

RAPPORT TOEGANKELIJKHEID

HUISARTSGENEESKUNDE, 2023/07

PILOOTFASE 2: OPTIMALISATIE METHODIEK EN APPLICATIE

Domus Medica:

Gert Merckx, Expertisedomein Huisartsenkringen

Dr. Stefan Teughels, Medisch Directeur

Emma Van Parys, Expertisedomein Praktijkorganisatie

Yente Reinenbergh, Jurist

UGent, Vakgroep Volksgezondheid en eerstelijnszorg:

Prof. Dr. Sara Willems, hoofdpromotor

Prof. Dr. Tom Goffin, promotor

Prof. Dr. Emelien Lauwerier, senior onderzoeker

Lisa Grielens, junior onderzoeker

AContrario:

Magali Feys, Data Protection advocaat

Violette Vanscheeuwijk, Data Protection advocaat

VIVEL:

Sophie Liekens, Coördinator

Caroline Verlinde, Directeur

**DOMUS
MEDICA**



Inhoudsopgave

1.	Situering van het pilootproject	5
1.1.	<i>Historiek bevraging in het Vlaamse landschap</i>	<i>5</i>
1.2.	<i>Structuur van het rapport</i>	<i>5</i>
2.	Ontwikkeling van een indicatorenset 'toegankelijkheid huisartsengeneeskunde'	7
2.1.	<i>Achtergrond en aanpak.....</i>	<i>7</i>
2.2.	<i>Vertrekkend vanuit de literatuur.....</i>	<i>7</i>
2.3.	<i>Een reductie op basis van haalbaarheid</i>	<i>8</i>
2.4.	<i>Verdere optimalisatie van de indicatorenset</i>	<i>8</i>
2.4.1.	<i>Zorgaanbod: cognitieve interviews</i>	<i>9</i>
	<i>Deelnemers</i>	<i>9</i>
2.4.2.	<i>Zorgaanbod: analyse van de data</i>	<i>9</i>
2.4.3.	<i>Inter- en intrabeoordelaarsanalyse.....</i>	<i>12</i>
	<i>Interbeoordelaarsanalyse.....</i>	<i>12</i>
	<i>Test-hertest betrouwbaarheid</i>	<i>13</i>
2.4.4.	<i>Data-reductie in functie van de brede uitrol.....</i>	<i>18</i>
2.4.5.	<i>Zorgnood: afstemming met indicatorenset Vivel.....</i>	<i>18</i>
2.4.6.	<i>Inhoudsvalidering van indicatoren voor zorgnood en zorgaanbod door experts</i>	<i>19</i>
2.4.7.	<i>Finale indicatorenset 4.0</i>	<i>19</i>
3.	Beschrijving van de methodiek voor datacollectie en weergave op kaarten omtrent het zorgaanbod in Vlaanderen	20
3.1.	<i>Gehanteerde methodiek dataverzameling in drie test-regio's.....</i>	<i>20</i>
3.1.1	<i>Datastroom</i>	<i>20</i>
3.1.2	<i>Rekrutering van respondenten door de kringen</i>	<i>21</i>
3.2.	<i>Gehanteerde methodiek voor weergave data op kaarten</i>	<i>23</i>
4.	Gedragenheid en aanbevelingen vanuit het werkveld	24
4.1.	<i>Gedragenheid rond de indicatorenset.....</i>	<i>24</i>
4.2.	<i>Gedragenheid rond de methodiek van dataverzameling aan de hand van vragenlijsten</i>	<i>25</i>
4.3.	<i>Aanbevelingen rond de aanpak van de huidige problematiek rond de toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde.....</i>	<i>26</i>
4.4.	<i>Aftoetsen van bevraging en methodiek bij een bredere doelgroep uit het werkveld</i>	<i>27</i>
5.	Toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde in drie pilootregio's: resultaten en aanbevelingen	29
5.1.	<i>Het aanbod van zorg in de drie pilootregio's</i>	<i>29</i>
5.1.1.	<i>Aanmelding van nieuwe patiënten (patiëntenstop).....</i>	<i>29</i>
5.1.2.	<i>Mentaal welbevinden bij huisartsen</i>	<i>30</i>
5.1.3.	<i>Groepspraktijken en multidisciplinaire praktijken</i>	<i>30</i>
5.2.	<i>Aanbevelingen rond dataverzameling omtrent zorgnood en -aanbod rond beleid op basis van de bevraging.</i>	<i>32</i>
6.	Validering door experts	35
6.1.	<i>Visie experts omtrent indicatoren.....</i>	<i>35</i>
6.2.	<i>Visie vanuit expertoverleg omtrent aanpak bevraging/methodiek</i>	<i>37</i>

6.3.	<i>Aanbevelingen van experts op basis van inhoudelijke analyse en kaarten</i>	38
7.	GDPR en privacy.....	40
8.	Aanbevelingen inzake een methodiek en applicatie rond de toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde	42
9.	Referenties	46
10.	Annexes.....	48
	<i>Annex 1 – Praktijk- en huisartsenvragenlijst</i>	49
	<i>Annex 2 – Indicatoren met betrekking tot zorgnood.....</i>	58
	<i>Annex 3 – Syntax uit spss voor berekening van nieuwe variabelen.....</i>	60
	<i>Annex 4a – Forms bevraging gedragenheid - toegankelijkheid huisartsgeneeskunde</i>	61
	<i>Annex 4b – Interviewleidraad - bevraging huisartsenkringen.....</i>	62
	<i>Annex 5 - Indicatoren uit de praktijkvragenlijst</i>	67
	<i>Annex 6 – Indicatoren uit de huisartsenvragenlijst</i>	89
	<i>Annex 7 – Reliëf in periodiciteit bevraging</i>	97

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de rechthebbende.

Voor meer informatie over dit onderzoek:

- Gert Merckx, Gert.Merckx@domusmedica.be
- Prof. Dr. Sara Willems, Sara.Willems@ugent.be

1. Situering van het pilootproject

1.1. Historiek bevraging in het Vlaamse landschap

Tot eind 2019 ondersteunde de Vlaamse Overheid de vestiging van huisartsen in huisartsarme zones met een premie van 20.000 euro per vestiging. Aangezien het aantal huisartsarme zones verder bleef stijgen en een groot deel van de gemeenten in de Vlaamse Gemeenschap ingekleurd werden als huisartsarm bleek deze ondersteuning niet langer een effectief stimuleringselement om tot een betere toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde te komen. De coronacrisis met de zeer zware belasting op huisartsen plaatste de problematiek van de toegankelijkheid van huisartsenpraktijken nog veel duidelijker op de voorgrond.

Patiënten berichten steeds vaker dat ze moeilijk een huisarts vinden omdat de huisartspraktijken in de buurt een patiëntenstop invoerden. Ook steeds meer lokale besturen uiten hun bezorgdheid over de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de huisartsenpraktijken in de regio. Zij komen aankloppen voor advies bij Domus Medica of ondernemen zelf initiatieven (bv., het aanbieden van een praktijkruimte, enz.).

Op 15 december 2021 kende de Minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding een subsidie toe aan Domus Medica voor het ontwikkelen van een set indicatoren en een methodiek voor dataverzameling om het huisartsentekort in de Vlaamse Gemeenschap in kaart te brengen. De uitvoering van dit project werd in de handen gelegd van een onderzoekssamenwerking tussen Domus Medica, UGent Departement Volksgezondheid en Eerstelijnszorg en Expertisecentrum eerstelijnszorg VIVEL, met Domus Medica als penvoerende entiteit. Deze subsidies werden gedurende de periode 15/12/2021 tot 15/07/2022 besteed aan de identificatie van indicatoren om het aanbod huisartsgeneeskunde en zorgnood te kwantificeren en visualiseren aan de hand van interactieve geografische kaarten. Voor de ontwikkeling van deze kaarten werd samengewerkt met het Departement Geografie onder supervisie van Prof. Dr. Nico Van de Weghe. De toenmalig ontwikkelde methodiek werd uitgetest in twee pilootregio's. In het rapport verwijzen we naar deze eerste subsidietoekenning als 'pilootfase 1'. Een tweede subsidie-toekenning volgde met als doel om de ontwikkelde methodiek verder te verfijnen en uit te testen in drie bijkomende pilootregio's. Ook het uitwerken van een strategie inclusief beveiligde data-verzameling voor een brede uitrol in Vlaanderen behoorde tot de doelstellingen van deze fase. De subsidie werd toegekend aan Domus Medica als penvoerende instantie met projectpartners UGent-Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, advocatenkantoor AContrario.Law, en VIVEL. De ontwikkeling van interactieve geografische mapping lag in deze fase in handen van de Vlaamse Overheid.

