



HUISBEZOEKEN EN WERKLAST: DE ERVARING VAN BRUSSELSE HUISARTSEN VOOR EN TIJDENS DE COVID-19-PANDEMIE



Observatorium
voor Gezondheid en Welzijn
Brussel



Observatoire
de la Santé et du Social
Bruxelles

HUISBEZOEKEN EN WERKLAST: DE ERVARING VAN BRUSSELSE HUISARTSEN VOOR EN TIJDENS DE COVID-19-PANDEMIE

Dit dossier kwam tot stand uit een samenwerking tussen het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, de Federatie van de Brusselse Huisartsen verenigingen (FAMGB-FBHAV) en de Brusselse Huisartsenkring vzw (BHAK)

Auteur:

Sarah MISSINNE
Dalia FELE
Gaëlle AMERIJCKX

Herlezing:

Jonathan UNGER, Gaëlle AMERIJCKX, Dalia FELE, Olivier GILLIS

Dankbetuigingen:

Onze bijzondere dank gaat uit naar de Federatie van de Brusselse Huisartsen verenigingen (FAMGB-FBHAV) en de Brusselse Huisartsenkring vzw (BHAK). Zij hebben ons geholpen bij de dataverzameling en hebben ons waardevolle inzichten verschaft over de werkwereld van huisartsen in Brussel.

Disclaimer:

De auteurs zijn verantwoordelijk voor de inhoud van dit rapport en de aan de overheidsinstanties gedane aanbevelingen. De partners werden in verschillende fasen geraadpleegd voor inhoudelijke verduidelijking, maar zij schreven niet mee aan het wetenschappelijk rapport.

Opmaak: Idealogy

Cover: shutterstock.com

Vertaling: Interne vertaling (Vertaaldienst Iriscare)

Wettelijk depotnummer: D/2021/9334/58

Voor meer informatie:

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad

Belliardstraat 71 bus 1 - 1040 Brussel

Tel.: 02 552 01 89

observat@ccc.brussels

<http://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>

Sarah Missinne

Tel.: 02/552 01 17

smissinne@ggc.brussels

Gelieve te refereren als:

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (2022).

Huisbezoeken en werklust: de ervaring van Brusselse huisartsen voor en tijdens de COVID-19-pandemie. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, Brussel.

Cette publication est également disponible en français

Inhoudsopgave

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1. | Inleiding | 6 |
| 2. | Huisbezoeken | 7 |
| 2.1. | Situatie in België en in Brussel | 7 |
| 2.2. | Verskil tussen een huisbezoek en een consultatie | 9 |
| 2.3. | Wanneer een huisbezoek? | 10 |
| 3. | De werklust van huisartsen | 12 |
| 4. | De COVID-19-epidemie in het Brussels Gewest | 14 |
| 5. | Algemene context | 15 |
| 5.1. | Demografisch en socio-economisch profiel van de Brusselaars | 15 |
| 5.2. | Gezondheidstoestand en zorggebruik van de Brusselaars | 17 |
| 5.3. | Zorgaanbod in Brussel | 17 |
| 6. | Doelstellingen | 20 |
| 7. | Methodologie | 21 |
| 8. | Overzicht deelnemende huisartsen | 23 |
| 8.1. | Geslachts- en leeftijdsverdeling | 23 |
| 8.2. | Type praktijk en betalingswijze | 24 |
| 9. | Huisbezoeken in het Brussels Gewest | 26 |
| 9.1. | Wie doet er geen en waarom? | 26 |
| 9.2. | Huisbezoeken in de eigen woning en in het woonzorgcentrum | 26 |
| 9.3. | Vervoerswijze en duur van het traject | 27 |
| 9.4. | Duur huisbezoeken | 28 |
| 9.5. | Opinies rond huisbezoeken | 29 |
| 10. | Inschatting van de eigen werklust | 30 |
| 10.1. | Gemiddeld aantal uur huisbezoeken | 30 |
| 10.2. | Gemiddeld aantal uur consultaties | 31 |
| 10.3. | Totaal aantal uur patiëntencontacten | 32 |
| 10.4. | Bijkomende professionele activiteiten | 33 |
| 10.5. | Wens om minder te werken | 34 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 11. | Impact van de COVID-19-epidemie op de huisartsen in Brussel | 35 |
| 11.1. | Uitstel van zorg | 35 |
| 11.2. | Onderbreking activiteiten, werklast en werkdruk tijdens de COVID-19-epidemie | 36 |
| 12. | Tot slot | 39 |
| | Referenties | 42 |

01

Inleiding

De huisarts speelt een centrale rol in de eerstelijnszorg. Huisbezoeken horen daarbij, en zijn in bepaalde situaties soms de enige optie. De vraag naar huisbezoeken zal in de toekomst waarschijnlijk toenemen bij bepaalde groepen. De populatie vergrijsst en steeds meer mensen wensen om zo lang mogelijk thuis te kunnen wonen op hun oude dag. Maar niet alleen de zorg voor ouderen kent een tendens naar de-institutionalisering, dat is ook het geval voor mensen met mentale problemen, personen met een handicap, na een ziekenhuisopname, ... Echter, het aantal huisbezoeken neemt al jarenlang af in Europa (Efstathopoulou, 2016) en in België is dat niet anders. Dat aantal zal waarschijnlijk blijven afnemen aangezien het de oudere huisartsen zijn die nu een groot deel van de huisbezoeken op zich nemen. Deze meer "huisbezoek-minded" generatie vertrekt binnenkort op pensioen en wordt vervangen door een nieuwe generatie artsen die gemiddeld gezien minder huisbezoeken aflegt.

Het is nog onduidelijk of deze afname in huisbezoeken problematisch is. Gezien er in andere landen (veel) minder huisbezoeken worden afgelegd dan in België (De Maeseneer, 1999; Boerma, 2001) en er ook grote verschillen kunnen bestaan tussen huisartsen (Boerma, 2001), zou je kunnen veronderstellen dat een deel van de patiënten die thuis wordt bezocht, eigenlijk ook naar de praktijk had kunnen komen (Boerma, 2001). Anderzijds is dat niet altijd mogelijk voor iedereen, denk bijvoorbeeld aan oudere en bedlegerige patiënten. Bovendien hebben huisbezoeken ook hun voor-

delen, zoals een beter inzicht in het leefmilieu van de patiënt, een sterkere arts-patiënt relatie en persoonlijker zorg (Van Royen, 2002, Boerma, 1994). De vraag is in welke mate deze aspecten onder druk komen te staan, als de huisarts minder vaak of bij minder mensen op bezoek zou komen. Om de gepaste beleidsmaatregelen te kunnen nemen is het dus belangrijk om eerst een beter inzicht te verwerven in de gangbare praktijk van huisbezoeken en de opinies te kennen van de huisartsen hieromtrent. We hebben hier ook specifieke aandacht voor de mentale gezondheid en de werklust van huisartsen die vaak onder grote druk staan, wat niet is verbeterd sinds de COVID-19-crisis.

De COVID-19-crisis heeft de praktijk van huisartsen grondig overhoop gehaald. De initieel geplande enquête werd afgenomen net voor de COVID-19-crisis (eind 2019-begin 2020) en kan gezien worden als een benchmark. Daarnaast bekijken we op basis van verschillende andere gegevensbronnen hoe de praktijk van huisbezoeken, de werklust en de werkdruk van de huisartsen veranderd is tijdens het eerste jaar van de COVID-19-epidemie in 2020. In deze studie wordt expliciet gefocust op de situatie in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De grootstedelijke context brengt bijkomende uitdagingen met zich mee, zoals de verkeers- en parkeersituatie die vaak moeilijk is, net als de moeilijke levensomstandigheden van vele Brusselaars.

Huisbezoeken

2.1. Situatie in België en in Brussel

Op basis van de permanente steekproef¹ schatten we dat het aantal huisbezoeken in België daalde van gemiddeld 1151 huisbezoeken² per 1000 personen³ in 2011 tot 908 huisbezoeken per 1000 personen in 2019, wat overeenkomt met een daling van 21,2%. Ook het aandeel huisbezoeken in het totaal aantal contacten met de huisarts⁴ nam af in België van 27,6% in 2011 tot 20,7% in 2019. Toch is het aandeel huisbezoeken in België nog altijd een stuk hoger dan bijvoorbeeld in buurland Nederland, waar het om nauwelijks 4% van alle huisartscontacten gaat in 2018 (CBS, 2021). België wordt wereldwijd gezien als een koploper in het aandeel huisbezoeken (De Maeseneer, 1999; Boerma, 1994).

Het zijn vooral de oudere patiënten die een beroep doen op huisbezoeken, en dan vooral de 80-plussers. Terwijl er gemiddeld 253 huisbezoeken werden uitgevoerd per 1 000 personen jonger dan 65 jaar in 2019, zijn dat 1 614 huisbezoeken

per 1 000 65-79 jarigen, en nog eens 5 keer zoveel voor de 80-plussers, namelijk 7 609 huisbezoeken per 1000 rechthebbenden in België.

Het aandeel huisbezoeken verschilt wel sterk tussen de regio's en is het laagst in Brussel. In tabel 1 wordt het aantal huisbezoeken per 1 000 personen weergegeven, net als het aandeel huisbezoeken in het totaal aantal contacten met de huisarts. In 2019, werden in het Brussels Gewest nog gemiddeld 411 huisbezoeken uitgevoerd per 1 000 personen, tegenover meer dan het dubbele in Vlaanderen (900 per 1000 rechthebbenden) en Wallonië (1 080 huisbezoeken per 1 000 personen). Het is wel zo dat het Brussels Gewest een jongere leeftijdsstructuur heeft en dat het vooral ouderen zijn die (veel) beroep doen op huisbezoeken, maar dit kan niet volledig het verschil met de andere regio's verklaren, aangezien bij alle leeftijdsgroepen in Brussel minder huisbezoeken worden opgetekend⁵, net als minder consultaties. We weten wel dat zorg door heel wat Brusselaars wordt uitgesteld omwille van socio-economische

1. De permanente steekproef is een representatieve steekproef van de bevolking waarvoor de gegevens van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering beschikbaar worden gesteld voor onderzoek door het Intermutualistisch Agentschap (IMA). Het komt overeen met 1/40^{ste} van de rechthebbenden. Om de absolute aantallen te berekenen kunnen we de bekomen cijfers vermenigvuldigen met 40. Voorzichtigheid blijft uiteraard geboden aangezien het een steekproef betreft.

2. Op basis van volgende nomenclatuurcodes: 103110, 103132, 103213, 103235, 103412, 103434, 104215, 104230, 104252, 104510, 104532, 104554

3. Het gaat over alle inwoners die recht hebben op en in orde zijn met de verplichte Belgische ziekteverzekering ('rechthebbenden'), of ze nu thuis wonen of in een WZC. In Brussel komt dit in 2019 overeen met 92,3% van de officiële bevolking in het Rijksregister, wat een stuk lager is dan gemiddeld voor België, namelijk 98,1% (Atlas IMA, 2021). Ook personen die in een medisch huis zijn ingeschreven, vallen buiten de analyses aangezien voor hen geen informatie voorhanden is over het aantal contacten (huisbezoeken en consultaties) bij de huisarts, enkel over hun inschrijving bij een medisch huis.

4. Het totaal aantal contacten wordt berekend door bij de huisbezoeken, de consultaties op de praktijk (101010, 101032, 101076) op te tellen.

5. Dit wordt bovendien bevestigd door de Gezondheidsenquête. Op basis van de enquête in 2013 werden de regioverschillen in het aandeel huisbezoeken berekend nadat de leeftijds- en geslachtsstructuur van de regio's in rekening werden gebracht (Van der Heyden, 2015a).

Tabel 1: Evolutie van het aantal huisbezoeken per 1 000 rechthebbenden*, het totaal aantal contacten met de huisarts & het aandeel huisbezoeken daarin (%), per regio, periode 2011-2019

| | Brussel | | | Vlaanderen | | | Wallonië | | |
|---------------------------|--|---|----------------|---------------------------------------|---|----------------|---------------------------------------|---|----------------|
| | Aantal huisbezoeken per 1 000 personen | Totaal aantal contacten met de huisarts per 1000 personen | % huisbezoeken | Aantal huisbezoeken per 1000 personen | Totaal aantal contacten met de huisarts per 1000 personen | % huisbezoeken | Aantal huisbezoeken per 1000 personen | Totaal aantal contacten met de huisarts per 1000 personen | % huisbezoeken |
| 2019 | 411 | 2 734 | 15,0% | 900 | 4805 | 18,7% | 1 080 | 4 149 | 26,0% |
| 2017 | 459 | 2 688 | 17,1% | 1 001 | 4674 | 21,4% | 1 166 | 3 986 | 29,3% |
| 2015 | 513 | 2 637 | 19,5% | 1 095 | 4630 | 23,6% | 1 289 | 4 027 | 32,0% |
| 2013 | 545 | 2 633 | 20,7% | 1 132 | 4562 | 24,8% | 1 353 | 3 992 | 33,9% |
| 2011 | 565 | 2 672 | 21,2% | 1 124 | 4503 | 25,0% | 1 383 | 4 018 | 34,4% |
| Evolutie 2019-2011 | -27,2% | +2,3% | -28,9% | -19,9% | +6,7% | -25,0% | -21,9% | 3,3% | -25,0% |

* Het gaat over personen die recht hebben op en in orde zijn met de verplichte Belgische ziekteverzekering, en die niet zijn ingeschreven in een medisch huis.

Bron: permanente steekproef, 2011-2019; Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

redenen en vele Brusselaars hebben geen vaste huisarts. Het uitgebreide aanbod aan specialisten & spoeddiensten in het hoofdstedelijke Gewest zal mee spelen (zie verder), net als het feit dat de gezondheidsvoorziening voor de patiënt minder veraf is gelegen of makkelijker te bereiken is met het openbaar vervoer.

In het Brussels Gewest nam het aantal huisbezoeken per 1 000 personen tussen 2011 en 2019 af met 27,2%. Dit is een groter daling dan in Wallonië (-21,9%) en nog groter in vergelijking met Vlaanderen (-19,9%). Het aantal consultaties per 1 000 personen nam daarentegen wel toe in de periode 2011-2019 in de drie regio's (Brussel: +10,3%; Vlaanderen +15,6%; Wallonië, +16,5%), waardoor het totaal aantal contacten met de huisarts per 1 000 personen relatief gelijk is gebleven (Brussel: +2,3% tussen 2011-2019; Vlaanderen respectievelijk +6,7% en Wallonië +3,3%). Het aandeel huisbezoeken in het totaal aantal contacten met de huisarts nam bijgevolg op een gelijkaardige manier af als het aantal huisbezoeken (zie telkens de derde kolom). Kort gezegd, patiënten hebben in 2019 gemiddeld nog quasi evenveel contact met de huisarts als in 2011 maar ze gaan vaker op consultatie dan dat ze een huisbezoek aanvragen.

We zoomen even in op de 80-plussers, de leeftijdsgroep bij wie de meeste huisbezoeken worden afgelegd. Bij de 80-plussers (tabel 2), worden er in Brussel gemiddeld 4 915 huisbezoeken gebracht per 1 000 personen in 2019, wat eveneens een stuk minder is in vergelijking met Vlaanderen (7 769 per 1 000 in 2019) en Wallonië (7 947 per 1000 in 2019), maar het verschil tussen de regio's bij de 80-plussers is minder groot dan voor de totale bevolking (tabel 1 hierboven). Er valt ook op dat dat de daling tussen 2011 en 2019 in het aantal huisbezoeken minder uitgesproken is bij de 80-plussers dan bij de jongere leeftijdsgroepen, en dat in de drie regio's. In Brussel is het aantal huisbezoeken voor patiënten ouder dan 80 jaar in 2019 weliswaar lager dan in 2011, maar de evolutie is niet lineair en we kunnen dus niet spreken van een echte dalende trend. Met andere woorden, het is vooral bij patiënten jonger dan 80 jaar dat een grote daling in het aantal huisbezoeken wordt opgetekend. En ook het aandeel huisbezoeken in het totaal aantal patiëntencontacten is niet zoveel veranderd voor 80-plussers. In 2011, was 69% van de contacten met de huisarts voor 80-plussers in Brussel een huisbezoek, in 2019 nam dat aandeel af tot 64% van de contacten. Dit komt overeen met een daling van 7,4% over die periode.

Tabel 2: Evolutie van het aantal huisbezoeken per 1 000 rechthebbenden van 80 jaar of ouder*, het totaal aantal contacten met de huisarts & het aandeel huisbezoeken daarin (%), per regio, periode 2011-2019

| | Brussel | | | Vlaanderen | | | Wallonië | | |
|---------------------------|------------------------------|---|----------------|-----------------------------|---|----------------|-----------------------------|---|----------------|
| | Aantal per 1 000 80-plussers | Totaal aantal contacten met de huisarts per 1 000 80-plussers | % huisbezoeken | Aantal per 1000 80-plussers | Totaal aantal contacten met de huisarts per 1 000 80-plussers | % huisbezoeken | Aantal per 1000 80-plussers | Totaal aantal contacten met de huisarts per 1 000 80-plussers | % huisbezoeken |
| 2019 | 4 915 | 7 698 | 63,8% | 7 769 | 11 709 | 66,4% | 7 947 | 10 660 | 74,6% |
| 2017 | 5 326 | 7 975 | 66,8% | 8 419 | 12 114 | 69,5% | 8 270 | 10 699 | 77,3% |
| 2015 | 6 024 | 8 689 | 69,3% | 8 973 | 12 266 | 73,2% | 8 723 | 10 944 | 79,7% |
| 2013 | 5 969 | 8 606 | 69,4% | 8 736 | 11 777 | 74,2% | 8 546 | 10 603 | 80,6% |
| 2011 | 5 308 | 7 701 | 68,9% | 8 142 | 11 100 | 73,3% | 8 055 | 10 025 | 80,3% |
| Evolutie 2019-2011 | -7,4% | -0,04% | -7,4% | -4,6% | +5,5% | -9,5% | -1,3% | +6,4% | -7,2% |

* Het gaat over personen die recht hebben op en in orde zijn met de verplichte Belgische ziekteverzekering, en die niet zijn ingeschreven in een medisch huis.

