aangeeft 'af en toe' (30.0%) of 'zelden of nooit' (31.2%) de eerste zorgverstreker te zijn bij een lichamelijk mishandeld kind van 13 jaar is nagenoeg gelijk. Vrouwelijke huisartsen geven iets minder (22.0%) 'zelden of nooit' aan dan mannelijke huisartsen (31.3%). De verschillen zijn echter niet significant. Naargelang de leeftijd en het soort praktijk van de bevroagde huisartsen in Vlaanderen in 1993 verschillen de resultaten echter wel significant. Voornamelijk het percentage huisartsen van 55-64 jaar dat kiest voor de antwoordoptie 'zelden of nooit' ligt hoog (66.7%) in vergelijking met de andere leeftijdscategorieën (telkens tussen de 25-27%). De groepen 25-34 jarige (35.2%) en 45-54 jarige (37.3%) huisartsen kiezen het meest voor de optie 'af en toe'. Artsen die werkzaam zijn in solopraktijken geven het vaakst (36.7%) aan 'zelden of nooit' als eerste gezondheidszorgverlener gecontacteerd te worden in het kader van een lichamelijk mishandeld kind van 13 jaar, hetgeen een significant groter percentage is in vergelijking met artsen in groepspraktijken (17.2%). Voor de variabele 'locatie van de praktijk' zijn de resultaten echter niet significant.

5.6.4.2 *Internationaal*

- Vergelijking Vlaanderen met Europa - QUALICOPC

Meer dan de helft van de bevroegde huisartsen in Europa geeft aan 'zelden of nooit' (55.4%) de eerst gecontacteerde zorgverstreker te zijn. In vergelijking met de bevroegde steekproef huisartsen in Vlaanderen waar 38.0% dit rapporteert.

- Vergelijking Vlaanderen met buurlanden: Nederland en Duitsland - QUALICOPC

Wanneer Nederland met Vlaanderen vergeleken wordt, antwoorden de bevroegde dokters in Nederland (24.3%) dubbel zoveel met '(bijna) altijd' dan artsen in Vlaanderen (11.0%). Artsen in Duitsland antwoorden dan weer vaker met 'zelden of nooit' (18.2%) of 'af en toe' (36.5%). Hetgeen significant grotere percentages zijn dan deze in Vlaanderen (respectievelijk 1.0% en 5.0%).

5.6.5 Man met suïcidale neigingen

Deze vraag werd enkel aan huisartsen gesteld in de GP Task Profiles vragenlijst. Daardoor kunnen we geen vergelijking doorheen de tijd, noch een internationale vergelijking maken.

5.6.5.1 *Vlaanderen*

- Detailanalyse volgens geslacht, leeftijd, soort praktijk en locatie van de praktijk - GP Task Profiles

Bijna de helft (48.0%) van de bevroegde huisartsen in Vlaanderen in 1993 rapporteert 'doorgaans' als eerste zorgverstreker gecontacteerd te worden door een man met suïcidale neigingen. Globaal gezien observeren we dat de proportie mannelijk en vrouwelijk artsen onderling niet significant verschillend is in de mate waarin ze als eerste gezondheidsverlener gecontacteerd worden in deze casus. Voor leeftijd geeft de analyse wel een significant resultaat weer. Ongeveer de helft van de artsen in de categorieën 25-34 jaar (47.1%), 35-44 jaar (55.6%) en 55-64 jaar (42.9%) rapporteert 'doorgaans' door mannen met suïcidale neigingen als eerste zorgverstreker gecontacteerd te worden. Daarbij geeft 31.0% van de dokters in de leeftijdsgroep 35-44 jaar aan dat deze patiëntenpopulatie zich '(bijna) altijd' eerst naar de huisarts begeeft.

27.4% van de huisartsen in solopraktijken rapporteert '(bijna) altijd' door suïcidale mannen als eerste zorgverlener gecontacteerd te worden. Artsen in groepspraktijken beantwoorden de vraag dan weer frequenter (53.2%) met 'doorgaans' in vergelijking met solopraktijken (43.8%). Deze verschillen zijn echter niet significant, net zoals voor de locatie van de praktijk.