Het huidige rapport omvat de neerslag van deze tweede subsidie-toekenning die liep in de periode 15/10/2022 tot 15/05/2023. We verwijzen naar deze fase als 'pilootfase 2'.

1.2. Structuur van het rapport

In het rapport rapporteren we de ontwikkeling van de deliverables, en de keuzes die hebben geleid tot deze deliverables. We beschrijven hierbij achtereenvolgens de keuze en argumentatie rond indicatoren om de toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde in kaart te brengen (hoofdstuk 2), de methodiek voor dataverzameling en geografische kaarten (hoofdstuk 3), de analyse van bevraging aan de hand van deze indicatoren en methodiek met implicaties voor brede bevraging (hoofdstuk 4), de gedragenheid bij het werkveld voor de methodiek en indicatoren (hoofdstuk 5), validatie door experts (hoofdstuk 6) en ondernomen stappen rond privacy en GDPR (hoofdstuk 7). Dit rapport sluit af met een hoofdstuk rond kernboodschappen en de belangrijkste aanbevelingen (hoofdstuk 8).

De tijd tussen de start van de eerste pilootfase en het verschijnen van dit rapport bestrijkt ruim anderhalf jaar. De fases zijn vormgegeven in een complex, veranderend landschap waarbij merkbaar veel lokale acties ontsproten op het veld om een antwoord te vinden op de problematiek van de toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde. De kracht van dit onderzoek ligt in de wetenschappelijke ontwikkeling en validatie van een indicatorenset en gegronde methodiek van bevraging van het werkveld en van experts. De multidisciplinaire en diverse samenstelling van het projectteam bestaande uit wetenschappers, beleidsmakers, juridische en inhoudelijke experts, maken de ondernomen oefening zinvol en relevant. Kenmerkend is de hoge mate van reflectie en het voortschrijdend inzicht waardoor de bevindingen en deliverables de lezer inzage geven in zowel het denkproces als de meerwaarde van de aangeboden inzichten, en de inzichten ook duurzaam zijn voor verdere opschaling overheen Vlaanderen.

2. Ontwikkeling van een indicatorenset 'toegankelijkheid huisartsgeneeskunde'

2.1. Achtergrond en aanpak

Voor het in kaart brengen van de toegankelijkheid van huisartsgeneeskunde op regionaal niveau, is inzicht vereist in (1) het beschikbare zorgaanbod en (2) de zorgnood in dezelfde regio. Het is de combinatie van deze twee aspecten die de toegankelijkheid binnen een regio bepaalt. Om deze reden zijn in deze oefening en in dit rapport indicatoren onderscheiden die betrekking hebben op het zorgaanbod en indicatoren die betrekking hebben op de zorgnood. In dit hoofdstuk beschrijven we hoe de uiteindelijke set indicatoren is verkregen. Via een aantal stappen is de set indicatoren stapsgewijs gereduceerd en verfijnd, zoals weergegeven in figuur 1. De eerste twee stappen van de ontwikkeling vonden plaats in pilootfase 1, gevolgd door de twee daaropvolgende stappen in de pilootfase 2.

P I L O T	F	• Literatuuronderzoek
		Set 1.0 (129 indicatoren)
	S	Reductie op basis van
		• Relevantie • Beschikbaarheid • haalbaarheid
P I L O T	1	Set 2.0 (58 indicatoren)
	F	• Cognitieve interviews • Analyse resultaten fase 1
		Set 3.0 (51 indicatoren)
P I L O T	2	• Interbeoordelaarsstudie • Test-herteststudie • Expertenvragen • Analyse resultaten fase 2
		Set 4.0 (38 indicatoren)

Figuur 1. Gefaseerde ontwikkeling van de indicatorenset voor het in kaart brengen de toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde in Vlaanderen

2.2. Vertrekkend vanuit de literatuur

In pilootfase 1 bestond de eerste stap uit raadpleging van internationale wetenschappelijke en grijze literatuur om op basis hiervan de verschillende dimensies van *toegankelijkheid van huisartsenzorg* te bepalen, alsook de afgeleide indicatoren hiervoor. Het resultaat hiervan is weergegeven in figuur 2.

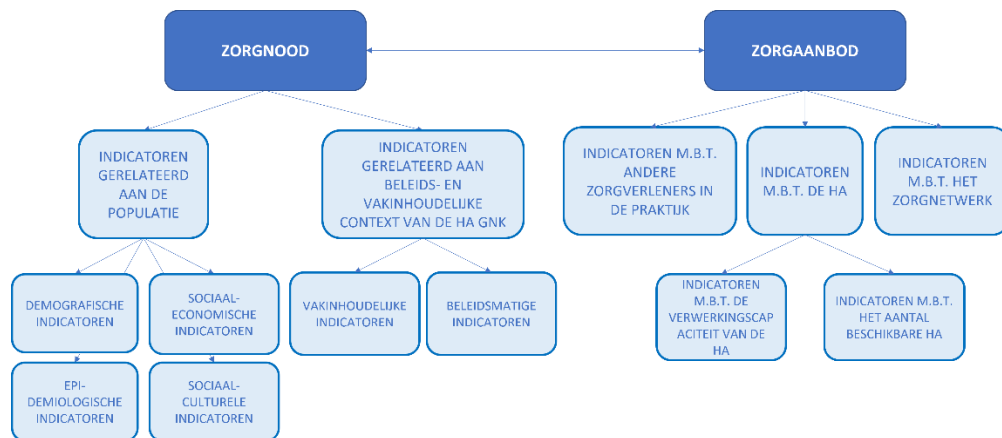
Zorgnood wordt hierbij bepaald door:

- populatiekenmerken die een invloed kunnen hebben op de zorgvraag (demografische kenmerken, sociaaleconomische kenmerken, sociaal-culturele kenmerken en epidemiologische kenmerken);
- vakinhoudelijke en contextgerelateerde evoluties binnen de huisartsgeneeskunde

Zorgaanbod wordt bepaald door:

- kenmerken van de huisartsen (aantal en verwerkingscapaciteit)
- kenmerken van de andere zorgverleners in de praktijk (aantal, discipline)
- kenmerken van het bredere zorgnetwerk binnen de eerste lijn (aanwezigheid van een ziekenhuis in de buurt, andere disciplines in de buurt, ...)

Voor elke dimensie werd een inventarisatie gemaakt van alle indicatoren die werden terug gevonden in de literatuur nl. 67 indicatoren voor zorgnood en 62 indicatoren voor zorgaanbod (indicatorenset 1.0). Hierin werd nog geen verdere selectie uitgevoerd.



Figuur 2 -(sub)thema's van indicatoren die resp. de zorgvraag en het zorgaanbod in kaart brengen.

2.3. Een reductie op basis van haalbaarheid

De volgende stap bestond uit het reduceren van de omvangrijke set 1.0. De set indicatoren werd voor een eerste keer afgetoetst bij een groep experts, met de vraag alle dimensies en indicatoren te evalueren op basis van relevantie. Er werd bijkomend gevraagd naar ontbrekende dimensies en indicatoren, en naar het meest geschikte geografisch niveau om elk van de indicatoren weer te geven (buurten, gemeenten, regio's, ...). Bij het bepalen welke indicatoren geschrapt moesten worden, gingen we ook pragmatisch te werk: in eerste instantie werd gekeken naar de beschikbaarheid van betrouwbare gegevens om de indicator te kunnen meten, daarnaast werd nagekeken hoe haalbaar het zou zijn om aanvullende gegevens te verzamelen voor die indicatoren waarvoor in bestaande databanken geen informatie beschikbaar was.

Vervolgens werden de indicatoren ook vergeleken met de kernindicatoren gerapporteerd in het rapport 'kerncijfers voor de eerstelijnszones (ELZ)'. Deze stappen leidden tot een nieuwe, gereduceerde indicatorenset (set 2.0), die 18 indicatoren met betrekking tot zorgnood en 40 indicatoren met betrekking tot zorgaanbod bevat.