Bron: Permanente steekproef, 2011-2019; Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

2.2. Verschil tussen een huisbezoek en een consultatie

Volgens Theile e.a. (2011) kunnen er grofweg drie soorten huisbezoeken worden onderscheiden: bij een eerste type is er in mindere mate een duidelijke medische indicatie maar dienen huisbezoeken vaak meer om mensen te ondersteunen of voor de sociale interactie. Een tweede type huisbezoeken gebeurt bij mensen die duidelijk medische hulp nodig hebben aan huis omdat ze chronisch ziek zijn of zich niet naar de praktijk kunnen verplaatsen. Ten derde, wordt een dringend huisbezoek aangevraagd voor acute ziekten, zoals de griep, buikgriep, longontsteking...

Waarin verschilt een huisbezoek van een consultatie op de praktijk? Ten eerste, moet de patiënt zich niet verplaatsen bij een huisbezoek, zoals het woord het zelf zegt. In het bijzonder voor patiënten die beperkt zijn in hun mobiliteit, ouderen en ernstig zieke patiënten kan een verplaatsing naar de praktijk een fysiek zware opdracht zijn. Door de arts aan huis te laten komen, kan de zorg van deze personen toch gegarandeerd worden en hoeft de patiënt op niemand beroep te doen om naar de praktijk van de huisarts vervoerd

te worden. Voor sommige zwaar zorgbehoevenden, zoals personen met dementie, zijn huisbezoeken vaak de enige optie. Patiënten kunnen een huisbezoek aanvragen omwille van nog heel wat andere redenen, zoals het hebben van moeilijkheden om een afspraak te maken op de praktijk of te lange wachttijden het risico om een infectie op te lopen of simpelweg omwille van het gemak van de patiënt (Van Royen et al., 2002).

Patiënten geven bovendien aan dat het gemakkelijker is om over persoonlijke zaken te praten in de vertrouwde thuisomgeving. Zo kan een huisbezoek ook een nauwere vertrouwensband tussen patiënt en arts creëren (Van Royen, 2002) en krijgt de arts inzicht in de psychosociale levenscontext van de patiënt (van Kempen, 2012). Ook kan een huisbezoek bijkomende informatie opleveren die tijdens een consultatie niet aan bod zou komen. Zo kan de arts veel leren over de materiële en fysieke levensomstandigheden van de patiënt, zoals onhygiënische huisvesting, geluidshinder, het niet aangepast zijn van de woning aan de inwoners (bijvoorbeeld voor ouderen, gehandicapten & jonge kinderen) of onveilige situaties (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn & Brusselse huisartsen, 2004).

Voor sommige artsen zorgen huisbezoeken voor veel voldoening in het werk. Bovendien kan het afleggen van huisbezoeken leiden tot een betere samenwerking met de andere zorgverstrekkers die bij de patiënt aan huis komen (bijvoorbeeld thuisverpleegkundigen, kinesisten, mantelzorgers,...) waardoor ze beter de thuiszorg kunnen⁶ coördineren dan indien ze niet aan huis zouden komen (Depuydt, 2017).

Huisbezoeken hebben ook hun keerzijde. Doordat de arts zich moet verplaatsen, nemen huisbezoeken vaak meer tijd in beslag dan raadplegingen in de praktijk. Ook kunnen er vragen worden gesteld over onder meer de veiligheid van de arts (Boerma, 2001), de hoge kost en de kwaliteit van de zorg (Van Royen, 2002). Het stellen van een diagnose en een behandeling kunnen bijvoorbeeld bemoeilijkt worden door de aanwezigheid van andere personen, slechte belichting, lawaai of het afwezig zijn van het medisch dossier van de patiënt (Van Royen, 2002). Met betrekking tot het medisch dossier, gaven artsen in de focusgroep aan dat het soms onmogelijk is het medisch dossier te raadplegen in het woonzorgcentrum (WZC) wanneer het personeel dat anders toegang zou kunnen geven, reeds vertrokken is. Deze moeilijkheden zijn toegenomen sinds de invoering van de GDPR-wetgeving rond privacy.

2.3. Wanneer een huisbezoek?

Vele factoren kunnen beïnvloeden of er een huisbezoek wordt afgelegd. We groeperen ze hieronder in vier categorieën, namelijk kenmerken van de patiënt, kenmerken van de dokter, kenmerken van de praktijk en kenmerken van het gezondheidszorgsysteem.

2.3.1. Kenmerken patiënt

Verskillende kenmerken van de patiënt spelen een rol bij de aanvraag van een huisbezoek, zoals het gezondheidsprobleem of het afhankelijkheidsniveau (Van Royen, 2002). Ook vragen volgens de literatuur oudere mensen vaker een huisbezoek aan, net als vrouwen (De Maeseneer,

1999) en ook ouders voor hun jonge kinderen (Van Royen, 2002). Volgens verschillende studies worden meer huisbezoeken afgelegd bij personen met een socio-economisch zwakkere positie (Boerma, 2001). Echter, dit is niet het geval in Brussel. Socio-economisch zwakkeren in Brussel kunnen zichzelf te vaak gewoonweg niet laten verzorgen omwille van het gebrek aan financiële middelen (Demarest et al., 2020). En als ze zich wel (kunnen) laten verzorgen, gaat deze groep gemiddeld vaker naar de spoed in plaats van naar de huisarts (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2019) en zijn ze vaker ingeschreven bij een medische huis ("maison médicale", zie verder). In deze praktijkvorm worden patiënten aanmoedigd om zoveel mogelijk naar de praktijk te komen⁷ in plaats van een huisbezoek aan te vragen.

2.3.2. Kenmerken huisarts

Net zoals bij de patiënt speelt ook de leeftijd van de huisarts een rol. Oudere huisartsen zouden vaker huisbezoeken afleggen dan hun jongere collega's (Boerma, 2001). Voor een deel komt dit doordat het patiëntenbestand vaak mee verouderd met de arts en het de oudere patiënten zijn die meer huisbezoeken vragen (Boerma, 1994), zoals hierboven werd beschreven. Ook is de huidige oudere generatie huisartsen in heel andere omstandigheden begonnen aan hun carrière. Terwijl er nu in bepaalde buurten mogelijks te weinig huisartsen zijn (Missinne & Luyten, 2018), waren er in de jaren '80 en '90 te veel huisartsen (Tegenbos, 2017, De Maeseneer, 1999). Hierdoor kon het jaren duren vooraleer de startende huisarts een voldoende groot patiëntenbestand had opgebouwd om voldoende inkomen te hebben (Boerma, 1993)⁸. Huisbezoeken kon hierbij een middel zijn om patiënten aan de huisarts te binden (De Maeseneer, 1999, Boerma, 1994). Bijgevolg is het voor de huidige generatie oudere patiënten vaak een gewoonte geworden dat de huisarts aan huis komt (focusgroep).

Ook meer persoonlijkheidsgebonden kenmerken van de huisarts kunnen mee spelen. Beleeft de arts plezier aan het afleggen van huisbezoeken? Wil de arts zo efficiënt mogelijk werken? Wil de

6. Een huisbezoek is uiteraard geen garantie op een goeie en vlotte coördinatie tussen verschillende zorgverleners. In de focusgroep werd aangehaald dat het vooral de beschikbaarheid is van de huisarts en de verschillende andere zorgverleners die cruciaal is.

7. Zie bijvoorbeeld het beleid van de "Federatie van Medische Huizen": <https://www.maisonmedicale.org/-Foire-aux-questions-.html#Q4>

8. In 1997 werd een numerus clausus ingevoerd om het aantal artsen te beperken (Roberfroid, 2008).

arts een confrontatie of een klacht van de patiënt vermijden? Heeft de arts een meer defensieve attitude, bijvoorbeeld uit bezorgdheid om een bepaalde aandoening te missen (Boerma, 1994; Boerma, 2001; Van Royen, 2002)? Sommige huisartsen kunnen het appreciëren om even tot rust te kunnen komen tussen twee huisbezoeken. Ook is het soms handig dat sommige huisbezoeken flexibeler kunnen worden ingepland dan bij een consultatie in de dokterspraktijk waarbij op voorhand een precies tijdstip is afgesproken (focusgroep).

2.3.3. Kenmerken praktijk

Een heleboel kenmerken van de praktijk kunnen meespelen, onder andere het type praktijk (solo- of groepspraktijk), de wachttijden, de organisatie van de praktijk en de mogelijkheid om een afspraak te maken (Van Royen, 2002). Huisartsen die 'solo' werken zouden meer huisbezoeken afleggen dan huisartsen in groepspraktijken (Boerma, 2001), en al zeker in groepspraktijken van het type wijkgezondheidscentrum/"maison

médicale"⁹. Een afspraak kunnen maken, kan belangrijk zijn om patiënten te overhalen om naar de praktijk te komen in plaats van een huisbezoek aan te vragen (Van Royen, 2002).

2.3.4. Kenmerken gezondheidssysteem

Uit onderzoek waarin het aandeel huisbezoeken wordt vergeleken tussen verschillende landen, blijkt dat in landen waar huisartsen zogenoemde "gatekeepers"¹⁰ zijn een sterkere positie hebben en dus gemakkelijker kunnen beslissen op basis van de medische nood om een huisbezoek te doen. In landen zonder "gatekeepers", zoals België, moet de huisarts vaker in concurrentie gaan met de specialisten die vrij toegankelijk zijn (Boerma, 1994; De Maeseneer, 1999). Ook het feit dat mensen in België niet verplicht worden een vaste huisarts te hebben en het feit dat de huisarts per prestatie wordt betaald zou mee voor een hoger aandeel huisbezoeken zorgen (De Maeseneer, 1999).

9. Niet elke praktijk die zichzelf een "wijkgezondheidscentrum/maison médicale" noemt en/of de forfaitaire betalingswijze toepast in Brussel, is aangesloten bij of onderschrijft de principes van een federatie.

10. Wanneer de huisarts de ingangspoort vormt tot het gezondheidszorgsysteem (de "gatekeeper" is), kan de patiënt slechts bij de specialist terecht na doorverwijzing door de huisarts, zoals in Nederland bijvoorbeeld het geval is.

De werklust van huisartsen

Aangezien het afleggen van huisbezoeken doorgaans meer tijd inneemt door de verplaatsing, is het interessant te kijken hoe de huisartsen hun tijd verdelen over consultaties en huisbezoeken. Tot op heden, hebben we voor Brussel¹¹ enkel een inzicht in de werklust van de huisartsen via het PlanKad-projet¹² van de Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu¹³. Het PlanKad schetst een beeld van de reële activiteit van huisartsen door de gegevens van het kadaster (FOD Volksgezondheid) te koppelen met de gegevens van het RIZIV en van de sociale zekerheid¹⁴. Het totaal aantal RIZIV-prestaties gefactureerd door huisartsen wordt in rekening gebracht om de werklust in een VTE¹⁵ te proberen benaderen. Er wordt dus geen onderscheid gemaakt tussen consultaties en huisbezoeken, iets waar we hier in het bijzonder in geïnteresseerd zijn. Bovendien botsen we ook op een belangrijk beperking van de data. Enkel voor de actieve huisartsen in loondienst (10,3%¹⁶) is de plaats van tewerkstelling gekend (o.b.v. de gegevens van de sociale zekerheid).

Voor huisartsen met een zelfstandig statuut kan niet anders dan met het domicilieadres te werken, aangezien de plaats van tewerkstelling voor zelfstandige huisartsen¹⁷ (niet altijd) gekend is in de databanken van de overheid. Aangezien een aanzienlijk aantal huisartsen wel in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (BHG) werkt maar er niet woont, en omgekeerd, is dit een serieuze beperking voor het BHG.

Wij gingen anders te werk. Aangezien alle huisartsen met een werkadres in het Brussels Gewest in principe verplicht zijn aangesloten bij (minstens) één van de twee Brusselse huisartsenkringen (FBHAV - FAMGB en BHAK), kunnen de actieve huisartsen in het BHG benaderd worden op basis van hun ledenlijsten. Deze werden uitgenodigd deel te nemen aan een online enquête (tussen december 2019 en februari 2020) en hierin werd gevraagd zelf een inschatting te maken van hun wekelijkse werklust¹⁸. Hiermee kunnen we een inschatting maken van het gemiddeld aantal uur dat Brusselse huisartsen besteden aan consultaties enerzijds en huisbezoeken

11. In Wallonië werd ook een inschatting gedaan van de werklust van de huisartsen door het AVIQ. zie <http://sante.wallonie.be/sites/default/files/MG-cadastre-2016.pdf>

12. De laatste koppeling werd uitgevoerd in 2018-2019 met gegevens voor de periode 2004-2016.

13. Alle cijfers en begeleidende documenten kunnen hier worden teruggevonden: <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten>

14. Zie https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/01_127_nl_huisartsgeneeskunde.pdf

15. Het gehanteerde RIZIV Voltijds Equivalent (VTE) wordt berekend op basis van de RIZIV-terugbetalingen van de door de huisarts gepresteerde handelingen. Deze inschatting van het aantal VTEs moet uiteraard met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

16. Situatie op 31/12/2016, huisartsen met een gemengd statuut (loondienst & zelfstandige) niet meegerekend. zie supra voor alle cijfers en details.

17. Voor huisartsen met een gemengd statuut, wordt het adres genomen waar de werkgever huist bij wie de huisarts het merendeel van zijn of haar arbeidstijd presteerde.

18. We deden dit in lijn met hoe het AVIQ voor Wallonië een gelijkaardige inschatting van de werklust maakte, zie <http://sante.wallonie.be/sites/default/files/MG-cadastre-2016.pdf>

ken anderzijds (en dus eveneens van de totale werklust).

Het grote verschil met de methodologie van het PlanKad zit dus zowel in de manier van het identificeren van de Brusselse huisartsen als in de manier om de werklust te berekenen. Ook bij 'onze' werkwijze is voorzichtigheid geboden aangezien typische beperkingen van een (online) bevraging, zoals recall bias en sociaal wenselijk antwoorden ook hier niet worden uitgesloten en aangezien niet alle huisartsen deelgenomen hebben aan de vragenlijst (zie punt 8). Anderzijds, is het een

meerwaarde dat we op deze manier zicht krijgen op de gepercipieerde "reële" werklust. Dit is belangrijke informatie, aangezien deze inschatting meespeelt in de afweging of huisartsen tevreden zijn met hun werklust dan wel minder (of meer) zouden willen werken. We weten dat een aanzienlijk aandeel huisartsen een beter evenwicht tussen werk en privé zou willen (Missinne & Luyten, 2018) en hebben dan ook de wens om eventueel minder te werken rechtstreeks bevestigd.

De COVID-19-epidemie in het Brussels Gewest

Op 31 december 2019 rapporteren de autoriteiten van Wuhan in China voor het eerst een cluster gevallen van longontstekingen met een ongekende oorzaak. Een nieuw coronavirus, het SARS-CoV-2 zal worden aangeduid als oorzaak van deze nieuwe ziekte die de naam COVID-19 kreeg¹⁹. Op 11 maart 2020 zal de WHO de situatie bestempelen als pandemie, met Europa als nieuw epicentrum²⁰. Voor cijfers over het aantal besmettingen, hospitalisaties (op intensieve zorgen), sterfgevallen en oversterfte verwijzen we naar de welzijnsbarometer van 2020 (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2020) en naar het dashboard van Sciensano²¹. Op het moment van het schrijven van dit dossier, beschrijft Sciensano de epidemie in 5 periodes: de eerste golf (begin van de epidemie tot 21 juni 2020), een tussenperiode (22 juni en 30 augustus 2020), een tweede golf tussen 31 augustus 2020 en 14 februari 2021, een derde golf vanaf 15 februari 2021 en een vierde golf vanaf 4 oktober 2021.

Naast de enorme directe gevolgen voor de gezondheid van besmette personen zelf, heeft de COVID-19 epidemie, net als de genomen maatregelen, ook andere consequenties op sociaal en economisch vlak, op de mentale gezondheid en het gebruik van zorg. De COVID-19-epidemie heeft bijgevolg ook de praktijk van huisartsen grondig door elkaar geschud. Verschillende instanties en organisaties, waaronder Solidaris, Sciensano & het RIZIV leveren interessante cijfers over het gebruik van of uitstel van zorg tijdens de COVID-19-epidemie. De huisartsenvereniging FBHAV - FAMGB nam tijdens de COVID-19-crisis een enquête af onder haar Franstalige leden over hoe de COVID-19-epidemie het werk van de huisarts heeft beïnvloed, waaronder ook over huisbezoeken, de ervaren stress en de werklust. Op basis van deze data krijgen we inzicht in de praktijk van huisbezoeken en de werklust tijdens de eerste twee golven van de epidemie en deze in perspectief brengen ten opzichte van de pré-corona bevraging.