5.6.6 Vrouw van 50 jaar met psychosociale problemen

5.6.6.1 *Vlaanderen*

- Vergelijkende analyse volgens geslacht, leeftijd, soort en locatie van de artsenpraktijk

Huisartsen zijn '(bijna) altijd' de eerst gecontacteerde zorgverstreker bij vrouwen van 50 jaar met psychosociale problemen. In de GP Task Profiles vragenlijst rapporteert 83.3% van de mannelijke huisartsen dat ze '(bijna) altijd' als eerste gezondheidszorgverlener gecontacteerd worden door een vrouw van 50 jaar met psychosociale problemen. Dit is een significant hoger percentage in vergelijking met de proportie mannelijke huisartsen die dit aangeeft in het QUALICOPC onderzoek (38.8%). Vrouwelijke huisartsen beantwoorden bovenstaande vraag frequenter met '(bijna) altijd' in 2013 (61.3%) in vergelijking met 16.7% in 1993. Artsen in de leeftijdscategorieën 25-34 jaar en 55-64 jaar

geven in 2013 proportioneel gezien vaker aan '(bijna) altijd' de eerste zorgverstreker te zijn (respectievelijk 32.4% en 20.6%), die gecontacteerd wordt in deze casus, in vergelijking met anno 1993 (respectievelijk 21.9% en 5.1%).

Meer dan de helft van de artsen die werkzaam is in solopraktijken in 1993 beantwoordt bovenstaande vraag met '(bijna) altijd' (63.9%) in vergelijking met 20 jaar later (27.2%). 72.5% van de huisartsen, die in 2013 met andere artsen samenwerken in een groepspraktijk, geeft aan '(bijna) altijd' de eerst gecontacteerde zorgverlener te zijn. Dit is een significant groter percentage in vergelijking met 1993 (36.1%). Artsen die praktiseren in een grootstedelijke of niet stedelijke omgeving beantwoorden bovenstaande vraag in 1993 vaker met '(bijna) altijd' (respectievelijk 31.7% en 35.0%) in vergelijking met 2013 (respectievelijk 26.2% en 24.3%).

- Detailanalyse volgens geslacht, leeftijd, soort praktijk en locatie van de praktijk - QUALICOPC

De helft van de huisartsen (51%) in Vlaanderen in de QUALICOPC studie antwoordt '(bijna) altijd' de eerst gecontacteerde zorgverlener te zijn voor vrouwen van 50 jaar die kampen met psychosociale problemen. Het percentage mannelijke huisartsen dat dit aangeeft, ligt lager (34.8%). Ongeveer de helft van de mannelijke huisartsen (49.6%) kiest voor de optie 'doorgaans'. Vrouwelijke huisartsen geven het frequentst (74.1%) aan '(bijna) altijd' de eerste zorgverstreker te zijn die gecontacteerd wordt in deze casus. Ook naargelang de leeftijd van de bevroegde huisartsen verschillen de antwoorden significant. Twee derde (64.7%) van de huisartsen in de leeftijdsgroep 25-34 jaar en 58.7% van de artsen in de groep 35-44 jaar antwoorden met 'doorgaans'. Huisartsen van 45-54 jaar en 55-64 jaar kiezen vaker (respectievelijk 46.3% en 40.7%) de optie 'doorgaans'. Dit geldt tevens voor huisartsen werkzaam in een solopraktijk (42.0%), waar hun collega's in een groepspraktijk significant vaker (57.3%) aangeven '(bijna) altijd' de eerst gecontacteerde zorgverstreker te zijn. De antwoorden verschillen verder niet significant naargelang de locatie van praktijkvoering.

- Detailanalyse volgens geslacht, leeftijd, soort praktijk en locatie van de praktijk - GP Task Profiles

Algemeen rapporteert 52.5% van de bevroegde huisartsen in Vlaanderen in 1993 '(bijna) altijd' als eerste zorgverlener gecontacteerd te worden door 50 jarige vrouwen met psychosociale problemen. Dit percentage ligt hoger bij de vrouwelijke huisartsen (71.4%). Een significant grotere fractie mannelijke huisartsen (42.5%) kiest voor de optie 'doorgaans', waar dit slechts door 28.6% van de vrouwelijke huisartsen wordt gegeven. Ongeveer de helft van de artsen in de leeftijdsgroepen 25-34, 35-44 en 45-54 jaar rapporteert '(bijna) altijd' (respectievelijk 53.4%, 54.8% en 52.9%) als eerste zorgverlener door 50 jarige vrouwen met psychosociale problemen gecontacteerd te worden, 55-64 jarige artsen duiden het meest de optie 'doorgaans' aan (42.3%). De antwoorden gegeven tijdens de GP Task Profiles studie verschillen verder niet significant naargelang het soort praktijk of de locatie van de praktijk van de bevroegde huisartsen.