De indicatoren voor zorgnood in deze set kunnen worden verzameld door extractie uit bestaande databanken. Wat betreft de indicatoren voor zorgaanbod bleken weinig tot geen betrouwbare data beschikbaar te zijn of bleek de extractie ervan bijzonder complex. Hierbij werd een methode uitgewerkt om deze gegevens primair te verzamelen aan de hand van twee vragenlijsten: één gericht naar alle individuele huisartsen (huisartsvragenlijst) en één gericht naar alle praktijken (praktijkvragenlijst).

Deze set 2.0 en voorgestelde aanpak voor dataextractie en -verzameling diende als basis voor het in kaart brengen van de zorgnood en -aanbod in de twee pilootregio's: Huisartsenkring Turnhout en Huisartsenkring IJzerstreek en Westkust. Hierbij werden niet enkel de data verzameld, maar ook verwerkt in geografische kaarten.

Voor meer informatie over deze oefening, zie het eindrapport van pilootfase 1 (Merckx et al., 2022).

2.4. Verdere optimalisatie van de indicatorenset

Pilootfase 2 (okt 2022 – mei 2023) was gericht op het verder optimaliseren van de set indicatoren. Hierbij werd verder gewerkt op de resultaten van pilootfase 1.

Ten eerste werd aan de hand van cognitieve interviews nagegaan in welke mate de gebruikte vragenlijst begrijpelijk en aanvaardbaar was bij de doelgroep. Ten tweede werden de verzamelde data uit pilootfase 1 in detail geanalyseerd. Dit leidde tot een derde herwerking van de indicatorenset naar set 3.0.

Deze indicatorenset 3.0 werd vervolgens gebruikt voor een tweede ronde van dataverzameling in 3 nieuwe pilootregio's: Verenigde Meetjeslandse Huisartsenkring, Huisartsenkring Zuid West-Vlaanderen en Huisartsenkring Prometheus.

Vervolgens werden betrouwbaarheidsanalyses uitgevoerd op de data uit de pilootregio's en werd de indicatorenset ter validering voorgelegd aan experts, resulterende in een finale set 4.0.

2.4.1. Zorgaanbod: cognitieve interviews

Cognitief interviewen is een gekende kwalitatieve methode voor het testen en ontwikkelen van vragenlijsten. Deze heeft als doel om te achterhalen of een vraag de beoogde antwoorden oplevert (Beatty & Willis, 2007). Ook wil het achterhalen of de respondenten hun antwoord kunnen terugvinden in de vooropgestelde antwoordcategorieën, of alle termen duidelijk zijn en op dezelfde manier geïnterpreteerd worden als bedoeld door de onderzoekers, de vragen niet te lang zijn en helder geformuleerd zijn (Beatty & Willis, 2007).

Deelnemers

Er werden in zes huisartspraktijken cognitieve interviews afgenomen: 4 groepspraktijken, 1 duo en 1 solopraktijk. Voor het evalueren van de praktijkvragenlijst (die door om het even welke praktijkmedewerker mag worden ingevuld) werd in één praktijk de administratief medewerker geïnterviewd, in één praktijk de verpleegkundige en in drie praktijken een huisarts.

Voor de evaluatie van de huisartsenvragenlijst werden enkel huisartsen geïnterviewd. Bij de selectie van de geïnterviewde artsen werd hierbij uitgegaan van maximale variatie in de leeftijd en het geslacht van de deelnemers, en van de praktijkvorm. Er werden 3 mannelijke en drie vrouwelijke huisartsen geïnterviewd. De leeftijd varieerde over de hele bereik van actieve beroepsleeftijd.

Resultaten

De cognitieve interviews hebben geleid tot een aantal herwerkingen van de vragenlijst. Zo werd de verwoording van een aantal vragen aangepast, alsook de opbouw van een aantal vragen en de antwoordcategorieën. Verder werden de instructies voor het invullen van de vragenlijst verfijnd zodat die meer eenduidig waren. Bijkomend werden een aantal vragen geschrapt. (zie tabel 1)

2.4.2. Zorgaanbod: analyse van de data

De data uit pilootfase 1 werden eveneens grondig geanalyseerd om inzicht te krijgen in kwaliteit van de verworven data. Hierbij werden de gemiddelden berekend, en de spreiding, variatie in antwoorden, en ontbrekende gegevens (missing data) geanalyseerd. Deze analyse werd samengelegd met de resultaten van de cognitieve interviews waarbij de indicatorenset aangepast en verder verfijnd werd, resulterende in **set 3.0** met 44 indicatoren voor zorgaanbod en 6 rond zorgnood (zie tabel 1).

Set 2.0		Bevindingen obv cognitieve interviews en analyse van de data pilootfase 1	Weerhouden in set 3.0
Algemene info	functie respondent		weerhouden
	naam praktijk	Grote kans op spelfouten	niet weerhouden
	praktijkadres	Nood om praktijken met meerdere vestigingen te kunnen weergeven op de kaarten -> vraag werd aangepast	aangepast weerhouden
	type woning praktijk	Deze vraag werd in de vragenlijst opgenomen om mogelijke beperkingen omtrent het uitbouwen van de praktijk in kaart te brengen door te vragen of de praktijk in	aangepast weerhouden

		de privéwoning van de arts ligt aangezien deze twee sterk gecorreleerd zijn. Om op meer directe wijze naar beperkingen te vragen werd deze vraag aangepast naar een nieuwe set vragen in kader van aanpassingen gebouw in functie van vergroting van capaciteit.	
	tel nr		weerhouden
	email		weerhouden
	website		weerhouden
Praktijk kenmerken	praktijkvorm (solo, duo, groep)		weerhouden
	betalingssysteem	Vraag werd vaak verkeerd geïnterpreteerd (praktijken duiden soms beide betalingssystemen aan, wat niet mogelijk is) -> vraag werd geherformuleerd + de antwoordcategorie 'andere' werd verwijderd	aangepast weerhouden
	betalingmogelijkheden		weerhouden
Praktijk-grootte	aantal GMDs* of forfait-patiënten	Deze indicator bleek onbetrouwbaar te zijn aangezien aantallen werden gegeven op basis van een schatting die in sterke mate bleken af te wijken van het exacte aantal na dossieranalyse.	niet weerhouden
	aantal mannelijke en vrouwelijke HA* + HAIo's*	Geslacht wordt ook bevraagd in de huisartsenvragenlijst. -> enkel aantallen weerhouden, geslacht geschrapt	aangepast weerhouden
	FTE's	Deze indicator gaf onbetrouwbare resultaten omdat bleek dat artsen die meer dan 40u/week werken als meer dan 1 FTE werden aangerekend, ondanks verduidelijking van de term in de vraagstelling. -> antwoordcategorieën werden aangepast naar minder dan 20u, tussen 20u-30u, 30u-40u, 40u-50u, 50u en 60u en meer dan 60u/week	aangepast weerhouden
Patiëntenstop	patiëntenstop	De term "patiëntenstop" werd op verschillende manieren geïnterpreteerd -> het woord "patiëntenstop" werd vermeden en vervangen door 'Kunnen zich op dit moment nieuwe patiënten aanmelden in de praktijk?'	aangepast weerhouden
Team	teamsamenstelling	Uit analyse van de resultaten bleek een groot aantal praktijken met een administratief medewerker te werken. Uit de cognitieve interviews kwam naar voor dat telesecretariaat hierbij werd gerekend. Om een onderscheid te kunnen maken tussen deze twee werd een vraag toegevoegd die peilt naar de aanwezigheid van een telesecretariaat.	aangepast weerhouden
	admin aantal		weerhouden
	admin uren		weerhouden
	admin taken		weerhouden
	vpk* uren		weerhouden
	vpk taken	'thuisverpleging' ontbreekt als antwoordmogelijkheid -> toegevoegd	aangepast weerhouden
	vpk opleiding		weerhouden
Consultaties	online afspraak mogelijk		weerhouden
	aantal slots per werkdag	In grote praktijken worden de slots per consultatietype voorzien. Omwille van deze reden konden geen eenduidige antwoorden worden gegeven in de oorspronkelijke vraag. Verder bleek het zeer tijdsintensief om het aantal slots per werkdag op te zoeken. -> Deze vraag werd aangepast: aantal slots per consultatietype tijdens de voorbije werkweek.	aangepast weerhouden
	consultatieduur	Deze vraag toont weinig variatie aan + weinig betrouwbaar: indien nodig wordt van de duur afgeweken.	niet weerhouden
	aanbod vrije consultaties (J/N)	Er werd niet gevraagd hoeveel consultaties er werden voorzien voor vrije consultaties -> deze vraag wordt	aangepast weerhouden