19. Sciensano. Covid-19 epidemiologische situatie, zie <https://Covid-19.sciensano.be/nl/Covid-19-epidemiologische-situatie>
European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC): Timeline of ECDC's response to COVID-19: <https://www.ecdc.europa.eu/en/Covid-19/timeline-ecdc-response>

20. cfr ibidem

21. <https://datastudio.google.com/embed/reporting/c14a5cfc-cab7-4812-848c-0369173148ab/page/ZwmOB>

05

Algemene context

Het Brussels Gewest verschilt op meerdere vlakken van de twee andere Belgische gewesten. Belangrijke specifieke kenmerken die de nood aan en het aanbod van eerstelijnszorg sterk kunnen beïnvloeden, zijn onder andere een demografische groei, een jonge bevolking, een groot deel van de bevolking dat zich in (kans)armoede bevindt en een groot aandeel van de bevolking met een buitenlandse nationaliteit. Daarnaast zijn er ook realiteiten die moeilijk te becijferen zijn, zoals de sterke aanwezigheid van mensen zonder wettelijk verblijf, werknemers van internationale instellingen, kotstudenten, toeristen,... die allen ook nood (kunnen) hebben aan medische zorg. Onderstaand overzicht is sterk gebaseerd op de Welzijnsbarometer (2020) en enkele andere dossiers van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn.

5.1. Demografisch en socio-economisch profiel van de Brusselaars

Na een sterk dalende tendens tussen 1970 en het midden van de jaren 1990, neemt de Brusselse bevolking sinds 1995 sterk toe. De demografische projecties voorzien een verdere stijging van de Brusselse bevolking met 7% voor de periode tussen 2017-2025. Dit zou een bevolkingsaantal betekenen van meer dan 1 270 000 in 2025. Door de COVID-19-epidemie was er een grote daling van het internationaal migratiesaldo in 2020. Maar de bevolkingsvooruitzichten veranderen door de crisis eigenlijk weinig op middellange en lange termijn.

De bevolkingsdichtheid verschilt sterk tussen de gemeenten en wijken in het Brussels Gewest. In Sint-Joost-ten-Node, de dichtst bevolkte gemeente van heel het land, met 23 737 inw./km², wonen twaalf keer meer mensen op een in vergelijking met Watermaal-Bosvoorde (1 923 inw./km²)²².

De Brusselse bevolking is gemiddeld jonger dan in de twee andere Gewesten en kende gedurende lange tijd een algemene tendens van verjonging. Toch begint deze verjonging langzaam af te zwakken en het aantal inwoners van 65 jaar en ouder neemt sinds 2010 ook toe. Net als de bevolkingsdichtheid, verschilt ook de leeftijdssamenstelling sterk tussen de Brusselse gemeenten. Op 1 januari 2020 bedroeg de gemiddelde leeftijd in Sint-Joost-ten-Node 35 jaar tegenover 42 jaar in Watermaal-Bosvoorde.

Het Brussels Gewest kent een internationale bevolking, met een groot aandeel bewoners met een buitenlandse nationaliteit: op 1 januari 2020 had meer dan een derde (35%) van de Brusselse bevolking, namelijk 429 557 personen, niet de Belgische nationaliteit (tegenover 9% in Vlaanderen en 10% in Wallonië). Deze cijfers over de nationaliteit geven maar gedeeltelijk de grote diversiteit in herkomst en culturen van de Brusselse bevolking weer. Meer dan één Brusselaar op twee (58%) heeft een buitenlandse geboortenationaliteit²³, en bijna drie kwart (74%) is van buitenlandse herkomst²⁴.

22. Bron: BISA, Federaal Planbureau, Statbel (Algemene Directie Statistiek - Statistics Belgium).

23. Bron: BISA, berekeningen Brussel Observatorium voor Gezondheid en Welzijn.

24. FOD Economie - Statistics Belgium. Hierbij wordt gekeken naar de buitenlandse geboortenationaliteit van de ouders.

Een groot deel van de Brusselse bevolking leeft in armoede of bestaansonzekerheid. Bijvoorbeeld het aandeel personen met “een risico op armoede of sociale uitsluiting” ligt in het Brussels Gewest rond de 38% in 2018. In januari 2020 hebben 334 077 Brusselaars recht op een verhoogde tegemoetkoming²⁵ voor gezondheidszorgen, dit vertegenwoordigt 27% van de Brusselse bevolking. Deze globale cijfers voor het Brussels Gewest verbergen –opnieuw– grote verschillen tussen de Brusselse gemeenten en wijken inzake armoede. Het mediaan inkomen per fiscale aangifte varieert van € 15 633 in Sint-Joost-ten-Node tot € 26 197 in Sint-Pieters-Woluwe (inkomens van 2018). Op niveau van de wijken is de variatie zelfs nog groter: er zijn wijken waarbij het mediaaninkomen van de aangiften lager ligt dan € 10 000, en wijken waar het hoger ligt dan € 40 000. De wijken met de laagste mediane inkomens bevinden zich grotendeels in de “arme sikkels”. Dit is een zone van het Brussels Gewest waar al meerdere decennia een concentratie van de op economisch vlak meest kansarme bevolkingsgroepen woont. Deze wijken vormen een sikkels rond het stadscentrum, van het zuiden over het westen tot het noorden, of met andere woorden van het lage gedeelte van Vorst tot Sint-Joost-ten-Node.

Armoede is echter niet enkel zaak van lage inkomens, hoge kosten kunnen eveneens bijdragen aan financiële en andere moeilijkheden. Zo legt de hoge huisvestingskost zwaar beslag op het inkomen van de Brusselse gezinnen. Tussen 2004 en 2016 steeg de gemiddelde huurprijs, gecorrigeerd voor de inflatie met 22%, waardoor de uitgaven voor huisvesting alsmaar stijgen. Tot slot hebben ook nog andere factoren een invloed op de socio-economische situatie van de gezinnen, en zo direct of indirect een invloed op het zorggebruik. We denken hierbij aan de scholingsgraad, de kwaliteit van de huisvesting of leefomgeving, de socio-professionele situatie, het sociale netwerk enz²⁶.

Er wordt veel verhuisd, zowel van en naar Brussel als tussen Brusselse wijken (BISA, 2018). In 2016, woonde de helft van de Brusselaars 13 jaar eerder nog niet in het Brussels Gewest. Op wijkniveau is het zelfs zo dat de helft van de Brusselaars nog maar minder dan 6 jaar woont in zijn wijk (BISA,

2018). Dit betekent ook dat het patiëntenbestand van een huisarts constant wijzigt, iets wat minder het geval is in een meer landelijke context, waar de arts meer lokaal is verankerd (FAMGB, 2013).

Bepaalde gemeenten als Sint-Joost-ten-Node kennen een voortdurende verandering van hun bevolking, andere gemeenten zoals Watermaal-Bosvoorde zijn daarentegen veel stabiel. Vooral de gemeenten in het centrum (vijfhoek en eerste kroon) van het Gewest en in het bijzonder de “arme sikkels”, kennen in het algemeen een grote migratie-intensiteit. De meer achtergestelde buurten zijn inderdaad vaak een belangrijke aankomstplek voor personen die vanuit arme landen immigreren. Daartegenover vertrekt een belangrijk deel van de bevolking naar andere gemeenten, met name naar deze in het noordwesten van het Gewest waar de tweede kroon zich situeert, maar ook naar gemeenten buiten het Gewest. De periurbanisatie gaat niet enkel meer om de middenklasse die de stad verlaat: ongeveer een derde van de personen die vertrekken uit het Brussels Gewest behoren tot de lagere inkomensklassen en dit aandeel stijgt tot de helft onder de personen die vertrekken uit de centrale wijken (De Laet, 2018). Het is echter eveneens belangrijk op te merken dat de arme buurten niet gereduceerd mogen worden tot “buurten met een transitiefunctie”. Een belangrijk deel van hun bevolking blijft immers stabiel en verhuist niet (Van Hamme et al., 2016). De rijkere zuidoostelijke gemeenten van het Gewest kennen minder belangrijke migratiedynamieken, zij ontvangen slechts weinig nieuwkomers en slechts een beperkte instroom van personen die de achtergestelde buurten van het Gewest verlaten.

25. Recht op een Verhoogde tegemoetkoming van de Verzekering voor geneeskundige Verzorging (RVV): om personen met een laag inkomen financieel toegang te geven tot de gezondheidszorg wordt voor verschillende categorieën van de bevolking (evenals de personen ten laste van de RVV-gerechtigde) voorzien in een verhoogde tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en dus in een verlaging van het remgeld. Een andere naam voor verhoogde tegemoetkoming is “voorkeurregeling”.

26. In de jaarlijkse Welzijnsbarometer van het Brussels Gewest worden al deze thema's toegelicht.

5.2. Gezondheidstoestand en zorggebruik van de Brusselaars

In 2018 rapporteerde 22 % van de ondervraagde Brusselaars in de Gezondheidsenquête dat zijn of haar gezondheid niet goed was²⁷. De proportie personen dat een slechte gezondheid aangeeft neemt sterk toe met de leeftijd en met een slechtere socio-economische positie.

De subjectieve gezondheid verschilt bijvoorbeeld sterk naargelang het behaalde onderwijsniveau. Terwijl 16% van de personen met een diploma hoger onderwijs een slechte gezondheid rapporteerde en 24% van de personen met een diploma hoger secundair onderwijs, rapporteerde maar liefst 41% van de personen met ten hoogste een diploma lager secundair onderwijs een slechte gezondheid en 42% van de personen zonder diploma of ten hoogste een diploma van het lager onderwijs.

Ook hangt het aandeel personen dat te kampen heeft met psychisch onwelbevinden²⁸ samen met socio-economische positie. Onder de hoogst opgeleiden, rapporteert 34% psychisch onwelbevinden, tegenover meer dan de helft van de personen met ten hoogste een diploma lager onderwijs (56%). De mentale gezondheid van personen met een middellange opleiding bevinden zich hiertussen in (Gezondheidsenquête, 2018).

Bovendien worden niet alle zorgbehoeften ingevuld. Uit de Gezondheidsenquête 2018 blijkt dat 16% van de Brusselse huishoudens zegt een bepaalde vorm van zorg²⁹ te hebben uitgesteld omwille van financiële moeilijkheden. Het gebeurt ook veel vaker in Brussel, in vergelijking met Vlaanderen (5%). Het verschil met Wallonië is niet statistisch significant in 2018. Mensen die moeilijker rondkomen stellen -niet onlogisch- vaker zorg uit, namelijk 38% van de huishoudens tegenover slechts 4% van de huishoudens die aangaven makkelijk rond te komen. Uit een koppeling van de gegevens van de Gezondheidsenquête met de terugbetalingsgegevens van het RIZIV, blijkt dat

het Brussels Gewest bijna twee keer zoveel personen die geen enkel gebruik van gezondheidszorg optekenen. Ook is het aandeel van “grote verbruikers” significant lager in Brussel in vergelijking met de andere gewesten (Mimilidis et al., 2014). Doordat zorg wordt uitgesteld omwille van financiële redenen, is het gezondheidsprobleem soms zo geëvolueerd dat er meteen naar de spoed (moet) worden gegaan (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2019).

De crisis heeft een aanzienlijke impact gehad op het gebruik van de gezondheidszorg. Vooral in het beginstadium van de crisis kon veel zorg niet worden verleend zoals gepland. In punt 11, gaan we verder in op de impact van de COVID-19-crisis op het uitstellen van zorg.

5.3. Zorgaanbod in Brussel

In vergelijking met andere regio's doen Brusselaars vaker beroep op specialistische zorg en op de spoeddiensten voor ambulante zorg. Hiervoor zijn meerdere redenen, die zowel te maken hebben met het aanbod – de manier waarop het gezondheidssysteem is georganiseerd-, als met de zorgvraag die samenhangt met het profiel van de Brusselaars en hun gezondheidstoestand (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2019).

Brusselaars doen relatief vaker een beroep op de specialist. Het gemiddeld aantal consultaties bij de specialist, bedraagt 4,8 in Brussel tegenover 4,6 in Vlaanderen en 4,4 in Wallonië in 2019 onder de rechthebbenden die minstens 1 keer gingen (Atlas IMA, 2021). De regionale verschillen in zorggebruik hebben niet enkel te maken met belangrijke individuele factoren zoals leeftijd, socio-economische status en gezondheidstoestand (Mimilidis et al., 2014 ; Van der Heyden, 2015). In de Gezondheidsenquête 2013³⁰ vroeg men aan de respondenten wie het initiatief nam om op consultatie te gaan bij de specialist³¹. In het Brussels Gewest is een raadpleging bij de specialist het vaakst een initiatief van de patiënt zelf (68,8%

27. De “inschatting van de eigen gezondheid” is een begrip dat zowel het welzijn als de gezondheid in de ruime zin van het woord omvat. Ondanks de “subjectieve invulling”, blijkt deze maat een goede voorspeller te zijn van mortaliteit (Idler en Benyamini, 1997). Echter, de daling in 2018 (-3%) van het totale aandeel van de Brusselse bevolking dat aangeeft een slechte gezondheid te hebben, doet methodologische vragen rijzen (22% in 2018 in vergelijking met 25-26% voor de verschillende enquêtes tussen 1997-2013). We moeten voorzichtig zijn met de interpretatie van de resultaten.

28. Psychisch onwelbevinden wordt vermoed bij personen die minstens twee psychische klachten aangeven via de “General Health Questionnaire” (GHQ-12) schaal.

29. Medische zorg of operatie, aankoop voorgeschreven medicijnen, aankoop bril of lenzen, mentale zorg of tandzorg.

30. Dit zijn de meest recente beschikbare cijfers. In de Gezondheidsenquête werd dit niet bevestigd.

31. Er werd gevraagd raadplegingen bij de specialist tijdens een ziekenhuisopname, op de spoedgevallendienst, en in het kader van een consultatie bij Kind en Gezin/ONE buiten beschouwing te laten. Telefonische raadplegingen en poliklinische raadplegingen wel inbegrepen.

in vergelijking met 61,1% in Vlaanderen en 64,0% in Wallonië) en het minst vaak het initiatief van de huisarts (in Brussel: 16,6% in vergelijking met 28,1% in Vlaanderen en 21,4% in Wallonië) (Van der Heyden, 2015b).

Er is een groter aanbod aan spoeddiensten in Brussel (uitgedrukt per inwoners) in vergelijking met de twee andere gewesten (Van den Heede et al., 2016a), waardoor het een alternatief zou kunnen vormen voor een consultatie bij de huisarts (Charafeddine, 2015). Bovendien, gaan patiënten die geen vaste huisarts hebben vaker naar de spoed (Clumeck et al., 2005). Aan het begin van de jaren 2000 werden in het Brussels Gewest huisartsenwachtposten opgericht, deels om een alternatief te bieden voor de spoeddienst wanneer de huisarts van de patiënt niet beschikbaar is (Garde Bruxelloise, 2015). Hoewel er vandaag weinig informatie is over het gebruik van de huisartsenwachtposten in Brussel³², lijkt het erop dat hun ontstaan maar weinig impact heeft gehad op het gebruik van de spoeddienst door patiënten met niet-spoedeisende symptomen (Van den Heede et al., 2016a). Huisartsen gaven in de focusgroep aan dat patiënten zonder spoedeisende symptomen soms ook een huisbezoek aanvragen tijdens de wachtdienst, wanneer hun eigen huisarts niet beschikbaar is of niet aan huis wil komen.

Vele Brusselaars hebben geen vaste huisarts. Het hebben van een vaste huisarts is niet verplicht in België, maar wordt wel aangemoedigd. Dit gebeurt door bijvoorbeeld de patiënt minder te laten betalen indien deze een Globaal Medisch dossier (GMD) heeft bij een vaste huisarts³³. Naast het financiële voordeel voor de patiënt, heeft de huisarts zo een globaal overzicht van de gezondheid van de patiënt, waardoor behandelingen beter kunnen worden afgestemd op de persoonlijke situatie en de historie van de patiënt. Het aandeel Brusselaars in 2017 met een GMD (55%) ligt lager dan in Wallonië (63%) en Vlaanderen (80%).

Er zijn wel verschillen tussen de Brusselse gemeenten. Sint-Jans-Molenbeek (65%) en Schaarbeek (61%) kennen het hoogst aandeel inwoners met een GMD, terwijl dit het laagst is in Elsene (41%) en Ukkel (44%) (atlas IMA, 2020).

Dit heeft voor een deel te maken met het feit dat er in de armere gemeenten meer medische huizen (of “maisons médicales”³⁴) zijn gevestigd. Hier gebeurt een specifieke vorm van samenwerking, er wordt multidisciplinair samengewerkt tussen huisartsen, verpleegkundigen, sociaal werkers, psychologen, kinesisten, tandartsen, In de meeste gevallen, wordt gewerkt met een forfaitair betalingsstelsel. De verzekeringsinstelling (de mutualiteit) van de patiënt keert het desbetreffende medische huis dan maandelijks een bedrag uit, ongeacht het aantal consultaties. De patiënt hoeft zelf geen geld meer voor te schieten wanneer hij één van de zorgkundigen in zo'n medisch huis bezoekt. Per definitie moet de patiënt telkens naar het medisch huis gaan waar hij is ingeschreven voor die zorg die daar wordt aangeboden³⁵. Het GMD wordt automatisch aangelegd in het medische huis bij inschrijving. Praktijken die met een forfaitaire betaling werken, grotendeels³⁶ zijn dat medische huizen, bevinden zich inderdaad voornamelijk in het centrum en in de arme sikkel (Missinne & Luyten, 2018). De personen die er zijn ingeschreven komen (meestal) uit de nabije buurt, aangezien vele medische huizen een geografisch werkingsgebied afbakenen. Het aandeel rechthebbenden op de verplichte ziekteverzekering dat is ingeschreven bij een medische huis in 2017 is het hoogst in Sint-Joost-ten-Node en Sint-Jans-Molenbeek (beide 21%) en is het laagst in Sint-Pieters-Woluwe (2%) en Oudergem (4%) (Atlas IMA, 2020). In gans het Brussels Gewest is het aandeel rechthebbenden dat is ingeschreven bij een medische huis trouwens veel hoger dan in de twee andere gewesten, namelijk 13% in Brussel, tegenover 4% in Wallonië en 2% in Vlaanderen (cijfers 2017) (Atlas IMA, 2020).