5.6.6.2 *Internationaal*

- Vergelijking Vlaanderen met Europa - QUALICOPC

Bevroegde huisartsen in Vlaanderen beantwoorden bovenstaande casus het meest met '(bijna) altijd' (51.5%) in vergelijking met de bevroegde steekproef in Europa (29.9%). Deze Europese artsen rapporteren dan weer vaker dat ze 'af en toe' als eerste gezondheidszorgwerker gecontacteerd worden door vrouwen van 50 jaar met psychosociale problemen (27.7% in vergelijking met 9.5% van de bevroegde dokters in Vlaanderen).

- Vergelijking Vlaanderen met buurlanden: Nederland en Duitsland - QUALICOPC

De antwoorden van de bevroegde huisartsen in Nederland verschillen niet significant met de antwoorden die vergaard zijn in Vlaanderen. In beide regio's antwoordt het merendeel van de dokters met '(bijna) altijd'. Wanneer we vervolgens Duitsland met Vlaanderen vergelijken, observeren we dat de Vlaamse huisartsen (51.5%) frequenter aangeven '(bijna) altijd' de eerst gecontacteerde zorgverstrekker te zijn (in vergelijking met 27.9% in Duitsland). Terwijl bevroegde dokters in Duitsland (56.7%) dan weer het vaakst antwoorden met 'doorgaans' (in vergelijking met 39.0% in Vlaanderen).

5.6.6.3 *Proportie patiënten die de afgelopen 12 maand beroep gedaan heeft op een psycholo(o)g(e) of psychotherapeut(e)*

In tabel 21 observeren we dat vrouwen (4.2%) in de Gezondheidsenquête (2008), de afgelopen 12 maand, vaker beroep hebben gedaan op psychologische gezondheidszorg dan mannen (2.6%). Daarnaast geven personen in de leeftijdscategorie 55-64 jaar dit het frequentst aan (5.7%), gevolgd door personen uit de leeftijdscategorieën 45-54 (4.9%) en 35-44 jaar (4.2%). De oudste (75-84 en 85+ jaar) en jongste personen (18-24 jaar) rapporteren, het afgelopen jaar, het minst (respectievelijk 1.5%, 1.8% en 1.9%) beroep gedaan te hebben op een psycholo(o)g(e) of psychotherapeut(e).

Wat betreft het opleidingsniveau rapporteren personen met een lagere opleiding (lager onderwijs of geen diploma en lager secundair) minder dat ze beroep gedaan hebben op psychologische zorg (2.5% en 2.7% in vergelijking met 3.8% van personen met een opleidingsniveau hoger secundair en 3.6% van de personen met een opleiding hoger onderwijs).

Personen die wonen in Brussel geven het frequentst aan (6.3%) zich de laatste 2 maand gewend te hebben tot een psycholo(o)g(e) of psychotherapeut(e) in vergelijking met personen gevestigd in Vlaanderen (3.4%) en Wallonië (3.6%).

5.6.7 Man van 52 jaar met alcoholproblemen

5.6.7.1 *Vlaanderen*

- Vergelijkende analyse volgens geslacht, leeftijd, soort en locatie van de artspraktijk

Hoewel de meeste huisartsen in beide databanken rapporteren 'doorgaans' de eerste zorgverstrekker te zijn bij mannen van 52 jaar met een alcoholprobleem, is het voornamelijk in de antwoordcategorie '(bijna) altijd' dat er opmerkelijke verschillen te zien zijn. In 1993 geeft 87.0% van de mannelijke huisartsen aan '(bijna) altijd' de eerste gezondheidszorgverlener te zijn waar een 52 jarige man met een alcoholprobleem zich tot zal wenden, hetgeen significant verschillend is met de mannelijke proportie van de huisartsen in 2013 (51.0%). Verder observeren we in de QUALICOPC databank dat vrouwelijke huisartsen vaker (49.0%) aangeven '(bijna) altijd' de eerste zorgverstrekker te zijn binnen deze casus, in vergelijking met 13.0% in de GP Task Profiles databank. Binnen de GP Task Profiles vragenlijst beantwoorden de meeste huisartsen in de leeftijdscategorie 35-44 jaar (57.9%) bovenstaande casus met '(bijna) altijd'. Twintig jaar later is dit nog het hoogste percentage (30.6%), al is dit sterk afgenomen. Verder observeren we in 2013 dat de proportie huisartsen tussen 55-64 jaar sterk toeneemt (22.4%) in vergelijking met twintig jaar geleden (3.5%).