		gecombineerd met de aanpassing naar aantal consultatietypes van de voorbije werkweek.	
	aanbod huisbezoeken (J/N)	Er werd niet gevraagd hoeveel consultaties er werden voorzien voor huisbezoeken -> Deze vraag wordt gecombineerd met de aanpassing naar aantal consultatietypes van de voorbije werkweek.	aangepast weerhouden
Verhogen capaciteit	vacature huisarts		weerhouden
	vacature HAIO		weerhouden
	vacature andere discipline	Belangrijk om onderscheid te kunnen maken voor vacature(s) voor verpleegkundige(n) -> toegevoegd	aangepast weerhouden
Continuïteit van zorg	wachttijd spoedeisend probleem	Artsen zetten voor een dringend probleem doorgaans extra consultaties open om de patiënt de dag zelf nog te kunnen zien. De vraag bleek dus weinig relevant. De vraag stellen in functie van een "niet-spoedeisend probleem" toetst meer naar de algemene wachttijd en de drukte binnen de praktijk. -> De vraag naar de wachttijd voor een dringende afspraak werd vervangen door de wachttijd voor een niet spoedeisend probleem.	aangepast weerhouden
	permanentie voor urgenties		weerhouden
	continuïteit van zorg vakantie	De antwoordcategorie "Wordt de continuïteit gewaarborgd zonder grote inspanningen van collega's in de praktijk" bleek voor veel interpretatie vatbaar + relevantie werd in vraag gesteld -> aangepast	aangepast weerhouden
	continuïteit van zorg 1 dag		aangepast weerhouden
	continuïteit van zorg 1 week		aangepast weerhouden
	continuïteit van zorg 1 maand		aangepast weerhouden
Netwerk	netwerk (J/N)	Sommige artsen werken wel samen met andere praktijken maar definiëren dit niet als een netwerk. -> herformulering	aangepast weerhouden
	netwerk aantal		weerhouden
	netwerk RIZIV		weerhouden
	domeinen netwerk actief		weerhouden
Algemene info	praktijkadres		weerhouden
	naam voornaam arts	Grote kans op spelfouten > vervangen door identificatie obv RIZIV-nummer	niet weerhouden
	geboortedatum	Onnodig veel detail > datareductie door aanpassing naar geboortjaar	aangepast weerhouden
	leeftijdscategorie (5j)		weerhouden
	afstand tot praktijk	Geen of nauwelijks variatie in de antwoorden waardoor weinig informatief	niet weerhouden
	functie respondent (HA/HAIO)		weerhouden
	accreditering		weerhouden
	conventionering		weerhouden
Carrière- perspectief	stopzetten		weerhouden
	uitbouwen		weerhouden
	afbouwen		weerhouden
Tijdsbesteding	andere professionele activiteiten (J/N)		niet weerhouden
	type activiteiten + aantal uren	Aantal uren waren moeilijk om in te schatten en zeer variabel per week. Dit leverde dus onbetrouwbare resultaten op. -> vervangen door uren binnen de praktijk	niet weerhouden
	aantal vakantiedagen		weerhouden

Werkdruk	werkdruk (groen, geel, oranje, rood)	Niet gebaseerd op gevalideerde schalen, formulering voor interpretatie vatbaar -> vervangen door vier nieuwe schalen	niet weerhouden
Financiële toegankelijk- heid	remgeld patiënten financiële moeilijkheden		weerhouden
	toepassing 3db*		weerhouden
Organisatie wachtdienst	aanwezigheid wachtpostwerking	Organisatie van de wachtpostwerking bleek meer georganiseerd te zijn op kringniveau dan op huisartsniveau.	niet weerhouden
	georganiseerde weekwacht		niet weerhouden
	aanwezigheid chauffeur	Er was geen variatie in de antwoorden: er bleek altijd een chauffeur aanwezig te zijn.	niet weerhouden

Tabel 1 – Aanpassingen aan de indicatorenset en de vragenlijst obv de cognitieve interviews en de analyse van de data in de eerste twee pilootregio's; *GMD = Globaal Medisch Dossier; HA = huisarts; HAIO = Huisarts in opleiding; vpk = verpleegkundige; 3db = derdebetalersregeling

2.4.3. Inter- en intrabeoordelaarsanalyse

Een volgende stap in het optimalisatieproces van de bevraging voor zorgaanbod bestond uit het nagaan van de betrouwbaarheid of consistente in antwoorden. We maakten gebruik van twee methoden: het gebruik van meerdere beoordelaars (d.i., inter-beoordelaarsanalyse) en de test-hertest methode (d.i., intra-beoordelaarsanalyse). De methode rond gebruik van meerdere beoordelaars gaat na in welke mate een bevraging betrouwbare antwoorden oplevert door antwoorden van meerdere beoordelaars op de vragen te vergelijken. Als een bevraging lage betrouwbaarheid tussen beoordelaars vertoont, dan kan dit een indicatie zijn voor het feit dat vragen onduidelijk zijn, verwarrend, of zelfs niet relevant. Bij test-hertest betrouwbaarheid wordt nagegaan in welke mate antwoorden op een bevraging stabiel blijven doorheen de tijd en niet ongewild beïnvloed worden door ruis in de wijze van bevraging (d.i., omstandigheden waaronder de bevraging wordt ingevuld, lengte van bevraging, benodigde tijd voor invullen). Om test-hertest na te gaan is het van belang dat dezelfde groep tweemaal bevraagd wordt, met een tijdsinterval van enkele dagen of weken tussen bevragingen. In deze hanteerden we enkele weken, gezien de termijn dan lang genoeg was om niet louter hetzelfde antwoord te geven en tegelijkertijd snel genoeg na elkaar opdat de omstandigheden niet al te veel zouden gewijzigd zijn. Betrouwbaarheid kan worden uitgedrukt aan de hand van kwantitatieve toetsen. Voor continue variabele werd er gebruik gemaakt van Spearman's Intra class correlation coëfficiënt (ICC) en voor categorische variabelen op Cohen's kappa. Voor alle indicatoren wordt bijkomend een kwalitatieve inschatting gehanteerd waarbij ook bekeken is of in het geval van verschillende antwoorden, deze ver uit elkaar lagen. In geval van een kleine groep bevraagden, werd dit uitsluitend kwalitatief benaderd.

Interbeoordelaarsanalyse

In functie van het testen van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid werd de praktijkvragenlijst door twee medewerkers uit de praktijk ingevuld en werden de antwoorden vergeleken. Dit gebeurde op een subsample van 11 praktijken. In vier praktijken werd de praktijkvragenlijst door twee huisartsen ingevuld. In vijf praktijken door een huisarts en een medewerker met een andere functie (coördinator, administratief medewerker, verpleegkundige). In twee praktijken werd de vragenlijst ingevuld door een verpleegkundige en door een administratief medewerker.

In tabel 2 wordt voor iedere indicator aangegeven of de resultaten betrouwbaar bleken (weergegeven in groene kleurcode).

De continue variabelen vertonen een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid met uitzondering van de variabele die peilt naar het aantal telefonische consultaties de voorbije werkweek en de variabele rond de mogelijkheid tot bijkomende consultaties indien de agenda niet vol was.