32. Voor zover we weten bezit alleen de GBBW enkele informatie-elementen over de activiteit van de huisartsenwachtdiensten in hun rapport 'De nieuwe Brusselse huisartsenwachtdienst: een eerste balans en toekomstperspectieven' van 2015, beschikbaar op de URL: http://gbbw.be/images/PDF/PERSDOSSIER_GBBW_oct2015.pdf

33. Een GMD beperkt het bedrag van het persoonlijk aandeel dat u moet betalen voor een raadpleging van uw huisarts, in zijn kabinet of voor een huisbezoek. Zie: <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/globaal-medisch-dossier.aspx>

34. Medische huizen kunnen op verschillende wijzen gedefinieerd worden. Het RIZIV onderscheidt medische huizen op basis van hun forfaitaire betalingswijze. De COCOF hanteert zijn eigen criteria om herkend te worden als medisch huis. Ook is de meerderheid van de praktijken met een forfaitaire betalingswijze aangesloten bij één van de federaties voor medische huizen in Brussel, namelijk de «Fédérations des maisons médicales», de Vereniging voor Wijkgezondheidscentra of FEPRFAO, die eveneens hun werkingsprincipes definiëren.

35. Tenzij hij zelf voor de kosten instaat.

36. Hoewel de meeste praktijken die werken met een dergelijk forfaitair betalingsstelsel, medische huizen zijn, zijn er ook een beperkt aantal andere praktijken die deze vorm van betaling toepassen.

De laatste berekeningen van het totaal aantal actieve huisartsen dateert van 2017³⁷. Toen waren er 1 468 huisartsen actief in het Brussels Gewest, wat neerkomt op 1 huisarts per 812 inwoners. Sommige wijken in het Brussels Gewest worden momenteel geconfronteerd met een mogelijk tekort aan huisartsen³⁸. Deze wijken zijn verspreid over het hele gewest en er is geen sprake van een duidelijk ruimtelijk patroon. We weten dat een groot aandeel van de Brusselse huisartsen binnenkort pensioengerechtigd is, dat er zich een vervrouwelijking van het beroep voordoet, dat jongere huisartsen zich voornamelijk in groepspraktijken vestigen en dat vele huisartsen een duidelijke wens hebben voor een beter evenwicht tussen werk en privé (Missinne & Luyten, 2018).

Al deze tendensen kunnen mogelijk wege op de bereidheid om (veel) huisbezoeken te doen.

De Brusselse ouderen zijn gemiddeld meer geïnstitutionaliseerd dan in de andere Gewesten. Zo woont 8% van de 65-plussers in een woonzorgcentrum in het Brussels Gewest tegenover 5% in Vlaanderen en 7% in Wallonië. Bovendien heeft meer dan een derde van de bewoners nog een zekere autonomie³⁹. Kansarmoede blijkt een belangrijke rol te spelen in Brussel bij de keuze voor een rusthuis ondanks een nog grote fysieke autonomie (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2016).

37. Doordat bij het RIZIV vaak nog enkel het domicilieadres van de huisarts is gekend, is een correcte inschatting van het aantal werkzame artsen in Brussel niet zo vanzelfsprekend dat het elk jaar automatisch kan worden geüpdatet.

38. Bron: Ministerieel Besluit van 13 mei 2019 tot bepaling van de wijken met huisartsentekort in de zin van het koninklijk besluit van 23 maart 2012 tot oprichting van een Impulsfonds voor de huisartsengeneeskunde en tot vaststelling van de werkingsregels ervan.

39. Het gaat hier over de profielen O en A op de schaal van Katz. Categorie O volgens de Katz-schaal zijn mensen die fysiek volledig onafhankelijk en niet dement zijn, terwijl categorie A verwijst naar mensen die fysiek afhankelijk zijn (ze zijn afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden) of mensen die psychisch afhankelijk zijn (ze zijn gedesoriënteerd in tijd en ruimte maar ze zijn fysisch volledig onafhankelijk).

06

Doelstellingen

De eerste grote doelstelling is het verwerven van een beter inzicht in de praktijk van huisbezoeken door Brusselse huisartsen voor de COVID-19-epidemie. Welke huisartsen doen geen huisbezoeken en waarom? Hoe verplaatst de huisarts zich naar een huisbezoek en hoe lang doet hij/zij over het traject? Hoe lang duurt een huisbezoek gemiddeld? Zijn er verschillen tussen huisbezoeken in de eigen woning van de patiënt en in het woonzorgcentrum? En zijn er in dit alles verschillen naargelang kenmerken van de huisarts (leeftijd, geslacht) en/of het type praktijk of de betalingswijze? Ten slotte, wat zijn de meningen van de huisartsen rond verschillende aspecten van huisbezoeken?

Ten tweede zijn we geïnteresseerd in de werklust en de werkdruk van de Brusselse huisartsen. Hoeveel uur per week besteden huisartsen gemiddeld aan huisbezoeken en hoe verhoudt zich dit tot de tijd die wordt besteed aan consultaties. We trachten ook zicht te krijgen op

hun bijkomende professionele activiteiten en op de eventuele wens om minder te werken voor een beter evenwicht tussen privé en werk. Dit alles voor de COVID-19-epidemie.

Ten derde, willen we o.b.v. bijkomende gegevensbronnen de kennis samenbrengen over hoe de COVID-19-epidemie de vraag naar zorg, de werklust, de werkdruk en de praktijk van huisbezoeken heeft gewijzigd tijdens de eerste twee golven van de COVID-19-pandemie (2020).

Voordat we ingaan op de resultaten, wordt nog even ingezoomd op de methodologie en op de deelnemers aan de enquête.

07

Methodologie

Initieel was het plan om zowel een online vragenlijst als focusgroepgesprekken te organiseren. Echter, slechts 1 focusgroepgesprek had reeds plaatsgevonden toen de COVID-19-epidemie ook deze studie overhoop haalde en het onmogelijk maakte om deze groepsgesprekken binnen een redelijke termijn alsnog te realiseren. We zullen ons bijgevolg focussen op de resultaten van de online vragenlijst, die trouwens reeds zeer uitgebreid was. Bepaalde elementen van deze ene focusgroep worden in de tekst ter aanvulling of ter illustratie toegevoegd, maar dienen voorzichtig geïnterpreteerd te worden gezien de selecte groep van huisartsen die deelnamen.

De vragenlijst werd opgesteld door het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn in samenwerking met enkele Brusselse huisartsen. Via de limesurvey tool, werd deze verstuurd naar alle leden van de FBHAV-FAMGB (Federatie van de Brusselse Huisartsen Verenigingen/ la Fédération des Associations des Médecins Généralistes de Bruxelles) en de BHAK (Brusselse Huisartsenkring vzw) in het Frans of Nederlands. De online enquête bij de FBHAV-FAMGB leden vond plaats tussen 11 december 2019 en 18 februari 2020, en bij de BHAK tussen 16 januari en 14 februari 2020. Alle huisartsen die werken in Brussel zijn in principe verplicht zich aan te sluiten bij één van de twee federaties. Er werd ook een schriftelijke versie van de vragenlijst verstuurd indien dat wenselijk was. Beide federaties hebben hun leden ook verschillende malen herinnerd aan het invullen van de enquête en dit via verschillende kanalen.

In de vragenlijst worden eerst verschillende demografische kenmerken bevroegd (leeftijd, geslacht), alsook kenmerken van de praktijk (vestiging praktijk, type praktijk en betalingswijze). Ten tweede wordt de werklust van de huisarts in kaart gebracht, zowel deze voor de consultaties als voor huisbezoeken, net als de eventuele bijkomende professionele activiteiten en de wens voor een beter evenwicht tussen werk en privé. Ten derde, werden verschillende aspecten van de afgelegde huisbezoeken bevroegd (type huisbezoek, redenen van stoppen met huisbezoeken, verplaatsingswijze naar een huisbezoek, de gemiddelde tijd van een traject, duur van een huisbezoek). Ten slotte werden ook verschillende opinies over huisbezoeken bevroegd (onveiligheidsgevoel, vergoeding, kwaliteit, ...).

In totaal namen 392 Brusselse huisartsen deel (362 leden van het FBHAV-FAMGB en 30 leden van de BHAK). Dit komt neer op een response rate van gemiddeld 24%. Er waren drie huisartsen die aangaven dat ze buiten Brussel werkzaam zijn en deze werden bijgevolg uit de analyse gelaten. De antwoorden van 389 huisartsen die werkzaam zijn in Brussel zullen verder worden geanalyseerd. Huisartsen in opleiding, werden net als in de studie van 2018 (Missinne & Luyten, 2018) geïncledeerd in de analyses, nadat sensitiviteitsanalyses hadden aangetoond dat huisartsen in opleiding niet fundamenteel anders hadden geantwoord. Hieronder bekijken we eerst in welke mate het profiel van de huisartsen die deelnamen overeen

komt met het profiel van de volledige huisartsenpopulatie zoals dat werd opgesteld in het kader van studie van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn in 2018⁴⁰ (Missinne & Luyten, 2018).

Bij de bespreking van de impact van de COVID-19-epidemie, worden nog verschillende andere gegevensbronnen aangewend (zie punt 11).

40. Aangezien het opstellen van een dergelijk profiel veel data management heeft gevraagd, zeker m.b.t. het identificeren van de groepspraktijken en solo-praktijken, vertrekken we van de situatie van in 2018. Hoewel er sinds 2018 wel wat veranderingen kunnen zijn geweest, kunnen de grote lijnen wel nog vergeleken worden.

Overzicht deelnemende huisartsen

8.1. Geslachts- en leeftijdsverdeling

Eerst en vooral bekijken we de geslachts- en leeftijdsverdeling van de deelnemende huisartsen (tabel 3). Er namen iets minder mannen deel aan de enquête, namelijk 186 mannelijke versus 203 vrouwelijke huisartsen. Van alle deelnemers, is 26% jonger dan 35 jaar, 19% tussen de 35-44 jaar, 15% tussen de 45-54 jaar, 25% tussen de 55-64 jaar en 14% ouder dan 65 jaar, ofte de pensioengerechtigde leeftijd.

Als we per leeftijdsgroep kijken, dan zien we bij de huisartsen jonger dan 35 jaar, een zeer groot aandeel vrouwen (79%). Onder de huisartsen tussen 35-44 jaar zijn er respectievelijk 68% vrouwen. Vanaf 55 jaar is de verhouding omgekeerd met 66% mannen onder de huisartsen tussen 55-64 jaar, en 89% mannen onder de 65-plussers. Dit komt overeen met een gemid-

delde leeftijd van 55,3 jaar voor mannelijke deelnemende huisartsen en 41,5 jaar voor vrouwelijke deelnemende huisartsen.

In 2017 zagen we een gelijkaardig patroon (zie Missinne & Luyten, 2018), met ongeveer evenveel mannelijke als vrouwelijke artsen, maar met een veel groter aandeel vrouwen onder de jongere huisartsen en een veel groter aandeel mannen onder de oudere huisartsen. Deze vervrouwelijking van het beroep, is eveneens zichtbaar bij de deelnemende artsen. Het demografisch profiel van de deelnemers aan deze studie stemt in het algemeen goed overeen met de gehele groep van Brusselse huisartsen.

In het vervolg van de analyses zullen we bovendien ook telkens nagaan of er verschillen bestaan tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen, en tussen huisartsen van verschillende leeftijdsgroe-

Tabel 3: Verdeling van de deelnemende huisartsen naar geslacht en leeftijd, Brussels Gewest, 2019-2020 (pré-corona)

| | Man | | Vrouw | | Totaal | |
|---------------------|------|-----|-------|-----|--------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| < 35 jaar | 21 | 21% | 81 | 79% | 102 | 100% |
| 35-44 jaar | 23 | 32% | 50 | 68% | 73 | 100% |
| 45-54 jaar | 27 | 46% | 32 | 54% | 59 | 100% |
| 55-64 jaar | 65 | 66% | 34 | 34% | 99 | 100% |
| 65 jaar en ouder | 50 | 89% | 6 | 11% | 56 | 100% |
| Totaal | 186 | 48% | 203 | 52% | 389 | 100% |
| Gemiddelde leeftijd | 55,3 | | 41,5 | | 48,1 | |

Bron: FBHAV-FAMGB & BHAK, 2019-2020; Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

pen. Voorgaande studies hebben immers aangetoond dat dit voor huisbezoeken het geval kan zijn (zie inleiding) alsook voor de werking van huisartsen in het algemeen (zie Missinne & Luyten, 2018).

8.2. Type praktijk en betalingswijze

Vervolgens bekijken we in welk type praktijk de deelnemers hoofdzakelijk⁴¹ werken (tabel 4). Het aandeel artsen dat werkt in een solo-praktijk bedraagt 41%, maar het zijn vooral oudere huisartsen die vaak solo werken. Maar liefst, 64% van de 55-64 jarige deelnemers en 84% van de 65-plussers werkt solo. Ter vergelijking, in 2017 werkte 51% van alle Brusselse huisartsen in een solo-praktijk en vonden we gelijkaardige leeftijdsverschillen (Missinne & Luyten, 2018). Een deel van het verschil in het aandeel artsen in solo-praktijken is ongetwijfeld te wijten aan het feit dat er relatief meer solo-werkende huisartsen op pensioen zijn vertrokken in de periode 2017-2020, aangezien het vooral oudere dokters zijn die nog solo werken. Het kan ook deels te wijten zijn aan het feit dat solo-werkende artsen ietwat ondervertegenwoordigd zijn onder de deelnemers aan onze enquête, wat we in ons achterhoofd moeten houden bij het interpreteren van de resultaten. Van alle deelnemende artsen werkt 26% hoofdzakelijk in een monodisciplinaire groepspraktijk en 33% in een multidisciplinaire groepspraktijk.

Een exacte vergelijking met de situatie in 2017 is moeilijk aangezien daar geen onderscheid werd gemaakt tussen de verschillende types groeps-

praktijk. We kunnen wel een inschatting maken van hoe goed de deelnemers aan de enquête de realiteit weerspiegelen op basis van de betalingswijze van de praktijk, wat sterk samenhangt met het type groepspraktijk. In Brussel zijn een groot deel van de praktijken die werken met een forfaitair betalingssysteem, multidisciplinaire groepspraktijken. Dat zie je ook bij de deelnemers. Onder de deelnemende artsen die werken in een praktijk met een forfaitair betalingssysteem, blijkt de praktijk bijna altijd, namelijk in 98% van de gevallen, een multidisciplinaire groepspraktijk te zijn. Dat wil niet zeggen dat omgekeerd alle multidisciplinaire groepspraktijken met een forfaitaire betaling werken. De deelnemende huisartsen die werken met een betaling per prestatie, werken in 14% van de gevallen in een multidisciplinaire groepspraktijk, 52% in een solo-praktijk en 34% in een monodisciplinaire groepspraktijk (niet geïllustreerd).

In totaal, werkt 22% van de deelnemende huisartsen in een praktijk met een forfaitaire betalingswijze en 78% werkt in een praktijk waar patiënten betalen per prestatie. Hoe jonger de deelnemende huisartsen hoe groter het aandeel artsen dat werkt in een praktijk met forfaitaire betaling (zie tabel 5). Zo werkt 40% van de deelnemers jonger dan 35 jaar in een praktijk met een forfaitair betalingssysteem, tegenover 24% bij de 45-54 jarigen en 5% bij de 65-plussers. Ook in 2017 zagen we dat het overwegend jongere artsen zijn die werken in een praktijk met een forfaitair betalingssysteem. Het totaal aandeel huisartsen dat werkte met een forfaitair betalingssysteem bedroeg toen 18% (Missinne & Luyten, 2018). Met andere

Tabel 4: Verdeling van de deelnemende artsen volgens type praktijk, naar leeftijd, Brussels Gewest, 2019-2020 (pré-corona)

| | Solo praktijk | | Monodisciplinaire groepspraktijk | | Multidisciplinaire groepspraktijk | | Totaal | |
|------------------|---------------|-----|----------------------------------|-----|-----------------------------------|-----|--------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| < 35 jaar | 12 | 12% | 37 | 36% | 53 | 52% | 102 | 100% |
| 35-44 jaar | 14 | 19% | 27 | 37% | 32 | 44% | 73 | 100% |
| 45-54 jaar | 22 | 37% | 17 | 29% | 20 | 34% | 59 | 100% |
| 55-64 jaar | 63 | 64% | 17 | 17% | 19 | 19% | 99 | 100% |
| 65 jaar en ouder | 47 | 84% | 5 | 9% | 4 | 7% | 56 | 100% |
| Totaal | 158 | 41% | 103 | 26% | 128 | 33% | 389 | 100% |

Bron: FBHAV-FAMGB & BHAK, 2019-2020; Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

41. Een aanzienlijk aandeel huisartsen werkt in meerdere praktijken (zie punt 10.4.).

woorden, onder de deelnemers is het aandeel dat werkt met een forfaitair betalingssysteem waarschijnlijk een goede weerspiegeling van de realiteit.

Verderop zullen we ook vaak verschillen bekijken naargelang betalingswijze en type praktijk. Dit is belangrijk aangezien wijkgezondheidscentra vaak patiënten extra aanmoedigen om naar de praktijk te komen indien dat haalbaar is⁴². Bovendien moeten we ook verschillen in het globale socio-economische profiel van de patiënten in het achterhoofd houden. Wijkgezondheidscentra hebben vaak een groter aandeel personen met een beperktere financiële draagkracht. Uit de IMA gegevens van 2016 blijkt dat de Brusselaars⁴³ met de 20% laagste inkomens 5,6 keer zo vaak ingeschreven zijn in een praktijk met forfaitaire betaling in vergelijking met de rijkste 20% Brusselse rechthebbenden (Avalosse et al., 2019).