Meer dan de helft van de artsen (63.5%) die in 1993 aangeeft, '(bijna) altijd' als eerste zorgverlener gecontacteerd te worden door mannen van 52 jaar met een alcoholprobleem, is werkzaam in een solopraktijk. In 2013 observeren we een verschuiving naar huisartsen die werken in een groepspraktijk (73.5% in vergelijking met 36.5% van de huisartsen in solopraktijken). Verder antwoorden artsen die

werken in een grootstedelijke of stedelijke context in 2013 frequenter (respectievelijk 30.6% en 53.1%) met '(bijna) altijd', hetgeen significant verschillend is met de percentages in 1993 (respectievelijk 26.1% en 35.7%). Huisartsen die praktiseren in een niet stedelijke omgeving rapporteren in 1993 het vaakst (38.3%) '(bijna) altijd' de eerste gezondheidszorgverstreker te zijn in deze casus.

- Detailanalyse volgens geslacht, leeftijd, soort praktijk en locatie van de praktijk - QUALICOPC

Ongeacht de leeftijd van de bevroegde huisartsen in Vlaanderen geeft 43.8% aan 'doorgaans' de eerst gecontacteerde zorgverstreker te zijn bij een man van 52 jaar met alcoholproblemen. De antwoorden verschillen nagenoeg niet tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen. Een significant verschil is echter wel te vinden voor de variabele 'leeftijd'. De antwoorden variëren met 56.9% van de huisartsen in de leeftijdscategorie 25-34 jaar die bovenstaande casus met 'doorgaans' beantwoordt en 45.3% van de artsen tussen 55-64 jaar die antwoordt met 'af en toe'. Artsen werkzaam in een groepspraktijk, anno 2013, geven significant meer aan dat ze 'doorgaans' (50.4%) of '(bijna) altijd' (27.5%) als eerste zorgverstreker gecontacteerd worden, in vergelijking met artsen werkzaam in solopraktijken (respectievelijk 32.5% en 24.4%). Terwijl 44.1% van de huisartsen die werken in solopraktijken aangeeft 'af en toe' binnen deze casus de eerste zorgverlener te zijn (in vergelijking met 19.8% van de huisartsen in groepspraktijken). Werkzaam zijn in een grootstedelijke, stedelijke of niet stedelijke omgeving levert geen significante verschillen op in de gegeven antwoorden.

- Detailanalyse volgens geslacht, leeftijd, soort praktijk en locatie van de praktijk - GP Task Profiles

De bevroegde mannelijke huisartsen in de GP Task Profiles studie geven het frequentst (45.5%) aan 'doorgaans' de eerste hulpverlener te zijn voor mannen van 52 jaar met alcoholproblemen. Vrouwelijke huisartsen kiezen daarentegen eerder (35.7%) voor de antwoordoptie '(bijna) altijd'. In tegenstelling tot deze verschillen naar geslacht, zijn de variaties in de antwoorden significant verschillend naargelang de leeftijd. Binnen de leeftijdscategorie 25-34 jaar kiezen huisartsen het vaakst voor 'doorgaans' (39.7%), daarnaast kiest ook 54.9% van de huisartsen tussen 45-54 jaar voor deze antwoordcategorie. Verder geeft 44.0% van de huisartsen binnen de leeftijdscategorie 55-64 jaar aan 'af en toe' als eerste zorgverstreker gecontacteerd te worden door een 52 jarige man met een alcoholprobleem. De resultaten van de analyse van de GP Task Profiles databank geven geen significant verschil tussen solo- en groepspraktijken en ook de locatie van de praktijk verschilt niet significant tussen een grootstedelijke, stedelijke of niet stedelijke omgeving.

5.6.7.2 *Internationaal*

- Vergelijking Vlaanderen met Europa - QUALICOPC

Europa met Vlaanderen vergelijken geeft een significant verschil weer. Bevroegde huisartsen in Europa geven frequenter aan 'zelden of nooit' (17.5% in vergelijking met 3.0% in Vlaanderen) of 'af en toe' (40.2% in vergelijking met 28.1% in Vlaanderen) als eerste gezondheidszorgverstreker gecontacteerd te worden door de patiënten in deze casus. Vlaamse huisartsen geven dan weer vaker aan 'doorgaans' (44.2%) of '(bijna) altijd' (24.6%) de eerste zorgverlener te zijn in vergelijking met de bevroegde huisartsen in Europa (respectievelijk 26.2% en 16.1%).