Wat betreft de categorische variabelen vertoonden de volgende variabelen een beperkte betrouwbaarheid: patiëntenstop, voorwaarden voor aanwerven nieuwe patiënten, overname

patiënten indien arts langdurig werkonbekwaam, ondernomen maatregelen voor capaciteitsverhoging, aantal uur tewerkstelling verpleegkundige(n) en de verpleegkundige taken: dossieropvolging, administratieve taken en 'andere', uren tewerkstelling (per 10uur) per huisarts in de praktijk, vacature(s) voor verpleegkundige(n) en andere discipline(s), bijkomende consultaties mogelijk, wachttijd niet-spoedeisend probleem, permanentie voor urgenties, continuïteit van zorg voor afwezigheid van één dag en één week, samenwerking voor vervanging tijdens onverwachte afwezigheid (vb. ziekte), aantal praktijken in netwerk en erkend netwerk door Riziv. Een kwalitatieve inschatting toont aan dat de antwoordopties soms onduidelijk zijn (bv. patiëntenstop), en niet altijd mutueel exclusief zijn (bv. ondernomen maatregelen voor capaciteitsverhoging). Sommige vraagstellingen blijken niet eenduidig interpreteerbaar (bv. geografisch werkingsgebied). Op basis van deze inzichten werd de vragenlijst aangepast (supra). De andere categorische variabelen vertoonden gunstige resultaten wat betreft betrouwbaarheid.

Test-hertest betrouwbaarheid

Aan artsen werd gevraagd om zowel de praktijk- als de huisartsenvragenlijst tweemaal in te vullen met een tijdsinterval van drie weken. Dit gebeurde door een sub-sample van 14 huisartsen. Hiervan waren 9 artsen tewerkgesteld in een groepspraktijk, één in een duopraktijk en vier in een solopraktijk. De leeftijd van deze artsen lag tussen 28 jaar en 64 jaar. Er namen negen mannelijke en vijf vrouwelijke huisartsen deel.

Voor de volgende indicatoren bleken de twee metingen niet significant gerelateerd. Dit duidt op een onvoldoende betrouwbaarheid: telefoonnummer, email, website, betalingssysteem, betalingsmogelijkheden, ondernomen maatregelen om tekorten op te vangen (bijscholen bestaand personeel, efficiënter organiseren van de praktijk, toepassen eHealth mogelijkheden en uitbreiden openingsuren), tewerkstelling, vacatures (haio, verpleegkundige(n), andere discipline), wachttijd niet-spoedeisend probleem, permanentie voor urgenties, continuïteit van zorg bij afwezigheid van één dag. Het significante verschil tussen de twee metingen lijkt voor een aantal variabelen niet te maken te hebben met een verschillende interpretatie of inschatting, of een veranderde situatie in de tussenperiode gezien de vragen naar feitelijke gegevens peilen die weinig veranderlijk zijn (vb. telefoonnummer, het hebben van een website). Waar mogelijk werd op basis van deze inzichten een herformulering voorgesteld of werd dezelfde informatie op een alternatieve manier verzameld.

Set 3.0 DIMSENSE	Set 3.0 Item	Testhertest	Interbeoordelaars	Expertenbevraging	Input (Vlaams Agentschap)	set 4.0 aanbeveling Vlaamse uitrol	opmerkingen
Algemene info	functie respondent		NVT	geen feedback		weerhouden	
	praktijkadres			geen feedback	feedback (a)	aangepast weerhouden	(a) gebruik van uitklapvensters voor het invullen van praktijkadres om spelfouten te voorkomen.
	tweede vestiging praktijkadres			geen feedback		weerhouden	
	tel nr.	(a)	(b)	geen feedback		weerhouden	(a) tweemaal verschillende notatie van nummer gehanteerd. (b) eenmaal kwam nummer niet overeen

	email	(a)		geen feedback		weerhouden	(a) viermaal werd er een verschillend emailadres opgegeven of andere notatie gehanteerd.
	website	(a)	(b)	geen feedback	data-reductie	niet weerhouden	(a) driemaal andere notatie van URL gehanteerd, (b) zesmaal andere notatie van URL
Praktijk kenmerken	praktijkvorm (solo, duo, groep)			geen feedback		weerhouden	
	betalingssysteem	(a)	(b)	(c)		aangepast weerhouden	(a) betalingssysteem werd tweemaal verschillend ingevuld. (b) eenmaal verschillend ingevuld. (c) uit feedback kringen bleken veel praktijken foutief te hebben aangeduid om forfaitair systeem te hanteren.
	betalingsmogelijkheden	(a)		geen feedback	data-reductie	niet weerhouden	(a) verschillende betalingsmogelijkheden werden aangeduid op de twee testmomenten (tweemaal)
Praktijk-grootte	aantal GMDs of forfait-Patiënten			feedback (a)	feedback (b)	weerhouden	(a) advies van experts om indicator toch te bevragen (b) Vlaams agentschap wenst de indicator terug op te nemen in de vragenlijst
	aantal HA + haio's			geen feedback		weerhouden	
	aantal HA die x aantal uur werken (cat.)		(a)	geen feedback		niet weerhouden	(a) meermaals werd er door een medewerker niets ingevuld maar door de andere medewerker wel. Dit duidt op het feit dat de vraag rond hoeveel uren de artsen werken niet betrouwbaar is indien door collega's ingevuld.
Patiënten stop	geografische afbakening		(a)	feedback (b)	data-reductie	niet weerhouden	(a) tweemaal werd er door een medewerker ingevuld geen werkingsgebied te hanteren waarbij de andere medewerker wel aangaf een geografisch werkingsgebied te hanteren. (b) minder prioritair om te vragen hoe dit gebied gedefinieerd wordt, wel belangrijk om te weten of dit deel uitmaakt van de patiëntenstop die praktijken mogelijks hanteren.
	aanvaarden nieuwe Patiënten			feedback (a)		aangepast weerhouden	(a) na input van de experts werd de vraag rond werkingsgebied als bijkomende antwoordcategorie toegevoegd om het onderscheid te kunnen maken.
	voorwaarden nieuwe patiënten			feedback (a)		aangepast weerhouden	(a) na input van experts wordt er niet meer expliciet naar de voorwaarden gevraagd, enkel of er één van de voorwaarden wordt gehanteerd.
	overname patiënten stopzetten arts			geen feedback	data-reductie	niet weerhouden	
	overname patiënten afwezigheid arts 6m			geen feedback	data-reductie	niet weerhouden	
	patiëntenstop verleden			geen feedback	data-reductie	niet weerhouden	

	patiëntenstop toekomst			geen feedback	data- reductie	niet weerhouden	
Team	teamsamenstelling			feedback (a)		weerhouden	(a) term maatschappelijk werker wordt aangepast naar sociaal werker. Ook werd het advies gegeven om per functie aanwezig in de praktijk te bevragen voor hoeveel FTE's deze tewerkgesteld is in de praktijk.
	multidisciplinariteit (J/N)			geen feedback		weerhouden	
	telesecretariaat (J/N)			geen feedback		weerhouden	
	admin aantal			geen feedback		weerhouden	
	admin uren			geen feedback		weerhouden	
	admin taken			geen feedback		weerhouden	
	Vpk aantal			geen feedback		weerhouden	
	vpk uren		(a)	geen feedback		weerhouden	(a) typefout tijdens het invullen van het aantal uren.
	vpk taken		(a)	geen feedback		weerhouden	(a) taal: dossieropvolging werd tweemaal anders ingevuld door de twee medewerkers in de praktijk wat duidt dat er onduidelijkheid is over deze taak.
	vpk opleiding			geen feedback		weerhouden	
Consultaties	online afspraak mogelijk			geen feedback		weerhouden	
	N standaardconsultati es/week			feedback (a)		weerhouden	(a) suggestie van experts om deze informatie via IMA-databank op te vragen (van toepassing voor alle types consultaties)
	N vrije consultaties/week			feedback (a)		weerhouden	
	N huisbezoeken/week			feedback (a)		weerhouden	
	N consulten WZC/week			feedback (a)		weerhouden	
	N telefonische consulten/week		(a)	feedback (a)		weerhouden	(a) groot verschil in de aantallen die werden doorgegeven door de verschillende medewerkers.
	N videoconsulten/we ek			feedback (a)		weerhouden	
	extra consultaties mogelijk		(a)	feedback (b)		weerhouden	(a) in drie gevallen werd er aangeduid door één medewerker dat er geen consultaties meer mogelijk waren, terwijl de andere medewerker wel aanduidde dat er nog consultaties beschikbaar waren. (b) voorstel van experts om op voorhand te communiceren dat ze de komende week hun agenda moeten bijhouden in functie van deze vraag.
	aantal extra standaardconsultati e mogelijk		(a)	feedback (b)		weerhouden	(a) vijfmaal werd er geen aantal ingevuld door één medewerker en wel door een andere medewerker. (b) voorstel van experts om op voorhand te communiceren dat ze de