Deze praktijken zijn dan ook doorgaans gesitueerd in armere buurten (Missinne & Luyten, 2018). Ook zijn patiënten van wijkgezondheidscentra vaak jonger, met opvallend meer ingeschreven kinderen en jongeren tot 20 jaar en minder 85-plussers in vergelijking met de totale Brusselse bevolking⁴⁴.

Hoewel kenmerken van patiënten een invloed kunnen hebben op de vraag en de bereidheid van huisartsen om een huisbezoek af te leggen (zie inleiding), werden in deze vragenlijst geen kenmerken van het patiëntenbestand expliciet bevraagd. Uit de voorbereidende discussies met huisartsen tijdens het opstellen van vragenlijst, bleek namelijk dat dit moeilijk is om snel en accuraat in te schatten. Echter, het hierboven beschreven verschillende socio-demografische profiel van patiënten van wijkgezondheidscentra moet in het achterhoofd worden gehouden bij het interpreteren van de resultaten.

Tabel 5: Verdeling van de deelnemende artsen (aantal en %) volgens betalingswijze van de praktijk*, naar leeftijd, Brussels Gewest, 2019-2020 (pré-corona)

| | Per prestatie | | Forfaitair | | Totaal | |
|------------------|---------------|-----|------------|-----|--------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| < 35 jaar | 61 | 60% | 41 | 40% | 102 | 100% |
| 35-44 jaar | 53 | 73% | 20 | 27% | 73 | 100% |
| 45-54 jaar | 41 | 76% | 13 | 24% | 54 | 100% |
| 55-64 jaar | 90 | 91% | 9 | 9% | 99 | 100% |
| 65 jaar en ouder | 53 | 95% | 3 | 5% | 56 | 100% |
| Totaal | 298 | 78% | 86 | 22% | 384 | 100% |

* 5 artsen (45-55 jaar) duiden 'niet van toepassing' voor betalingswijze, deze werden hier uit de analyses gelaten

Bron: FBHAV-FAMGB & BHAK, 2019-2020; Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

42. Zie bijvoorbeeld website FMM: <https://www.maisonmedicale.org/-Foire-aux-questions-.html#Q4>

43. Het gaat over alle inwoners die recht hebben op en in orde zijn met de verplichte Belgische ziekteverzekering ('rechthebbenden'), of ze nu thuis wonen of in een WZC (cfr supra).

44. Berekeningen Observatorium voor Gezondheid & Welzijn, Brussel, o.b.v. data aangeleverd door 'la Fédération des maisons médicales voor 2018 voor een selectie van aangesloten 'maisons médicales'.

Huisbezoeken in het Brussels Gewest

9.1. Wie doet er geen en waarom?

In totaal, gaven slechts 25 van de 389 deelnemers (6,4%) aan geen huisbezoeken te doen. Met andere woorden, de grote meerderheid van de Brusselse huisartsen legt huisbezoeken af, al zal niet iedereen dat in dezelfde mate doen.

Van de 25 deelnemende huisartsen die momenteel geen huisbezoeken doen, zijn er 2 huisartsen die nooit huisbezoeken hebben gedaan, 22 die ooit wel huisbezoeken aflegden maar er mee zijn gestopt en 1 huisarts waarvan we de info niet kennen. Een deel is nog maar recent gestopt (18,2% sinds 1 jaar of minder en 18,2% tussen de 1 en 3 jaar geleden), ongeveer een derde tussen de 3 en 5 jaar geleden (36,4%), en 27,3% stopte reeds meer dan 5 jaar geleden.

We hebben ook de redenen bevestigd waarom deze artsen gestopt zijn. De grote meerderheid is akkoord met de stelling dat ze gestopt zijn omwille van moeilijkheden met verkeer en parking (95%), omwille van de te lage vergoeding voor huisbezoeken (79%), of omdat ze wensten minder te werken voor een betere balans tussen werk en privé (73%). Ongeveer de helft (55%) is akkoord met de stelling dat huisbezoeken een minder kwalitatieve vorm van zorg zijn. Ook gaf 30% van de deelnemende huisartsen die stopten met huisbezoeken, aan akkoord te zijn een gevoel van onveiligheid te ervaren.

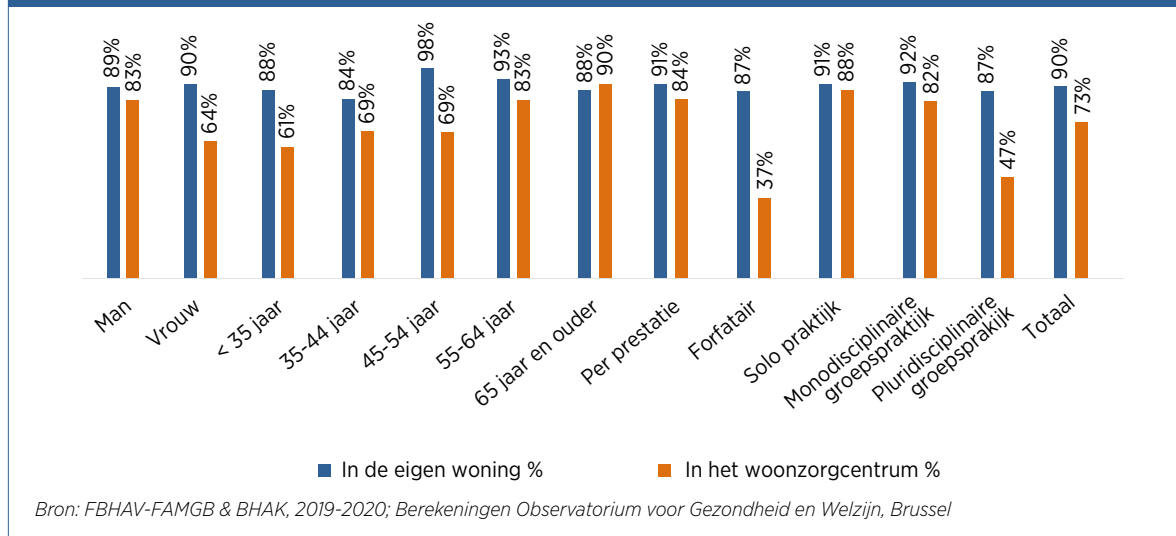
9.2. Huisbezoeken in de eigen woning en in het woonzorgcentrum

We bekijken hier even wat meer in detail de twee grote types huisbezoeken die huisartsen afleggen, namelijk die in de eigen woning van de patiënt en die in het woonzorgcentrum (WZC).

De tijd die de verplaatsing naar een huisbezoek vraagt en de zoektochten naar parking, is voor vele huisartsen een grote last. Parkeerproblemen kunnen wat beter meevallen bij huisbezoeken in het WZC. Sommige WZC hebben een parkeerplaats voorzien voor de arts, en wanneer meerdere patiënten in hetzelfde WZC kunnen worden bezocht, vallen een aantal verplaatsingen en zoektochten naar parking weg. Anderzijds kunnen andere zaken ervoor zorgen dat deze huisbezoeken eveneens best wat tijd in beslag kunnen nemen, bijvoorbeeld door de complexiteit van de gezondheidsproblematiek, het feit dat patiënten verspreid kunnen zitten over verschillende afdelingen en/of gebouwen, het niet beschikbaar zijn van begeleidende verpleegkundigen of medische dossiers,...

Hieronder bekijken we hoe vaak huisartsen deze twee types huisbezoeken doen. Verderop zullen we ook de werklust bekijken per type huisbezoek. Onder de 354 deelnemende huisartsen die huisbezoeken doen, doet er 90% huisbezoeken in de eigen woning van de patiënt, en 73% doet huisbezoeken in het woonzorgcentrum. De overgrote meerderheid van de huisartsen combineert dus beide types huisbezoeken. Huisartsen die forfaitair werken en/of in multidisciplinaire groepspraktijken doen doorgaans minder huisbezoeken

Figuur 1: Verdeling van de deelnemende huisartsen dat huisbezoeken doet in de eigen woning van de patiënt (N=318) en het woonzorgcentrum (N=258), naar leeftijd, betalingswijze & type praktijk, Brussels Gewest, 2019-2020 (pré-corona)



in het WZC (figuur 1). Hierboven werd beschreven (punt 8.2.) dat wijkgezondheidscentra doorgaans minder (zeer) oude patiënten hebben wat (deels) het lagere aandeel huisbezoeken in WZC kan verklaren, aangezien oude patiënten vaker een huisbezoek aanvragen (zie punt 2.1.). Aangezien het de jongere huisartsen zijn die vaker in groepspraktijken werken en vaker in een systeem met forfaitaire betaling (zie hierboven, en zie Missinne & Luyten, 2018), is het dus niet verwonderlijk dat een lager aandeel van de jongere huisartsen huisbezoeken doet in het WZC.

9.3. Vervoerswijze en duur van het traject

In het Hoofdstedelijk Gewest zijn de uitdagingen in verband met mobiliteit en parking vaak groot. We bevroegen de huisartsen hoe ze zich voornamelijk naar een huisbezoek verplaatsen en hoe lang dat traject gemiddeld duurt. Uiteraard kan de verkeerssituatie erg verschillen van buurt tot buurt, waardoor het interessant had geweest dit per buurt of per zone te bekijken. We hebben echter niet de nodige gegevens om relevante geografische analyses te kunnen uitvoeren. De verzamelde gegevens leveren toch al enkele interessante inzichten op.

Van alle deelnemende huisartsen die huisbezoeken doen (N=354), doet 65% dat met de wagen, 18% per fiets, 8% te voet, 6% met de moto, 2,5% met het openbaar vervoer, 1% per step, en 0,3% op nog een andere manier. Uit figuur 2 valt op dat

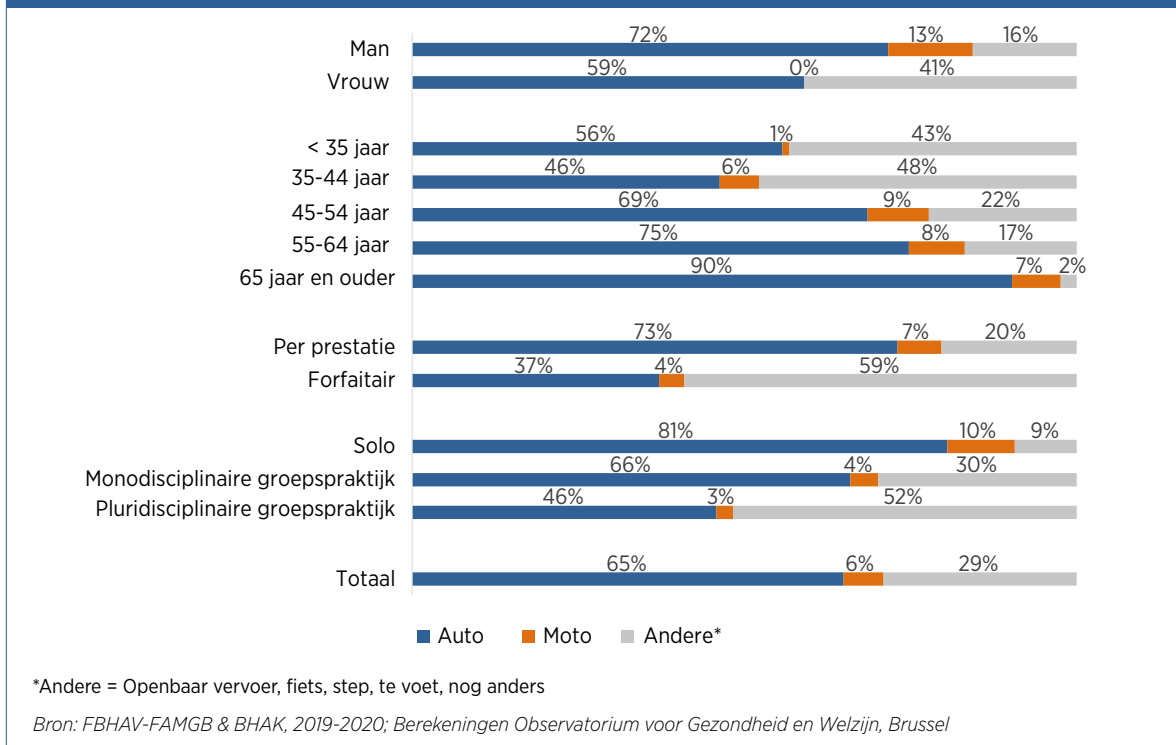
vrouwen vaker een andere vervoerswijze (openbaar vervoer, fiets, step, te voet, of nog anders) gebruiken dan de auto of de moto. Dat is ook het geval voor jongere huisartsen. Van de min 45-jarige deelnemende Brusselse huisartsen gaat bijna de helft op een andere manier naar het huisbezoek dan met de auto of de moto. Dat aandeel wordt kleiner naarmate de leeftijd van de huisarts toeneemt. De auto wint dan aan belang. Dat zijn ook wel de huisartsen die het meeste huisbezoeken voor hun rekening nemen. Het kan zijn dat het aantal huisbezoeken, net als het materiaal dat wordt meegevoerd een invloed heeft op de keuze van het vervoersmiddel (focusgroep).

Terwijl 73% van de huisartsen die per prestatie werken, de auto gebruiken; is dat slechts 37% van de artsen die werken in een praktijk met forfaitaire betaling. Die laatste bevinden zich wel vaker in het centrum (Missinne & Luyten, 2018), waar er meer openbaar vervoer is en patiënten waarschijnlijk vaker dicht van de praktijk⁴⁵ wonen. Opgesplitst per praktijktype, zien we dat 81% van de solo-werkende artsen de auto neemt, 66% van de artsen van monodisciplinaire groepspraktijk en 46% van de huisartsen in een multidisciplinaire groepspraktijk.

Vaak tot zeer vaak duurt het (enkele) traject naar een huisbezoek 15 min of minder (70%). Echter ook 31% van de huisartsen gaf aan vaak tot zeer vaak 15-30 min nodig te hebben voor een enkel traject (tabel 6).

45. Eén van de principes die wijkgezondheidscentra kunnen hanteren, is het geografisch afbakenen van hun werkingsgebied, waardoor de meerderheid van de patiënten in de buurt woont.

Figuur 2: De vervoerswijze naar een huisbezoek, volgens geslacht, leeftijd, betalingswijze & type praktijk, Brussels Gewest, 2019-2020 (pré-corona)



Tabel 6: Duur van de verplaatsing naar een huisbezoek*, Brussels Gewest, 2019-2020 (pré-corona)

| | 15 min of minder | Tussen 15 en 30 min | Meer dan 30 min |
|--------------------|------------------|---------------------|-----------------|
| Nooit of zelden | 14% | 39% | 87% |
| Soms | 16% | 31% | 8% |
| Vaak tot zeer vaak | 70% | 31% | 5% |

*enkel de heenrit, dus vanaf de praktijk of tussen twee patiënten
 Bron: FBHAV-FAMGB & BHAK, 2019-2020; Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

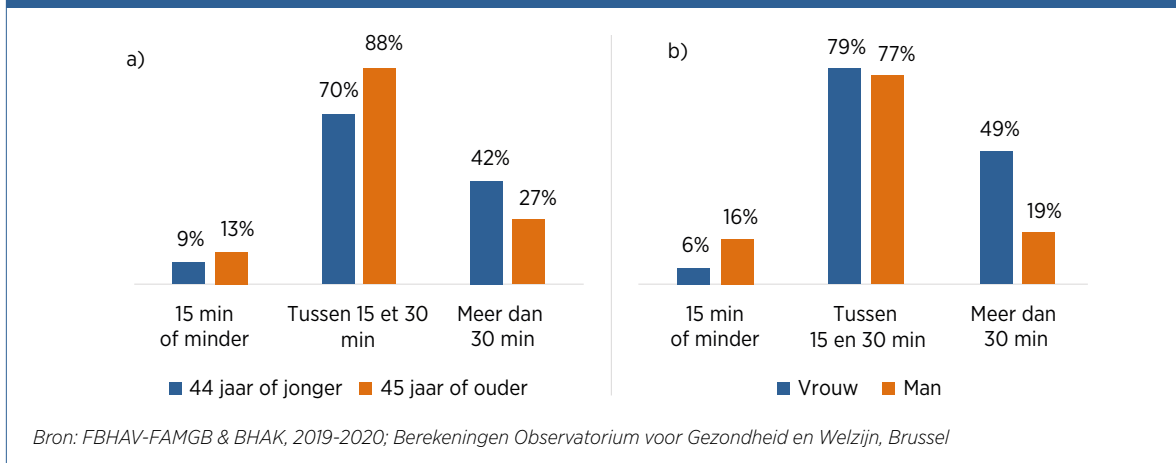
9.4. Duur huisbezoeken

De huisartsen werden gevraagd in te schatten hoe vaak een huisbezoek 15 min of minder, tussen de 15-30 min en meer dan 30 min duurt. Voor 73% van de deelnemende huisartsen komt een huisbezoek dat tussen de 15 en de 30 min duurt, vaak tot zeer vaak voor. Voor slechts 10% van de deelnemende artsen duurt een huisbezoek (zeer) vaak minder dan een kwartier. En een huisbezoek van meer dan 30 min komt voor een derde van de artsen toch vaak tot zeer vaak voor (niet geïllustreerd). Mogelijks geeft dit ook een beeld van hoe lang een consultatie in het algemeen duurt. In het focusgroepgesprek gaven art-

sen namelijk aan, dat buiten de verplaatsing, een huisbezoek ‘an sich’ niet per sé langer duurt, maar dat alles afhangt van de situatie van de patiënt.