- Vergelijking Vlaanderen met buurlanden: Nederland en Duitsland - QUALICOPC

De antwoorden van de huisartsen die bevestigd zijn in Nederland en Duitsland verschillen niet significant met deze van de huisartsen in Vlaanderen. Globaal gezien geeft het merendeel van de huisartsen in beide regio's het vaakst 'doorgaans' (37.4% in Nederland en 48.9% in Duitsland) als eerste zorgverstreker gecontacteerd te worden door mannen met een alcoholprobleem.

5.7 In hoeverre is de huisarts betrokken bij de behandeling en nazorg van patiënten bij volgende diagnose?

De vraag naar "in hoeverre is de huisarts betrokken bij de behandeling en nazorg van patiënten bij depressie" wordt zowel in de QUALICOPC als in de GP Task Profiles studie gesteld. De resultaten van de vergelijking 1993 - 2013 worden weergegeven in 5.2.17, deze van de Vlaamse vergelijking in 5.2.18, deze van de internationale vergelijking in 5.2.19 en de cijfers van 1993 in 5.2.20

5.7.1 Depressie

5.7.1.1 Vlaanderen

- Vergelijkende analyse volgens geslacht, leeftijd, soort en locatie van de artspraktijk

Op beide tijdstippen geeft ongeveer eenzelfde proportie huisartsen (49.5% in 1993 en 50.5% in 2013) aan dat ze '(bijna) altijd' als huisarts betrokken zijn bij de behandeling en nazorg van patiënten met een depressie. We observeren wel een discrepantie tussen beide databanken naar geslacht. In de GP Task Profiles databank antwoorden meer mannelijke huisartsen (83.3% in vergelijking met 52.9% in 2013) voor bovenstaande vraag '(bijna) altijd'. In de QUALICOPC databank daarentegen kiezen meer vrouwelijke huisartsen deze optie (47.1% in vergelijking met 16.7% in 1993). Wat betreft de leeftijd observeren we dat meer dan de helft van de huisartsen die in 1993 '(bijna) altijd' antwoordt, zich in de leeftijdscategorie 35-44 jaar bevindt (53.5%).

Artsen in een solopraktijk geven in 1993 significant vaker aan '(bijna) altijd' (67.6%) betrokken te worden bij de behandeling van een persoon met depressie, in vergelijking met 2013 (32.7%). Huisartsen die werkzaam zijn in groepspraktijken geven dit dan weer frequenter aan in 2013 (67.3%) en minder in 1993 (32.4%). De vergelijking van de locatie van de praktijk varieert niet significant tussen beide tijdstippen.

- Detailanalyse volgens geslacht, leeftijd, soort praktijk en locatie van de praktijk

In het algemeen geeft meer dan 80% van de bevestigde huisartsen, anno 2013, aan 'doorgaans' of '(bijna) altijd' betrokken te zijn bij de nazorg van patiënten met een depressie (respectievelijk 43.8% en 51.7%). Alhoewel we geen significante verschillen tussen mannen, vrouwen, verschillende leeftijdscategorieën, soort en locatie van de praktijk noteren, observeren we dat vrouwelijke huisartsen vaker aangeven '(bijna) altijd' betrokken te zijn bij de nabehandeling van patiënten met een depressie (in vergelijking met 48.2% van de mannelijke huisartsen). In 1993 antwoorden vrouwelijke huisartsen ook vaker met '(bijna) altijd' (39.5% in vergelijking met 28.1% van de mannelijke huisartsen). Ook hier is dit geen significant verschil. Wat betreft leeftijd rapporteert het merendeel van de artsen in alle leeftijdscategorieën 'doorgaans' betrokken te zijn. Artsen die werkzaam zijn in solopraktijken antwoorden significant frequenter met 'af en toe' (11.6%) ten opzichte van 1.7% van de huisartsen in groepspraktijken.

5.7.1.2 *Internationaal*

- Vergelijking Vlaanderen met Europa - QUALICOPC

Bevraagde huisartsen in Vlaanderen geven significant vaker (52.3%), dan de huisartsen in Europa (42.0%), aan '(bijna) altijd' betrokken te zijn bij de behandeling en nazorg van patiënten met een depressie.

- Vergelijking Vlaanderen met buurlanden: Nederland en Duitsland - QUALICOPC

De antwoorden van de bevroagde huisartsen in Nederland en Duitsland verschillen op dit vlak niet significant van deze van de bevroagde huisartsenpopulatie in Vlaanderen. Doch meer dan de helft van de bevroagde huisartsen in Nederland antwoordt met 'doorgaans' (53.6%). Terwijl de helft van de huisartsen in Duitsland (51.1%) rapporteert '(bijna) altijd' betrokken te zijn bij de behandeling en nazorg van patiënten met een depressie.