							komende week hun agenda moeten bijhouden in functie van deze vraag.
	aantal extra huisbezoeken mogelijk		(a)	feedback (b)		weerhouden	(a) tweemaal werd er door een medewerker geen aantal ingevuld en wel door de andere medewerker. (b) Voorstel van experts om op voorhand te communiceren dat ze de komende week hun agenda moeten bijhouden in functie van deze vraag.
	totaal aantal consultaties per week			feedback (a)		weerhouden	(a) suggestie van experts om deze informatie via IMA-databank op te vragen (van toepassing voor alle types consultaties)
Verhogen capaciteit	vacatures huisarts			geen feedback		weerhouden	
	vacature haio	(a)		geen feedback		weerhouden	(a) in één geval werd er bij moment 1 aangeduid dat er vacature was en bij moment 2 geen vacature.
	vacature vpk	(a)	(b)	geen feedback		weerhouden	(a) eenmaal werd er ingevuld een vacature te zijn voor vpk op moment 1, terwijl die niet meer openstond op moment 2 (b) driemaal werd er door een medewerker ingevuld een deeltijdse vacature open te staan en door de andere medewerker een voltijdse vacature. Ook werd het de vraag door driemaal door één medewerker niet ingevuld maar door de andere medewerker wel aangegeven een voltijdse vacature te zijn.
	vacature andere discipline	(a)	(b)	geen feedback		weerhouden	(a) driemaal kwamen verschillen de antwoorden tussen moment 1 en moment 2. (b) werd viermaal niet ingevuld door één medewerker, waarbij de andere medewerker had aangeduid dat er een voltijdse vacature openstond voor een andere discipline.
	aanpassingen gebouw			geen feedback	data-reductie		
	redenen geen aanpassingen gebouw	(a)		geen feedback	data-reductie		(a) voor drie redenen zat er verschil in het antwoord of het wel of geen reden was tussen de twee testmomenten.
	andere genomen maatregelen	(a)	(b)	geen feedback	data-reductie		(a) maatregelen omtrent taakdelegatie en patiënten stimuleren tot zelfzorg/zelfmanagement leverden onbetrouwbare antwoorden op. (b) viermaal werden er verschillende antwoorden gegeven tussen de medewerkers maar telkens tussen aansluitende categorieën (doen we al => zijn we van plan te doen of doen we niet => niet van toepassing)
Continuïteit van zorg	wachttijd niet-spoedeisend probleem	(a)	(b)	geen feedback	data-reductie	niet weerhouden	(a) antwoorden verschilden zeer sterk bij test en hertestmoment. Viermaal werd er op moment 1 maandag als antwoord aangeduid en op moment 2 dinsdag. (b) vijfmaal werd er maandag aangeduid door

							één medewerker en dinsdag door de andere medewerker
	permanentie voor urgenties	(a)	(b)	geen feedback	data-reductie	niet weerhouden	(a) antwoorden omtrent permanentie voor raadplegingen verschilden op twee testmomenten (b) antwoorden rond de permanentie voor raadplegingen en huisbezoeken verschilden tussen de medewerkers.
	continuïteit van zorg vakantie			geen feedback		weerhouden	
	continuïteit van zorg 1 dag	(a)	(b)	geen feedback		weerhouden	(a) driemaal werd er aangeduid dat de continuïteit gewaarborgd wordt waarbij op tweede testmoment werd aangeduid dat niet dringende medische zorg werd uitgesteld. (b) zesmaal werd er aangeduid dat continuïteit gewaarborgd beleef voor zowel dringende als niet dringende medische zorg (antwoordcategorie 1) door één respondent en door de andere enkel voor dringende medische zorg (antwoordcategorie 2).
	continuïteit van zorg 1 week		(a)	geen feedback		weerhouden	(a) antwoorden van de medewerkers verschilden tussen antwoordcategorie 1 en 2.
	continuïteit van zorg 1 maand			geen feedback		weerhouden	
Netwerk	domeinen netwerk		(a)	geen feedback		weerhouden	(a) werd door de ene medewerker aangeduid een samenwerking te hebben op dit domein terwijl andere medewerker aangeduid had van niet. Dit voor 5 domeinen
	netwerk aantal			geen feedback		weerhouden	
	netwerk RIZIV			geen feedback		weerhouden	
Algemene info	praktijkadres	(a)	NV T	geen feedback		weerhouden	(a) eenmaal werd persoonlijk adres ingevuld i.p.v. praktijkadres.
	RIZIV-nummer			geen feedback		weerhouden	
	geslacht			geen feedback	data-reductie	niet weerhouden	
	geboortejaar			geen feedback		weerhouden	
	leeftijdsindeling			geen feedback		weerhouden	
	functie respondent (HA/HAIO)			geen feedback		weerhouden	
	accreditering			geen feedback		niet weerhouden	
	conventionering			geen feedback		niet weerhouden	
Carrière-per-spectief	stopzetten		NV T	geen feedback		weerhouden	
	uitbouwen			geen feedback	data-reductie	niet weerhouden	
	afbouwen			geen feedback	data-reductie	niet weerhouden	

Tijdsbesteding	aantal uren werkzaam in praktijk		NV T	geen feedback		weerhouden	
	aandeel uren patiëntencontact			geen feedback		weerhouden	
	aantal vakantiedagen			geen feedback	data-reductie	niet weerhouden	
Werkdruk	uitputting		NV T	geen feedback	data-reductie	weerhouden	weerhouden omwille van by-in van de kringen. (enkel dimensie uitputting aangezien deze de meeste variatie vertoonde)
	job tevredenheid			geen feedback		niet weerhouden	
	job betrokkenheid			geen feedback		niet weerhouden	
	toewijding job			geen feedback		niet weerhouden	
Financiële toeganke-lijkheid	remgeld patiënten financiële moeilijkheden		NV T	geen feedback	data-reductie	niet weerhouden	
	toepassing 3db			geen feedback	data-reductie	niet weerhouden	

Tabel 2 – Aanpassingen aan de indicatorenset en de vragenlijst obv de betrouwbaarheidsanalyse en de input van het vLAAMS Agentschap Zorg en Gezondheid; *GMD = Globaal Medisch Dossier; HA = huisarts; HAIO = Huisarts in opleiding; vpk = verpleegkundige; 3db = derdebetalersregeling

2.4.4. Data-reductie in functie van de brede uitrol

In het kader van de brede uitrol werd tijdens het optimalisatieproces in samenspraak met het projectteam en het Agentschap beslist om een reductie uit te voeren op de set indicatoren die zullen worden meegenomen in de verdere uitrol overheen Vlaanderen. Het Agentschap Zorg en Gezondheid heeft deze oefening intern uitgevoerd en een lijst doorgegeven van de indicatoren die zij strikt noodzakelijk achten om te bevragen en een lijst die voor hen niet prioritair is om te verzamelen. Deze informatie is meegenomen in het verdere optimalisatieproces.

2.4.5. Zorgnood: afstemming met indicatorenset Vivel

Wat betreft de indicatoren met betrekking tot zorgnood drukte het Agentschap Zorg en Gezondheid de voorkeur uit om verder te werken met de kwetsbaarheidsindicatoren. Deze meten de gemiddelde zorgzwaarte van de regio's en zullen in de toekomst gebruikt worden om de financiering te bepalen van de eerstelijnszones (Stat-Gent Crescendo, 2020). Deze indicatoren zijn geïdentificeerd aan de hand van een grootschalige oefening en regressie-analyse uitgevoerd door Vivel waarbij werd nagegaan in welke mate de zorgindicatoren vermijdbare zorg en verloren levensjaren kunnen voorspellen. In deze context wil VIVEL (Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn) onderzoeken in hoeverre de "zorg" of "kwetsbaarheid" van een ELZ kan voorspeld worden o.b.v. negen indicatoren, aangevuld met het gemiddeld netto inkomen (Stat-Gent Crescendo, 2020). Het Agentschap heeft deze indicatorenset overgenomen en verder gereduceerd tot 6 indicatoren aan de hand van een interne studie. Door het overnemen van deze indicatorenset wordt dit project gestroomlijnd met andere projecten van het Agentschap waarin zorgzwaarte regionaal wordt bepaald. Ook inhoudelijk is dit een logische keuze: de oefening door Vivel en de oefening in pilootfase 1 leidden tot dezelfde dimensies om zorgzwaarte in kaart te brengen. In pilootfase 1 werd evenwel nog geen keuze gemaakt in de indicatoren om de dimensies te meten. Dit gebeurde wel al in het project van Vivel.