Als we dit bekijken naargelang de leeftijd en het geslacht van de huisarts (figuur 3) dan valt vooral op, dat jongere huisartsen en dus ook vrouwen vaker aangaven vaak tot zeer vaak meer dan 30 min te besteden aan een huisbezoek. Dit laatste werd ook teruggevonden in internationaal onderzoek (Theile et al., 2011). Vrouwen besteden doorgaans meer tijd per huisbezoek, maar mannen doen er meer (zie verder).

Figuur 3: Duur van het huisbezoek (% (zeer) vaak) volgens leeftijd (a) en geslacht (b) van de deelnemende huisartsen, Brussels Gewest, 2019-2020 (pré-corona)



9.5. Opinies rond huisbezoeken

In tabel 7 vinden we de meningen terug van de deelnemende huisartsen op een aantal stellingen over huisbezoeken. De grote meerderheid vindt alvast dat het verkeer en het zoeken naar een parkeerplaats het afleggen van huisbezoeken bemoeilijkt (82%) en dat de vergoeding onvoldoende is (73%). Iets meer dan de helft van de huisartsen vindt het afleggen van huisbezoeken een meerwaarde voor zijn of haar werk (53%).

De meningen rond de stelling of huisbezoeken een minder kwalitatieve vorm van zorg zijn, zijn verdeeld. Ongeveer even vaak zijn huisartsen (helemaal) akkoord (39%) als (helemaal) niet ak-

koord (41%), en de rest staat er neutraal (20%) tegenover. Net als de stelling over het altijd verantwoord zijn van een huisbezoek, kan de mening over de kwaliteit van zorg afhangen van de situatie, maar deze nuance werd niet opgenomen in de vraagstelling. Uit het focusgroepgesprek bleek dat huisartsen instemmen met een huisbezoek na een afweging van een heleboel zaken, zoals de medische en de niet-medische situatie van de patiënt, gewoonten & de agenda van de arts. Vaak gebeurt het dus op basis van hoe de huisarts de situatie aanvoelt. Dit betekent dat het veel moeilijker is voor een secretariaatsmedewerkster om deze afweging te doen en dat het moeilijk is om vastgelegde criteria te definiëren voor een “gerechtvaardigd” huisbezoek.

Tabel 7: De meningen van de deelnemende huisartsen over stellingen over huisbezoeken, Brussels Gewest, 2019-2020 (pré-corona)

| | (Helemaal) mee eens | Neutraal | (Helemaal) mee oneens |
|---|---------------------|----------|-----------------------|
| Het verkeer en het parkeren bemoeilijken het uitvoeren van huisbezoeken. | 82% | 6% | 11% |
| De vergoeding voor een huisbezoek is onvoldoende. | 73% | 20% | 6% |
| Huisbezoeken vormen een meerwaarde voor mijn werk. | 53% | 27% | 20% |
| Huisbezoeken zijn een minder kwalitatieve vorm van zorg. | 39% | 20% | 41% |
| De aanvragen van een patiënt voor een huisbezoek zijn altijd verantwoord. | 21% | 19% | 60% |
| Ik ervaar een gevoel van onveiligheid bij huisbezoeken. | 14% | 22% | 64% |
| Ik ervaar een gevoel van onveiligheid bij consultaties in de praktijk. | 4% | 16% | 79% |

Bron: FBHAV-FAMGB & BHAK, 2019-2020; Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

10

Inschatting van de eigen werklust

We hebben de huisartsen gevraagd om het aantal uur in te schatten dat ze besteden aan beide types huisbezoeken enerzijds (in de eigen woning van de patiënt en in het WZC) en aan consultaties in de praktijk(en) anderzijds. Het gaat hierbij enkel om de tijd die werd besteed aan het patiëntencontact. Al het bijkomende werk (o.a. administratie, logistiek, etc,...)⁴⁶ wordt niet in de werklust opgenomen, en ook werd gevraagd om prestaties in het kader van de wachtdienst buiten beschouwing te laten.

10.1. Gemiddeld aantal uur huisbezoeken

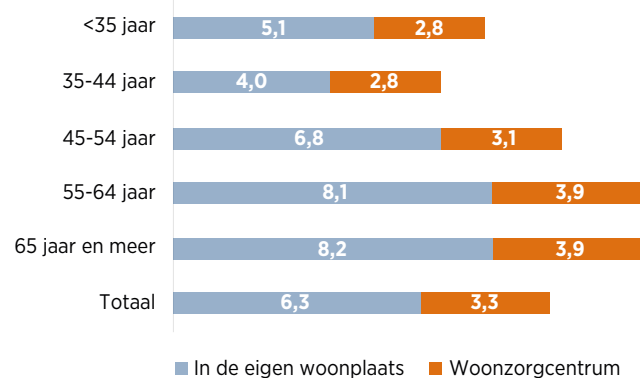
Huisartsen die aangaven huisbezoeken te doen (93,6% van de deelnemers, N=318) besteden gemiddeld 9u en 36 min per week aan huisbezoeken, waarvan ongeveer twee derde van de tijd (6,3u) in de eigen woonplaats van de patiënt en een derde (3,3u) bij residenten van een WZC. Er bestaan hier wel grote verschillen

naargelang de leeftijd en het geslacht van de huisarts.

Zo besteden jonge huisartsen gemiddeld minder tijd aan huisbezoeken, zowel bij de patiënt thuis als in het WZC. Voor huisartsen jonger dan 45 jaar, komt dat neer op 4 à 5 uur huisbezoeken bij de patiënt thuis, en 2,8 uur in het woonzorgcentrum. Huisartsen tussen de 45-54 jaar besteden gemiddeld 6,8u aan huisbezoeken in de eigen woonplaats van de patiënt en 3,1u in het WZC. Artsen van 55-64 jaar en 65-plussers doen nog meer huisbezoeken aan huis (ongeveer 8 uur per week) en 3,9 uur in het woonzorgcentrum (figuur 4). Dus de groep huisartsen die eigenlijk al pensioengerechtigd zijn, besteedt gemiddeld per week het meeste tijd aan huisbezoeken, net als zijn 55-64-jarige collega's.

46. Uit voorbereidende gesprekken bleek immers dat dit bijkomend werk moeilijk in kaart te brengen is. Door bovendien enkel het aantal uur patiëntencontacten te vragen, kunnen de resultaten naast deze van het AVIQ worden gelegd aangezien dit op een gelijkaardige manier werd bevraagd. Beschikbaar via <http://sante.wallonie.be/sites/default/files/MG-cadastre-2016.pdf>

Figuur 4: Gemiddeld aantal uur huisbezoeken per week* door de deelnemende huisartsen in de eigen woonplaats van de patiënt en in woonzorgcentra, naar leeftijd, Brussels Gewest, 2019-2020 (pré-corona)



*Telkens werd het midden van de antwoordcategorie genomen (0; 1-2u; 3-4u;5-6u;7-8u;9-10u;11-12u; 13-14u; 15-16u; 17-18u; 19-20u; 21u werd toegekend aan zij die antwoordden meer dan 20u te doen (10 huisartsen voor huisbezoeken in de eigen woonplaats, geen enkele huisarts doet meer dan 20u huisbezoeken in het WZC), prestaties tijdens de wachtdienst en administratieve of andere taken niet meegerekend; huisartsen die geen huisbezoeken (meer) doen werden buiten de analyse gelaten.

Bron: BHAK & FAMGB- FBHAV, 2019-2020 ; berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

Mannelijke huisartsen doen gemiddeld 8,1u per week huisbezoeken bij de patiënt thuis, en 4,2u in het woonzorgcentrum. Bij vrouwelijke huisartsen is dat respectievelijk 4,7u per week en 2,4u per week (niet geïllustreerd). Deze verschillen hangen natuurlijk samen met het feit dat er onder de vrouwelijke artsen een veel groter aandeel jonge artsen is (zie punt 8.1. en Missinne & Luyten, 2018) en met het feit dat het de jonge artsen zijn die doorgaans minder uren per week besteden aan huisbezoeken en ook aan consultaties, zoals hieronder zal worden beschreven.

Het aantal uur dat huisartsen gemiddeld aan huisbezoeken besteden, verschilt ook naargelang het type praktijk en de betalingswijze. Huisartsen in een solo-praktijk doen gemiddeld 7,8u per week huisbezoeken aan huis en 4,2u per week in het WZC. In een monodisciplinaire groepspraktijk is dat respectievelijk 6,9u per week aan huis en 4,1u per week in het WZC; en in een multidisciplinaire groepspraktijk is dat gemiddeld 4,2u per week aan huis en 1,5u in het WZC (niet geïllustreerd). Deze verschillen hangen ook samen met de verschillende gewoontes wat betreft huisbezoeken tussen jongere en oudere huisartsen en het feit dat jongere artsen doorgaans (veel) vaker in groepspraktijken werken (zie Missinne & Luyten 2018).

Een zelfde tendens gaat op wanneer we de verschillen naargelang betalingswijze van de praktijk bekijken. Huisartsen die per prestatie werken doen gemiddeld 7,2u per week huisbezoeken aan huis, en 4u in het WZC. Huisartsen in een praktijk met forfaitaire betaling doen gemiddeld 3,3u per week huisbezoeken bij de patiënt thuis en minder dan een uur (0,7u) in het WZC. Deze verschillen hangen ook hier samen met de leeftijdsverschillen tussen huisartsen, aangezien het doorgaans de jongere huisartsen zijn die in praktijken werken met een forfaitaire betaling, vaak multidisciplinaire groepspraktijken (Missinne & Luyten, 2018). Het feit dat praktijken met een forfaitaire betaling minder huisbezoeken doen, en al zeker in het WZC, kan ook voor een deel verklaard worden doordat zij doorgaans een jongere patiëntenpopulatie hebben die gemiddeld minder huisbezoeken aanvragen (zie punt 8.2.) en mogelijk ook deels door een meer actieve aanmoediging om zelf naar de praktijk te komen.

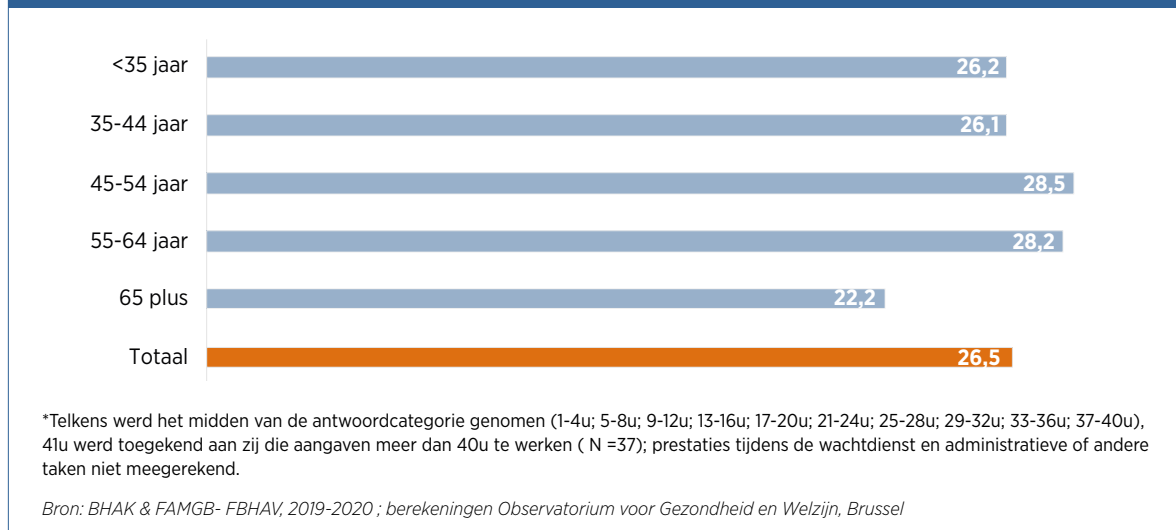
10.2. Gemiddeld aantal uur consultaties

We bevroegen de huisartsen ook naar het aantal uur per week dat ze besteden aan consultaties in hun huisartsenpraktijk(en)⁴⁷. Doorgaans besteden de deelnemende artsen⁴⁸ 26,5u per week aan consultaties in de praktijk(en). Dit verschilt niet zoveel naargelang de leeftijd van de huisartsen

47. Het gaat hier zowel over vrije consultaties als consultaties op afspraak. Echter, de tijd voor administratie, logistiek, etc... worden hier niet bijgerekend. Indien de huisarts in meerdere praktijken werkt, wordt dus gevraagd de tijden op te tellen van de verschillende praktijken.

48. Alle deelnemende artsen aan de enquête zijn actief en doen consultaties.

Figuur 5: Gemiddeld aantal uur consultaties per week* door deelnemende huisartsen, naar leeftijd, Brussels Gewest, 2019-2020 (pré-corona)



(zie figuur 5), met uitzondering van de 65-plusers die ietwat minder consultaties afnemen (22,2u per week), maar die eigenlijk nog best veel patiënten zien op consultatie gezien hun pensioengerechtigde leeftijd.

Ook tussen mannen en vrouwen zijn de verschillen niet echt groot. Mannen besteden gemiddeld wekelijks 27,3u aan consultaties, vrouwen 25,7u. Eveneens zijn de verschillen naargelang het type praktijk en de betalingswijze niet erg groot wat betreft het gemiddeld aantal uur consultaties door de huisarts. Zij in een solo-praktijk, doen gemiddeld 26,5u per week consultaties, deze in een monodisciplinaire groepspraktijk, 27,4u en deze in een multidisciplinaire groepspraktijk 25,6u. In een praktijk waar per prestatie wordt betaald, worden gemiddeld 27,1u per week consultaties afgenomen, in een praktijk met een forfaitaire betaling is dat 24,6u per week (niet geïllustreerd).

10.3. Totaal aantal uur patiëntencontacten

Brusselse huisartsen besteden gemiddeld iets meer dan 35u per week aan huisbezoeken en consultaties. Let wel op, zoals reeds aangegeven, gaat het hierbij enkel over patiëntencontacten, en zijn andere administratieve en/of logistieke taken⁴⁹ nog niet meegerekend. Ook kunnen huisartsen nog bijkomende activiteiten als huisartsen

doen, zoals werken als schoolarts, bij Kind en Gezin, ... (zie volgend punt) en werden prestaties tijdens de wachtdienst niet meegerekend.

Figuur 6 toont het gemiddelde totale aantal uur patiëntencontacten per week, naar leeftijd van de huisartsen. Dit is in feite de optelsom⁵⁰ van het aantal uur consultaties (figuur 5) en het aantal uur huisbezoeken bij de patiënt thuis en in het woonzorgcentrum (figuur 4). Gemiddeld hebben de deelnemende huisartsen, 35,2u per week contacten met patiënten. De huisartsen van 65 jaar of ouder, hoewel pensioengerechtigd, hebben nog een aanzienlijke 31u per week patiëntencontacten, gevolgd door huisartsen tussen de 35-44 jaar (namelijk 32,4 per week) en huisartsen jonger dan 35 jaar (33,8u per week). De generatie huisartsen tussen de 45-54 jaar zien gemiddeld 37,5 uur per week patiënten. De huisartsen tussen de 55-64 jaar spannen de kroon, en geven aan doorgaans 39,7u per week patiënten te zien. Met deze leeftijdsverschillen hangen zoals aangegeven, ook de verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen samen. Bijgevolg, wordt het totaal aantal uur patiëntencontacten voor mannelijke huisartsen ingeschat op gemiddeld 38,4u patiëntencontacten per week en voor vrouwelijke huisartsen op 32,3u per week (niet geïllustreerd).

Aangezien de tijd die besteed wordt aan consultaties en de twee types huisbezoeken verschilt

49. In de focusgroep werd aangehaald dat soms ook veel tijd wordt besteed aan de uitwisseling met een sociale dienst.

50. Hier worden de huisartsen die geen huisbezoeken doen, wel volledig meegerekend in de analyse en krijgen ze 0u toegekend voor huisbezoeken in tegenstelling tot de berekening van het aantal uur huisbezoeken apart, waar deze huisartsen uit de analyse werden gelaten. Hierdoor ligt het hier berekende totaal aantal uur voor alle leeftijdscategorieën iets lager dan wanneer we de waarden getoond in de figuren zouden optellen.

Figuur 6: Gemiddelde totaal aantal uur patiëntencontacten per week* van de deelnemende huisartsen, naar leeftijd, Brussels Gewest, 2019-2020 (pré-corona)



*Telkens werd het midden van de respectievelijke antwoordcategorie genomen, prestaties tijdens de wachtdienst en administratieve of andere taken niet meegerekend.

Bron: BHAK & FAMGB- FBHAV, 2019-2020 ; berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

naargelang het type praktijk en de betalingswijze, zien we deze verschillen ook voor het totaal aantal uur patiëntencontacten. Huisartsen die werken in een praktijk waar per prestatie wordt betaald, hebben gemiddeld 37,4u per week patiëntencontacten tegenover 28,2u voor huisartsen in een praktijk met een forfaitaire betaling. In solo-praktijken worden gemiddeld 37,1u per week patiënten gezien per huisarts, 37,7u per week in een mono-disciplinaire groepspraktijk en 30,9u per week in een multidisciplinaire groepspraktijk (niet geïllustreerd). Deze verschillen tussen types praktijken, reflecteren de leeftijds- (en geslachts) verschillen tussen huisartsen.

10.4. Bijkomende professionele activiteiten

Om een vollediger zicht te krijgen op de totale werklust van de huisarts, bevroegen we de huisartsen ook naar andere professionele activiteiten als huisarts, maar dan buiten hun huisartsenpraktijk(en).

Bijna de helft van de Brusselse deelnemende huisartsen (45%) heeft nog minstens één bijkomende professionele activiteit als huisarts. En nog vaker is dat het geval bij jongere huisartsen, namelijk 55% van de huisartsen jonger dan 45 jaar tegenover 37% van de huisartsen van 45 jaar of ouder.

Er bestaat ook een duidelijk verschil naargelang het type praktijk. Onder de solo-werkende artsen doet 35% bijkomende activiteiten, tegenover 60% van de artsen in een mono-disciplinaire groepspraktijk en 45% van de artsen in een multidisciplinaire groepspraktijk.

In de vragenlijst preciseerden we op voorhand een aantal mogelijke bijkomende professionele activiteiten. Zo werkt 14% van de deelnemende artsen voor kind & Gezin/ONE; 7% in een centrum voor gezinsplanning, 4% in een centrum voor verslavingen, 3% voor de verzekeringen, en 2% als schoolarts. Maar het overgrote deel (namelijk, 26% van de deelnemende huisartsen) preciseerde zelf nog andere activiteit of werkplaats, waaronder onderwijs en onderzoek, expertise, controle, volksgezondheid, mentale gezondheid, coördinerend raadgevend arts (CRA) in een WZC, verenigingen en belangengroepen van artsen, federale of regionale instellingen, ziekenhuizen of andere (gespecialiseerde) medische centra.

Ook gaven 24% van de deelnemende huisartsen aan te werken op meerdere locaties voor hun consultaties⁵¹. Dit is het geval voor huisartsen van alle leeftijdsgroepen. Vele Brusselse huisartsen werken dus niet in één vaste huisartsenpraktijk, maar combineren verschillende job inhouden en werkadressen.

51. Er werd gevraagd hierbij de "andere professionele activiteiten (bv. K&G/ONE, schoolarts, ...)" buiten beschouwing te laten. Maar het is niet geheel duidelijk of dit door iedereen juist ingevuld werd, mogelijks doordat de bijkomende activiteit niet voor iedereen exact in de vraag gepreciseerd stond. Onder de artsen die op meerdere plaatsen werken, doet namelijk het merendeel (60%) een bijkomende activiteit, en omgekeerd, doet 'slechts' 41% van de huisartsen die op 1 locatie hun consultaties afleggen en bijkomende activiteit.

Tabel 8: De mate waarin de deelnemende huisartsen akkoord zijn met de stelling over de wens om minder te werken voor een beter evenwicht tussen werk- en privéleven (%; N=388*), Brussels Gewest, 2019-2020 (pré-corona)

| | Man | Vrouw | 44 jaar of jonger | 45 jaar of ouder | <40h per week | >40h per week | Totaal |
|-------------------------|-----|-------|-------------------|------------------|---------------|---------------|------------|
| (Helemaal) niet akkoord | 19% | 25% | 25% | 20% | 25% | 18% | 22% |
| Neutraal | 23% | 19% | 19% | 23% | 22% | 19% | 21% |
| (Helemaal) akkoord | 57% | 56% | 55% | 58% | 53% | 63% | 57% |

Bron: BHAK & FAMGB- FBHAV, 2019-2020 ; berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

*1 persoon gaf aan minder te willen werken omwille van een andere reden.

10.5. Wens om minder te werken

Naast een inschatting van de ‘totale’ werklust wat betreft patiëntencontacten, is het nuttig om te bekijken of dit ook de gewenste werklust is voor huisartsen. Het is immers geweten dat vele huisartsen een beter evenwicht wensen tussen werk- en privéleven. In deze enquête werd dit expliciet bevraagd door middel van de stelling: “Ik denk eraan om minder te werken voor een beter evenwicht tussen werk- en privéleven”. Hiermee is 32% van de deelnemers het mee eens en 24% is er helemaal mee eens; 21% is het noch eens noch oneens. Slechts 16% van de deelnemende artsen is het oneens en 6% is het er helemaal oneens mee. Met andere woorden, de meerderheid van de artsen zou een beter evenwicht wensen tussen werk en privé, en zou minder willen werken.

In tabel 8, worden de antwoorden samengevat naar leeftijd, geslacht en volgens het feit of de huisartsen meer of minder dan 40h per week patiëntencontacten hebben. Het valt op dat er geen grote verschillen zijn naargelang leeftijd en geslacht. Telkens is er ongeveer een even groot

aandeel dat (helemaal) akkoord is met de wens om minder te werken (tussen de 55-58%). Ook zijn er geen duidelijk grote verschillen tussen artsen naargelang het type praktijk ze werken of naargelang de toegepaste betalingswijze (niet geïllustreerd).

En groter verschil wordt opgetekend tussen de huisartsen die meer dan 40u per week patiëntencontacten hebben (63% (helemaal) akkoord om te willen minderen) en zij die minder dan 40u patiënten zien (53% (helemaal) akkoord). Als we verder inzoomen op de invloed van de werklust op de wens om minder te werken, merken we wel verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen (niet geïllustreerd). Terwijl de grote meerderheid van de vrouwen die meer dan 40u per week patiënten ziet, (helemaal) akkoord is om minder te willen werken (namelijk 80%), is dat 49% van de vrouwen die minder dan 40u patiënten zijn. Bij mannen zien we geen verschillen naargelang de werklust. Van alle mannelijke huisartsen, wenst gemiddeld 57% minder te werken.

Impact van de COVID-19-epidemie op de huisartsen in Brussel

11.1. Uitstel van zorg

Tussen 18 maart en 4 mei 2020 is een eerste en strenge lockdown van kracht om het virus in te dijken. Aan zorgverleners wordt de richtlijn gegeven om niet-dringende of niet-essentiële zorg uit te stellen of te annuleren. Om de continuïteit van essentiële zorg te kunnen garanderen heeft het RIZIV van in het begin van de lockdown, een terugbetaling voorzien van consultaties op afstand, via telefoon of video.

Solidaris, heeft bij hun leden een inschatting gemaakt van hoe vaak de consultatie bij de huisarts werd uitgesteld tijdens de eerste zes weken van de eerste lockdown en eventueel werd vervangen door een consultatie op afstand⁵² (Laasman et al., 2020). De fysieke contacten met de huisarts (consultaties en huisbezoeken) namen af met 62% bij de leden van Solidaris, in vergelijking met de referentieperiode 6 weken voor de lockdown. Gelukkig konden de ingevoerde consultaties op afstand ervoor zorgen dat de afname van het totaal aantal contacten met de huisarts ‘beperkt’ bleef tot 26%. Voor patiënten met een kwetsbaar socio-economisch profiel was er wel een grotere

daling in het aantal contacten met de huisarts, namelijk 32% (Laasman et al., 2020).

Ook het federale gezondheidsinstituut Sciensano berekende op basis van online vragenlijsten het aandeel afspraken bij de huisarts voor niet COVID-19-gerelateerde gezondheidsproblemen dat niet is kunnen doorgaan zoals gepland. Tijdens de eerste vier weken van de eerste lockdown⁵³ werd 32% van de afspraken uitgesteld of afgezegd in Brussel, 44% werd vervangen door een tele- of video-consult en 24% van de afspraken ging door zoals gepland. Tijdens de periode eind november - begin december⁵⁴ (de tweede “lockdown”) werd een veel groter aandeel van de niet-COVID-19 gerelateerde zorgverlening behouden, dat was toen ook expliciet de bedoeling van de overheid. Toen werd in Brussel slechts 4% van de afspraken afgezegd of uitgesteld, 12% ging door op afstand en 84% van de contacten werd behouden.

Ten slotte, heeft ook het RIZIV op regelmatige basis de impact van de COVID-19 epidemie op de terugbetaling van de gezondheidszorgen

52. Het betreft een inschatting obv 2.369.761 leden van Solidaris. Informatie was niet beschikbaar voor Brusselse leden en patiënten van een wijkgezondheidscentrum, maar het geeft desalniettemin een grootteorde weer. Het betreft een analyse o.b.v. elektronisch geattesteerde getuigschriften (Eattest), aangezien deze informatie direct beschikbaar is. Ongeveer 80% van de huisartsen zou reeds elektronisch attesteren en dus geven deze gegevens reeds een goede indicatie (Laasman et al., 2020).

53. Deze resultaten dienen eveneens met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd aangezien er geen representatief deel van de bevolking kon worden bereikt. De socio-economische status van de deelnemers is gemiddeld hoger. De deelname aan de online enquête was wel overtuigend, namelijk meer dan 44.000 deelnemers in België voor de eerste enquête, en 4099 in Brussel. Rapport beschikbaar via <https://doi.org/10.25608/f0tt-py28>

54. De dataverzameling liep van 3-11 december 2020, en het betrof de afspraken met de huisarts de laatste vier weken voor het invullen van de enquête. Er waren in Brussel 2646 deelnemers voor deze Covid-gezondheidsenquête en diezelfde voorzichtigheid dient hier te worden gehanteerd. Het rapport van deze vijfde gezondheidsenquête kan hier worden teruggevonden: <https://doi.org/10.25608/69j2-hf10>

gemonitord⁵⁵ voor België, wat ons dus een idee geeft over de impact op het zorggebruik.

Het aantal consultaties en bezoeken van artsen (huisartsen en specialisten samen) nam het sterkst af in de eerste maanden van de crisis. Het aantal gebruikelijke verstrekkingen nam af met 61,6% in april 2020 en met 40,1% in mei 2020. Dankzij de invoer van consultaties op afstand, 'beperkt' deze afname in het aantal prestaties zich tot 31,0% in april en 22,8% in mei 2020 ten opzichte van dezelfde periode in 2019. Voor het gehele jaar 2020 bedraagt de daling in het aantal gebruikelijke prestaties voor consultaties en bezoeken van artsen 15,3%. Gecompenseerd door de consultaties op afstand, bedraagt de afname in het totaal aantal verstrekkingen 'slechts' 0,8% in 2020 ten opzichte van 2019⁵⁶.

Voor de maand mei 2020 kennen voor een reeks nomenclatuurcodes apart⁵⁷ ook het verschil ten opzichte voor mei 2019. Zo kennen raadplegingen bij de huisarts (code 101076) een afname in gans België van 14,1% in mei 2020 ten opzichte van mei 2019. Voor bezoeken door de huisarts (code 103132) werd een afname van 16,6% opgetekend in de maand mei 2020 ten opzichte van mei 2019 in België. Aparte cijfers voor Brussel zijn niet beschikbaar.

11.2. Onderbreking activiteiten, werklast en werkdruk tijdens de COVID-19-epidemie

Het FAMGB-FBHAV nam onder haar Franstalige leden een online vragenlijst af tussen 26 november en 13 december 2020 over de ervaringen van de huisartsen tijdens de COVID-19-epidemie tot dan toe. Dit geeft ons een zeer interessante inkijk in hoe de werklast en het afleggen van huisbezoeken werd beïnvloed tijdens het eerste COVID-19-jaar voor een deel van de Brusselse huisartsen. Bepaalde vragen hebben betrekking op het "begin van de crisis", toen er veel mensen stierven ten gevolge van COVID-19 en toen er een eerste strenge lockdown van kracht was. Niet-dringende of niet-essentiële zorg werd vaak uitgesteld of geannuleerd, en ook was er nog niet altijd voldoende persoonlijk beschermingsmateriaal voor de arts voorhanden. Andere vragen hebben be-

trekking op het moment van de enquête tussen 26 november en 13 december 2020. Dit is midden in de tweede golf, toen er een tweede "lockdown" ("light") van kracht was. Echter, veel meer niet-COVID-19 gerelateerde zorgverlening werd behouden en de grote tekorten aan beschermingsmateriaal waren weggewerkt.

Er namen 451 huisartsen deel aan de Franstalige online vragenlijst. Hieronder bevonden zich relatief gezien iets meer jongere artsen in vergelijking met de situatie in 2017 (Missinne & Luyten, 2018), iets meer vrouwen en wat minder solo-werkende artsen. Hoewel de deelnemers waarschijnlijk een redelijk representatief beeld vormen van de huisartsenpopulatie op dat moment, is enige voorzichtigheid geboden bij het interpreteren van de resultaten.

11.2.1. Onderbreken van huisbezoeken en consultaties

Een aanzienlijk deel van de huisartsen (44%) is niet gestopt met het afleggen van huisbezoeken tijdens de crisis. Meer dan een derde (37%), is er wel op een bepaald moment mee gestopt, maar legt er onder-tussen -december 2020- terug af, 12% legt er geen meer af op het moment van de enquête (december 2020), 4% heeft nooit huisbezoeken gedaan en 3% deed er vroeger geen maar dat veranderde tijdens de crisis. We zien weinig verschillen naargelang de leeftijdscategorie van de huisarts. Wel is het zo dat vrouwen vaker zijn gestopt met het afleggen van huisbezoeken tijdens de crisis, net als dokters in een multidisciplinaire groepspraktijk.

Huisartsen konden hun ervaringen met betrekking tot hun huisbezoeken in WZC vrij neer schrijven in de enquête en deze ervaringen leken nogal te verschillen tussen huisartsen. Sommigen gingen gewoon door zoals anders, andere huisartsen mochten bepaalde WZC niet binnen of werden ontmoedigd van te komen. Vooral tijdens de eerste maanden van de COVID-19-epidemie (maart & april 2020) werden de routinematige huisbezoeken vaak afgelast en kwamen 'externe' huisartsen enkel nog langs in het WZC wanneer het absoluut noodzakelijk was, voor palliatieve zorg, of om te helpen met het testen en opsporen van mogelijke COVID-19-gevallen. Via telefoon werden verschil-

55. Alle details en de verschillende rapporten kunnen hier worden teruggevonden. <https://www.inami.fgov.be/nl/publicaties/Paginas/rapport-impact-Covid19-terugbetaling-gezondheidszorg.aspx>

56. https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/monitoring_COVID19_update_juni_2021.pdf

57. https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rapport_monitoring_Covid19_juli2020.pdf

Figuur 7: Gemiddelde totale werklast* van huisartsen bij het begin van de COVID-19-crisis per leeftijd, Brussels Gewest, 2020



*telkens werd midden van de antwoordcategorie werd genomen (1-8u; 9-16u; 17-24u; 25-32u; 33-40h; 41-48u; 49-57u; 58-65u; 66-74u; 76u werd toegekend aan zij die aangaven meer dan 75u te werken (19 huisartsen, of 4,2%); (tele)consultaties, huisbezoeken, logistieke en administratieve taken inbegrepen.

Bron: FAMGB- FBHAV, 2020; Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

lende huisartsen wel nog gevraagd voor advies op opvolging van hun patiënten.

Wat consultaties betreft in het begin van de crisis, geeft 41% van de huisartsen aan alle consultaties te hebben onderbroken en eventueel vervangen door tele-consultaties, 49% heeft dat voor een deel van de consultaties gedaan, en 10% heeft zijn consultaties niet onderbroken.

11.2.2. Totale werklast tijdens het eerste jaar van de COVID-19-epidemie

De deelnemers werd gevraagd om hun totale werktijd in te schatten aan het begin van de COVID-19-epidemie. Het ging om het aantal uur per week dat besteed wordt aan (tele)consultaties, huisbezoeken, logistieke en administratieve taken samen. Gemiddeld⁵⁸ werkten huisartsen 44,8u per week bij het begin van de COVID-19-epidemie. Jongere huisartsen tot 45 jaar werken gemiddeld wat minder dan huisartsen ouder dan 45 jaar (zie figuur 7).

Er werd ook gevraagd aan de deelnemers of hun werklast sinds het begin van de crisis was toegenomen. Drie kwart van de deelnemende artsen (74%) ervaarde dat de werklast hoger lag aan het begin van de crisis, maar dat het verbeterde tegen decem-

ber 2020; 21% ervaart in december 2020 nog steeds een verhoogde werklast, terwijl 5% geen verhoogde werklast heeft ervaren en dat nog steeds niet doet in december 2020 (niet geïllustreerd).

De huisartsen werden eveneens gevraagd om de eventuele toename in de totale werklast over de crisisperiode heen tot dan toe (december 2020) zelf in procenten uit te drukken (tabel 9). Dit leert ons dat 8% van de deelnemende huisartsen geen toename in de werklast of een toename van minder dan 15% ervaarde in het eerste jaar van de COVID-19-crisis; 35% van de huisartsen werkte tussen de 15-25% extra ; 31% deed tussen de 25-35% meer uren; 14% tussen de 35-45% extra en 11% werkte meer dan 45% procent bijkomende uren.

Werkdruk & stress

Op het moment van de enquête (december 2020), dus ongeveer een jaar na het begin van de crisis ervaarden veel huisartsen stress. Zo ervaarde 31% meer stress dan “normaal”, 21% ervaarde “best veel” stress en 9% had veel stress. Slechts 10% van de huisartsen ervaarden geen stress en 29% had “slechts een beetje stress”. De stressniveaus verschillen niet veel naargelang de leeftijd van de huisarts, het type praktijk of het feit zelf reeds met COVID-19 besmet te zijn ge-

58. Voorzichtigheid is geboden bij de interpretatie hier, aangezien het aantal gewerkte uren bevroegd werd in blokken van 8-9u en we telkens het midden van de antwoordcategorie namen om het gemiddelde te kunnen berekenen. Gezien deze grote tijdsblokken, is het mogelijk dat de ‘werkelijk’ gepresteerde uren een aantal uur afwijkt van het midden van het tijdsblok. Dit is waarschijnlijk hier meer het geval, dan bij de analyse pré-corona (zie punt 10), aangezien daar het aantal uren in tijdsblokken van 4u werd bevroegd, waardoor er minder afwijking mogelijk is. Gezien deze verschillende antwoordcategorieën en verschillende vraagstelling is het niet mogelijk om een betrouwbare vergelijking te maken tussen de werklast voor en tijdens de COVID-19-epidemie.

Tabel 9: Toename van de werklust van huisartsen sinds de COVID-19-crisis, Brussels Gewest, december, 2020

| | N | % |
|----------------------|-----|-----|
| Minder dan 15% extra | 37 | 8% |
| Tussen 15- 25% meer | 157 | 35% |
| Tussen 25-35% meer | 142 | 31% |
| Tussen 35-45% meer | 65 | 14% |
| Meer dan 45% meer | 50 | 11% |

Bron: FAMGB- FBHAV, 2020; Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

weest. Wel ervaren vrouwelijke huisartsen vaker stress of veel stress in vergelijking met mannelijke huisartsen.

Het is vooral de algemene context van de crisis dat vele huisartsen (69%) zwaar valt⁵⁹, net als het administratieve werk (68%), het repetitieve karakter van het werk (58%) en al de uitleg en informatie die moet worden doorgespeeld aan de patiënt (57%). Het werken op afstand, valt voor ongeveer een vijfde van de huisartsen zwaar (21%). Ook vermeldt 16% van de artsen nog een ander aspect dat hen zwaar valt, onder andere de sanitaire maatregelen die moeten worden toegepast door de huisarts en de voortdurende wijzigingen daarin, de vele telefoons, de vermoeidheid (soms door een eigen COVID-19-besmetting), het gedrag en de veeleisendheid van sommige patiënten, organisatorische problemen i.v.m. de tests en de resultaten, de moeilijke situatie om een assistent in op te leiden, ...

59. Percentage van het totaal aantal deelnemende artsen (N=451). Ook zij die aangaven geen stress te ervaren, gaven ook elementen aan die hen zwaar vielen.

Tot slot

De huisarts speelt een centrale rol in de eerste-liniezorg en huisbezoeken maken daar deel van uit. Het is belangrijk dat de huisarts aan huis kan komen indien dat nodig is. Voor sommige patiënten is een huisbezoek soms de enige optie, denk aan oudere en bedlegerige patiënten. Ook in andere situaties kan het nuttig zijn dat de huisarts (occasioneel) aan huis komt om bijvoorbeeld een beter inzicht te krijgen in de woon- en levensomstandigheden van de patiënt of wanneer de patiënt zich echt niet kan verplaatsen. Verschillende maatschappelijke tendensen zullen verder leiden tot een toenemende vraag naar een huisbezoek. Niet alleen vergrijst de bevolking, er is ook een evolutie naar een meer de-institutionalisering van de zorg, voor ouderen, maar ook voor mensen met mentale problemen, personen met een handicap, na een ziekenhuisopname, ... Daarom is het belangrijk grondig te bekijken hoe het afleggen van huisbezoeken het best georganiseerd en ondersteund wordt, zodat ook in de toekomst de nodige zorg aan huis kan worden gegarandeerd. Als we dit duurzaam willen aanpakken, moet er ook voldoende aandacht worden besteed aan de mentale gezondheid van de zorgverleners en de wens van vele huisartsen voor een beter evenwicht tussen werk en privéleven.

Deze studie heeft als doel om de gangbare praktijk van huisbezoeken door de huisarts en hun bijhorende werklast te evalueren in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De hoofdstedelijke context brengt bijkomende uitdagingen met zich mee, zoals de verkeerssituatie en de parkeersknoop en het feit dat veel Brusselaars geen vaste huisarts hebben. Een groot deel van

de resultaten hebben betrekking op de periode voor de uitbraak van het coronavirus en kunnen gezien worden als een belangrijke benchmark. Vervolgens hebben we bijkomende gegevens gezocht die ons nuttige inzichten verschaffen in hoe de COVID-19-epidemie het werk van de Brusselse huisartsen heeft beïnvloed tijdens het eerste jaar van de crisis.

Eerst een aantal algemene vaststellingen. In Brussel worden in 2019 gemiddeld 411 huisbezoeken afgelegd per jaar per 1 000 rechthebbenden. Dit is (aanzienlijk) minder dan in Vlaanderen (900) en Wallonië (1 080). Dit kan niet volledig worden verklaard door het feit dat de bevolking in het Hoofdstedelijk Gewest gemiddeld jonger is en het doorgaans de oudere patiënten zijn die vaker een huisbezoek aanvragen. Ook als we inzoomen op de 80-plussers zien we een lager aantal huisbezoeken per 1 000 personen in Brussel, namelijk 4 915 in 2019, tegenover 7 769 in Vlaanderen en 7 947 in Wallonië, al zijn de verschillen tussen de regio's duidelijk minder groot dan bij jongere leeftijdsgroepen. Het relatief laag aantal huisbezoeken in Brussel heeft ook onder meer te maken met het grote aanbod aan specialistische zorg en spoeddiensten in het Hoofdstedelijk Gewest en het feit dat vele Brusselaars geen vaste huisarts hebben en/of zorg moeten uitstellen omwille van socio-economische drempels. Net zoals in andere landen, worden er steeds minder huisbezoeken afgelegd. In 2019 werden nog gemiddeld 411 huisbezoeken per 1 000 personen afgelegd in het Brussels Gewest, tegenover 565 in 2011. Dit komt overeen met een daling met 27,2% in het Brussels Gewest tussen 2011 en 2019.

Deze studie toont aan dat de meeste Brusselse huisartsen huisbezoeken doen, maar dat niet iedereen er evenveel aflegt. De leeftijd van de huisarts speelt hierbij een grote rol. Het zijn vooral de huisartsen van 55 jaar of ouder die de meeste huisbezoeken afleggen, zowel in het eigen huis van de patiënt als in het woonzorgcentrum. Waarschijnlijk komt dit ook deels door dat de huisarts mee-verouderd met zijn of haar patiëntenbestand. Maar het is ook deels een historisch gevolg van de overvloed aan huisartsen in het verleden, waardoor de arts soms meer moeite moest doen om patiënten aan zich te binden. Het huisbezoek kon een manier zijn om dit te doen. Hierdoor is het voor heel wat oudere patiënten de vaste gewoonte geworden dat de huisarts bij hen aan huis komt. Ook kan het zijn dat oudere huisartsen het vak nog meer als een roeping zien en het minder belangrijk vinden om alles zeer efficiënt te organiseren (Boerma, 1994). Dit betekent ook wel dat de huisartsen die nu het meeste huisbezoeken voor hun rekening nemen, binnenkort op pensioen kunnen vertrekken. Meer zelfs, een deel is zelfs al pensioengerechtigd. Er worden duidelijk minder huisbezoeken afgelegd door huisartsen die werken in multidisciplinaire groepspraktijken. In Brussel zijn dat vaak medische huizen waar doorgaans meer jongere artsen werken (Missinne & Luyten, 2018) en er minder oudere patiënten zijn, de leeftijdsgroep die doorgaans vaakst een huisbezoek vraagt.

In welke mate de verwachte verdere afname van huisbezoeken problematisch is, is niet meteen duidelijk. Enerzijds worden in België best veel huisbezoeken afgelegd in vergelijking met andere landen, wat suggereert dat een deel van de patiënten eigenlijk wel naar de praktijk had kunnen komen. Dat 60% van de huisartsen vindt dat huisbezoeken niet altijd gerechtvaardigd zijn, toont aan dat er wat marge zit. Anderzijds, wordt verwacht dat de vraag naar huisbezoeken door bepaalde groepen (ouderen, bij mentale problemen, ontslag uit het ziekenhuis,...) zal toenemen in de toekomst en krijgen heel wat Brusselaars nog niet de nodige zorg omwille van socio-economische drempels.

De verkeerssituatie en de moeilijkheden om parking te vinden maken het afleggen van huisbezoeken moeilijk voor vele huisartsen en kan een belangrijke reden zijn om ermee te stoppen. De studie toont aan dat het vooral jongere huisartsen zijn die een alternatief gezocht

hebben voor de auto of de moto. Hierbij mogen we wel niet vergeten dat jongere huisartsen gemiddeld vaker in medische huizen werken die overwegend in het centrum liggen (Missinne & Luyten, 2018). De mogelijkheden voor het openbaar vervoer zijn daar uitgebreider, en patiënten wonen waarschijnlijk vaak dichterbij de praktijk. Bovendien is dat de groep huisartsen die veel minder huisbezoeken doet, wat een invloed zal hebben op de keuze van het vervoersmiddel.

Bijna driekwart van de huisartsen vindt dat ze te weinig vergoed worden voor een huisbezoek. Dit wordt mogelijks mee ingegeven door het feit dat zowel de trajecten in het Gewest als de huisbezoeken zelf best veel tijd in beslag kunnen nemen. Zo komt een (enkel) traject van 15-30 min voor een derde van de huisartsen vaak voor, en voor nog eens een derde van de deelnemers soms. En ook het huisbezoek zelf is meestal niet in minder dan 15 minuten afgerond.

We onderzochten ook hoeveel tijd gemiddeld per week huisartsen aan huisbezoeken en consultaties besteden. Voor de COVID-19-crisis deden Brusselse huisartsen gemiddeld 26,5u per week consultaties en 9,6u huisbezoeken indien ze er deden. Zoals hierboven beschreven leggen oudere huisartsen en mannelijke huisartsen gemiddeld meer huisbezoeken af per week. Het aantal uur consultaties op de praktijk daarentegen verschilt weinig naargelang de leeftijd en het geslacht van de huisarts of naargelang het type praktijk. Belangrijk is hierbij in het achterhoofd te houden dat we geen zicht hebben op de tijd die nodig is voor administratieve en andere taken of voor prestaties tijdens de wachtdienst. Hoeveel uur exact huisartsen werken blijft moeilijk te berekenen, zeker aangezien ook bijna de helft van de Brusselse huisartsen bijkomende professionele activiteiten op zich neemt, zoals ook blijkt uit deze studie. Wel is het heel duidelijk dat maar liefst 57 % van de huisartsen minder wenst te werken voor een beter evenwicht tussen werk en privé. Het betreft hier huisartsen van alle leeftijdsgroepen, zowel mannen als vrouwen. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) vraagt al langer aandacht voor de mentale gezondheid van huisartsen en schatte in 2011 bijvoorbeeld het aandeel huisartsen met een burn-out op 10% (Jonckheer, 2011).

De COVID-19-epidemie zette bovendien extra druk op de huisartsen. De werklust lag hoger

in het begin van de crisis voor de meerderheid van de deelnemende huisartsen, en ze is nog steeds hoger voor een deel van de huisartsen in december 2020. Ook gaf 31% van de huisartsen in december 2020 aan, nog steeds meer stress dan normaal te ervaren en 30% ervaaarde zelfs (best) veel stress. Niet alleen was de algemene crisiscontext stresserend, ook de werking van de huisartsen werd overhoop gehaald, met onder andere bijkomende taken en telefoons, voortdurende wijzigingen in de te volgen maatregelen, soms de onmogelijkheid om de eigen patiën-

ten te kunnen opvolgen etc. terwijl ze soms zelf ook nog de fysieke gevolgen voelden van een COVID-19-besmetting.

Tot slot, als een versterking van de eerstelijnszorg de ambitie is, waarbinnen de nodige zorg aan huis kan worden gegeven, dan is er een structurele (re)organisatie nodig die rekening houdt met de werkdruk en de mentale gezondheid van de huisartsen.

Referenties

- Avalosse, H. et al. (2019). Ongelijkheid in gezondheid. IMA, Brussel
- Boerma WGW. (1994). Huisbezoek in het buitenland. *Huisarts en Wetenschap*: 1994, 37(12), p. 546-551
- Boerma WGW. & Groenewegen PP. (2001). GP home visiting in 18 European countries. Adding the role of health system features, *The European Journal of General Practice*, 7:4, 132-137
- Brussels Instituut voor Statistiek en Analyse (BISA). (2018) De nieuwe inwoners van de Brusselse wijken. Focus, nr. 27
- Centraal bureau voor de statistiek. CBS Statline. <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/>, Geraadpleegd op 09/08/2021
- Charafeddine R. (2015). Contacten met een dienst spoedgevallen. In: Drieskens S., Gisle L. (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 3: Gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten. Sciensano (WIV-ISP), Brussel
- Clumeck N., De Spiegelaere M., Deguerry M. et al. (2015). Rapport betreffende het onderzoek naar het profiel van de Brusselse patiënten die voor een dringend medisch probleem twee zorgcircuits bezoeken: de ziekenhuiswachtdienst en de huisartsen. IRIS netwerk in samenwerking met het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2005
- De Laet S. (2018). Ook de volksklassen verhuizen uit Brussel. Een analyse van de randverstedelijking van de bevolkingsgroepen met een laag inkomen, Algemene collectie, n°121
- De Maeseneer J, De Prins L. & Heyerick Jp (1999). Original Paper: Home visits in Belgium: a multivariate analysis, *The European Journal of General Practice*, 5:1, 11-14
- Demarest S., Charafeddine R., Drieskens S., Berete F. (2020). Gezondheidsenquête 2018: Financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen. Brussel, België: Sciensano; D/2020/14.440/15
- Depuydt B. (2017). Het huisbezoek: visie van patiënten en huisartsen. Masterproef Ugent. Beschikbaar via <https://lib.ugent.be/catalog/rug01:002350403>
- Efstathopoulou, A., David, S. & Herzig L. (2016). Visite à domicile par le médecin de famille : état des lieux en Europe et en Suisse. *Rev Med Suisse* 2016 ; 12 : 1874-8
- FAMGB-FBHAV. (2013). Le Livre Blanc de la Médecine Générale à Bruxelles. Beschikbaar via: <http://docs.toubipbip.be/docs/1a85303d24b42580.pdf>
- Garde bruxelloise – Brusselse wachtdienst (GBBW). (2015). De nieuwe Brusselse Huisartsenwachtdienst: eerste balans en toekomstperspectieven. Persdossier. Beschikbaar via: http://gbbw.be/images/PDF/PERSDOSSIER_GBBW_oct2015.pdf
- Idler E. & Benyamini Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour* 38: 21-37
- Jonckheer P et al. (2011). Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 165A
- Laasman, Maron et Vrancken (2020), « Covid-19 : Quel impact sur les contacts en médecine générale? », Stat Info Solidarité, Juin 2020

Mimilidis, Demarest, Tafforeau & Van der Heyden, (2014). Projet de couplage de données issues de l'Enquête de Santé 2008 et des Organismes Assureurs, Brussel : WIV-ISP

Missinne, S. & Luyten, S. (2018). Huisartsen in het Brussels Gewest: wie zijn ze, waar houden ze praktijk, en waar zijn mogelijke tekorten? Observatorium voor Welzijn en Gezondheid, Brussel, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie

Theile, Gudrun, et al. (2011). "Home visits-central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study." BMC family practice 12.1: 24

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel & Brusselse huisartsen (2004). Eindrapport actieonderzoek Gezondheid en huisvesting: de inbreng van de huisartsen

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (2016). Ouderen en de rust- en verzorgingstehuizen in het Brussels Gewest. Een stand van zaken in 2016 met een focus op de rusthuisbewoners met profiel o of a, Nota 3, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, Brussel

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (2019). Het gebruik van de spoeddienst door de Brusselaars (2008-2016): Focus op de bevolking jonger dan 15 jaar en van 65 jaar en ouder. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, Brussel

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (2019). Iedereen even gezond in Brussel? Recente cijfers en kaarten over sociale ongelijkheden in gezondheid. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, Brussel, 2019

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (2020). Welzijnsbarometer. Brussels armoederapport. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, Brussel

Roberfroid D, et al. (2008). Het aanbod van artsen in België: huidige toestand en uitdagingen. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2008. KCE reports.72A

Tegenbos, G. (2017). Is een beperking van het aantal artsen nog nodig? Column in de Artsenkrant van 5 mei 2017

Van den Heede K., et al. (2016). Organisatie en financiering van spoeddiensten in België: huidige situatie en opties voor hervorming. Synthese. Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE), 2016

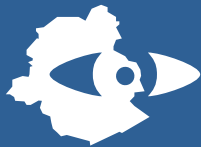
Van der Heyden J. (2015a) Contacten met de huisarts. In: Drieskens S, Gisle L (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 3: Gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten. WIV-ISP, Brussel, 2015

Van der Heyden J. (2015b). Raadplegingen bij de specialist. In: Drieskens S, Gisle L (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 3: Gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten. WIV-ISP, Brussel, 2015

Van Hamme G., Grippa T. & Van Criekingen M. (2016). Migratiebewegingen en dynamische processen in de Brusselse wijken, Brussels Studies, Algemene collectie, n° 97

van Kempen JA, et al. (2012). Home visits for frail older people: a qualitative study on the needs and preferences of frail older people and their informal caregivers. Br J Gen Pract. 2012;62(601):e554-60

Van Royen P. , De Lepeleire J. , Maes R. (2002). Home visits in general practice: an exploration by focus groups. Arch Public Health 2002, 60, 371-384



Huisbezoeken en werklast: de ervaring van Brusselse huisartsen voor en tijdens de COVID-19-pandemie

In dit rapport zoomen we in op de huisbezoeken die afgelegd werden door Brusselse huisartsen, voor en tijdens het eerste jaar van de COVID-19-pandemie. We bekijken hoe het aantal huisbezoeken, de verplaatsingen, en het type huisbezoeken kan variëren naargelang bepaalde kenmerken van de huisarts en het type huisartsenpraktijk. We bekijken ook hoe de huisarts zijn tijd verdeelt tussen huisbezoeken en consultaties op de praktijk en besteden aandacht aan de ervaren werklast.

Deze studie focust op het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De hoofdstedelijke context brengt bijkomende uitdagingen met zich mee, zoals de moeilijke verkeerssituatie en de parkeerknop, het feit dat veel Brusselaars geen vaste huisarts hebben en de moeilijke levensomstandigheden van velen. De data werd verzameld in samenwerking met de Brusselse huisartsenkringen (FAMGB-FBHAV en de BHAK).

<http://www.ccc-ggc.brussels/nl/observatbru/accueil>

Dit document is eveneens beschikbaar in het Frans.

Ce document est également disponible en français sous le titre :
« Visites à domicile et charge de travail : l'expérience des médecins généralistes bruxellois avant et pendant la pandémie de COVID-19 »