Er werd in deze fase wel bijkomend nog de indicator 'bevolkingsdensiteit' opgenomen. In het kader van een dergelijke oefening omtrent spreiding van praktijken is deze informatie noodzakelijk voor zinvolle interpretatie van de geografische kaarten.

2.4.6. Inhoudsvalidering van indicatoren voor zorgnood en zorgaanbod door experts

De volledige indicatorenset 3.0 (zowel zorgnood als zorgaanbod) werd finaal gevalideerd door een groep experts in de periode 5 mei tot 12 mei 2023. Hierbij werd er gepeild naar de relevantie en volledigheid van de indicatoren om toegankelijkheid rond zorgaanbod en zorgnood in kaart te brengen. De input en feedback van de experts omtrent de indicatoren voor zorgaanbod en -nood worden verder besproken in hoofdstuk 6.

2.4.7. Finale indicatorenset 4.0

De herwerkingen van de indicatoren op basis van de betrouwbaarheidsanalyse en validatie door de experts resulteerde in de finale indicatorenset 4.0. Deze set omvat 8 indicatoren voor het in kaart brengen van de regionale zorgnood en 38 indicatoren voor het in kaart brengen van het regionale zorgaanbod. Wat betreft zorgaanbod worden volgende indicatoren naar voor geschoven: functie respondent, praktijkadres en tweede vestiging, telefoonnummer, emailadres, praktijkvorm, betalingssysteem, praktijkgrootte in patiënten, praktijkgrootte in aantal huisartsen en haio's, patiëntenstop, teamsamenstelling, multidisciplinariteit, telesecretariaat, aanwezigheid administratieve ondersteuning en aantal uren/taken, aanwezigheid verpleegkundige kracht en aantal uren/taken, online afspraakmogelijkheden, aantal (extra) slots per consultatietype, toekomstplannen (openstaande vacatures), aanpassingen gebouw, ondernomen maatregelen voor capaciteitsverhoging, continuïteit van zorg, netwerk, en uitputting.

De indicatoren voor zorgaanbod en de bijhorende vragen om deze indicatoren aan de hand van een vragenlijst te verzamelen, zijn beschreven in [Annex 1](#).

Wat betreft de zorgnood worden volgende 8 indicatoren weerhouden: bevolkingsdensiteit, aandeel alleenstaande oudergezinnen, aandeel alleenstaande 75-plussers, aandeel personen met statuut chronische aandoening, betalingsachterstand, lage werkintensiteit, gemiddeld inkomen en niet-EU herkomst (weergegeven in [Annex 2](#)).

3. Beschrijving van de methodiek voor datacollectie en weergave op kaarten omtrent het zorgaanbod in Vlaanderen

In voorgaand hoofdstuk bespraken we de indicatorenset om de toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde in Vlaanderen in kaart te brengen. Dit hoofdstuk zoomt in op de methode die kan worden gehanteerd om de indicatoren rond zorgaanbod te verzamelen en weer te geven op kaarten. In hoofdstuk 4 en 6 wordt vervolgens ingegaan op hoe het werkveld deze methodiek ervaart, en hoe een panel van experts deze evalueert.

3.1. Gehanteerde methodiek dataverzameling in drie test-regio's

De indicatoren voor het in kaart brengen van het zorgaanbod bleken ofwel niet beschikbaar in bestaande databanken, of de extractie ervan bleek bijzonder complex (supra). Daarom werd een methode ontwikkeld waarbij deze indicatoren worden verzameld aan de hand van een bevraging van alle huisartsenpraktijken. Hierbij werd gebruik gemaakt van twee vragenlijsten: een praktijkvragenlijst (die per praktijk één keer wordt ingevuld door een medewerker - al dan niet een huisarts) en een huisartsenvragenlijst (die door elke huisarts in de praktijk wordt ingevuld).

3.1.1 Datastroom

De gebruikte vragenlijsten werden ontwikkeld door Universiteit Gent op basis van een stappenplan dat in voorgaande hoofdstukken werd toegelicht. Vooraf aan de bevraging werd ethische goedkeuring aangevraagd bij de commissie van medische ethiek (UZ Gent, referentienummer ONZ-2022-0602). Bij ethische goedkeuring werd een datamanagement plan gevoegd waarin volgende zaken beschreven staan: welke data worden bevraagd en onder welke vorm, hoe en waar de data worden opgeslagen en bewaard, hoe en wie data verwerkt, en andere ethische en juridische aspecten. De vragenlijsten werden online ter beschikking gesteld van praktijken en huisartsen via de beveiligde webtoepassing RedCap. RedCap is een veel gebruikte toepassing voor het ontwerpen en beheren van online enquêtes en databases (Harris et al., 2009, 2019).

Binnen RedCap werd een kring-specifieke link aangemaakt voor de praktijkvragenlijst, en een kring-specifieke link voor de huisartsenvragenlijst. Op die manier werd het risico geminimaliseerd dat ingevulde vragenlijsten achteraf niet konden worden toegewezen aan één van de drie kringen, een probleem dat zich in testfase 1 voordeed (zie rapport van Merckx et al., 2022).

De link naar de vragenlijsten werd opgenomen in de uitnodiging tot deelname die de praktijken en huisartsen ontvingen via mail. Bij het aanklikken van de link kwamen de deelnemers terecht op de RedCap toepassing waarbij hun ingevulde antwoorden onmiddellijk werden weggeschreven in een databank op de beveiligde UGent servers. Het invullen van de vragenlijst kon worden onderbroken indien de respondent aangaf deze later af te werken. Hierbij moest de respondent een emailadres opgeven waarnaar een persoonlijke link werd gestuurd die de respondent de mogelijkheid gaf terug te keren naar de survey met de reeds ingevulde antwoorden.

Verwerking van de data startte met een 'cleaning' van data door de in het datamanagement plan vernoemde onderzoekers. Deze cleaning van de data houdt in dat niet-relevante of foutieve gegevens werden verwijderd en enkele bewerkingen werden uitgevoerd zoals onder meer de berekening van nieuwe variabelen (leeftijdsindeling, multidisciplinariteit, schalen rond werkdruk, totaal aantal consultaties, weergegeven in [Annex 3](#)). De data werden verwerkt tot vijf databestanden: één voor het Vlaams Agentschap, één voor elke kring, en een databank voor UGent waarop verdere inhoudelijke en valideringsanalyses gebeurden.

Het databestand voor de huisartsenkring bevat de gecleande, niet-geaggregeerde persoonsgegevens. De kring krijgt hierbij toegang tot de volledige gegevens van de huisartsen en praktijken werkzaam binnen hun regio. Het databestand voor het Departement Zorg bevat gegevens in ruwe/gecleande vorm en geaggregeerde gegevens. Geaggregeerde gegevens zijn samengevoegde gegevens waarbij we

in dit geval middelen (op kring- of praktijkniveau) ten behoeve van de privacy van respondenten. De variabelen in dit databestand omvatten:

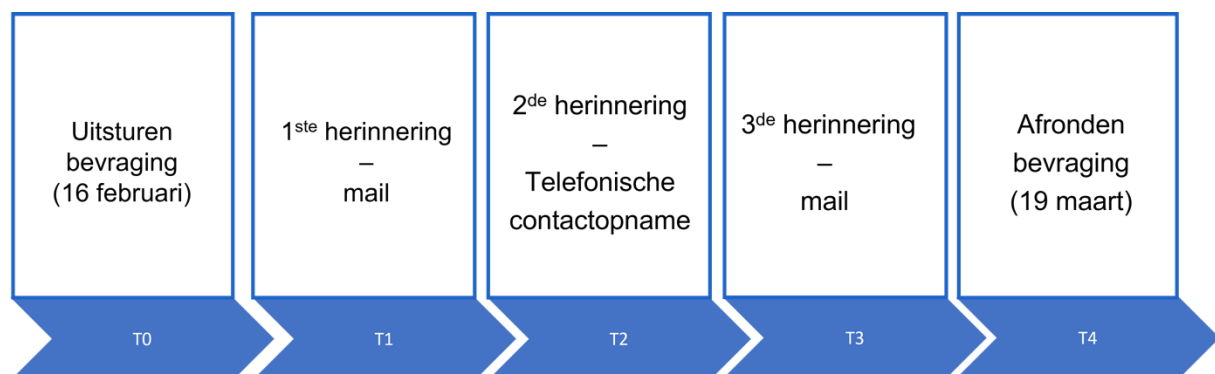
- Op niet-geaggregeerde wijze: geboortejaar
- Op geaggregeerde wijze (op niveau van de praktijk): adres, praktijkvorm, betalingssysteem, patiëntenstop, samenstelling team, aantal huisartsen haio's, consultaties per werkweek, continuïteit van zorg, praktijkgebouw, aantal uren verpleegkundigen en administratief medewerker, aantal uren waarop huisartsen werkzaam zijn binnen de praktijk, toekomstplannen, vacatures, mogelijkheid tot online afspraken, mogelijkheid tot teleconsultaties, mogelijkheid tot bijkomende afspraken, wachttijd bij niet dringende afspraken, permanentie huisartsen voor urgenties,
- Op geaggregeerde wijze (op niveau van de kring): maatregelen om tekort aan capaciteit te ondervangen, redenen waarom geen aanpassingen aan gebouw, aantal medewerkers, taken en opleidingen van verpleegkundige, werkdruk, stopzetten carrière als huisarts.

Vervolgens verwerkt het agentschap de gegevens geaggregeerd op praktijkniveau samen met de indicatoren rond zorgnood tot geografische kaarten.

3.1.2 Rekrutering van respondenten door de kringen

De huisartsenkringen in de drie test-regio's stonden in voor de rekrutering van de huisartspraktijken en de huisartsen volgens een vooropgesteld rekruteringsprotocol (Figuur 1) beschreven in een gedetailleerd draaiboek. Dit draaiboek werd voorafgaand aan de dataverzameling toegelicht aan de drie kringen.

De kringen stuurden midden februari 2023 een eerste e-mail uit naar alle huisartsen werkzaam binnen hun kring (T0) waarin de achtergrond en de doelstelling van het project werd toegelicht, en ze werden uitgenodigd tot deelname aan de bevraging. In de mail werden de linken naar beide vragenlijsten opgenomen. De huisarts werd gevraagd de huisartsvragenlijst in te vullen, en in de praktijk af te spreken wie de vragenlijst voor de praktijk zou invullen. In het geval dit geen huisarts was, en dus de mail niet ontving, kon een van de huisartsen in de praktijk de mail met de link doorsturen. De e-mail omvatte ook een uitgebreide privacyverklaring. Een week later werd een herinneringsmail verstuurd (T1) naar de huisartsen die op dat moment een van beide vragenlijst nog niet invulden. Een week later (T2) werden de artsen die op dat moment de vragenlijsten nog niet invulden, telefonisch gecontacteerd met de vraag tot deelname. Voor deze fase in de rekrutering heeft één kring gebruik gemaakt van een jobstudent, in de andere kringen gebeurde dit door een kringmedewerker of een gepensioneerd huisarts-vrijwilliger. Het telefonisch contact liet ook toe de reden tot eventuele weigering te bevragen. Na opnieuw één week werd een laatste herinneringsmail verstuurd (T3) naar de huisartsen waarvan geen antwoord werd ontvangen. De huisartsen hadden nadien nog één week de tijd om de praktijk- en huisartsenvragenlijst in te vullen (T4).



Figuur 1 – Rekruteringsprotocol

Op wekelijkse basis bezorgde UGent aan de huisartsenkringen een stand van zaken in verband met de deelname aan de bevraging. De huisartsenkring kon op die manier de non-respons inschatten en bijkomende inspanningen leveren om de responsgraad te verhogen. In tabel 3 is de respons weergegeven per rekruteringsstap, alsook de finale responsgraad.

Omdat de responsgraad na de initiële vier weken dataverzameling vrij laag bleek (53.88% voor de praktijkvragenlijst en 59.85% voor de huisartsenvragenlijst) werd beslist de periode van dataverzameling te verlengen met twee weken. In die periode werden huisartsen nog eens herinnerd aan de studie. De manier waarop dit gebeurde was sterk verschillend tussen de kringen. Huisartsenkring Prometheus rekruteerde verder aan de hand van telefonische contactnames. Huisartsenkring Vemehak stuurde nog tweemaal een herinnering via mail naar de niet deelgenomen artsen en zette tijdens twee opeenvolgende weekends de online vragenlijsten ter beschikking op een computer op de wachtpost. Huisartsenkring Zuid West-Vlaanderen stuurde nog eenmalig een herinneringsmail uit en stelde eveneens de vragenlijst ter beschikking in de wachtpost tijdens twee opeenvolgende weekends. Op 3 april 2023 werd de dataverzameling afgerond met een responsgraad van 61.9% voor de praktijkvragenlijst en 66.4% voor de huisartsenvragenlijst. Het invullen van de praktijkvragenlijst duurde gemiddeld 22 min. De huisartsenvragenlijst nam gemiddeld 6 minuten in beslag.

De dataverzameling verliep van 16 februari 2023 tot en met 3 april gedurende een periode van 6 weken.

	Praktijkvragenlijst											
	Genk			Vemehak			Zuid West-Vlaanderen			Totaal		
	%	N per T	N	%	N per (T)	N	%	N per (T)	N	%	N per (T)	N
T1 -Na uitsturen bevraging	15	6	6	5,78	7	7	13,66	25	25	11,05	38	38
T2 - 1ste herinneringsmail	32,5	7	13	17,65	14	21	20,22	12	37	20,64	33	71
T3 - telefonische contactopname	40	3	16	43,80	32	53	43,17	42	79	43,02	77	148
T4 - finale herinnerings mail	55	6	22	50,41	8	61	55,19	22	101	53,49	36	184
Totaal (T5) - afronding dataverzameling	90	14	36	52,90	3	64	61,75	12	113	61,92	29	213
	Huisartsenvragenlijst											
	Genk			Vemehak			Zuid West-Vlaanderen			Totaal		
	%	N per T	N	%	N per (T)	N	%	N per (T)	N	%	N per (T)	N
T1 -Na uitsturen bevraging	22,32	25	25	10,09	22	22	16,90	60	60	15,62	107	107
T2 - 1ste herinneringsmail	48,21	29	54	16,97	15	37	24,23	26	86	25,84	70	177
T3 - telefonische contactopname	51,79	4	58	52,75	78	115	46,20	78	164	49,19	160	337
T4 - finale herinnerings mail	57,14	6	64	64,22	25	140	58,03	42	206	59,85	73	410
Totaal (T5) - afronding dataverzameling	66,07	10	75	68,35	9	149	65,35	26	233	66,42	45	457

Tabel 3 – Responsgraad weergegeven per rekruteringsstap en de totale responsgraad in percenten (%) en in aantallen (N) per kring en in totaal.

Waar mogelijk werd de reden voor niet-deelname bevraagd. De meerderheid van de niet-deelnemende artsen drukten de intentie uit om de vragenlijst in te vullen, maar deed dat uiteindelijk niet zonder een specifieke reden op te geven. Een aantal huisartsen gaven aan dat de vragenlijst te lang was en ze die door tijdsgebrek niet invulden. Een paar huisartsen namen niet deel omwille van persoonlijke omstandigheden zoals ziekte. In uitzonderlijke gevallen werd de reden opgegeven dat ze

de meerwaarde van de oefening niet inzagen voor zichzelf, hun praktijk, of de huisartsgeneeskunde in het algemeen. Hierbij moet gesteld worden dat het peilen naar de redenen voor niet-deelname wellicht geen sluitend beeld geeft over de beweegredenen in het veld. We kunnen niet uitsluiten dat huisartsen die het zeer druk hebben of meer wantrouwig staan ten opzichte van dit soort bevestigingen een grotere neiging hebben om niet te antwoorden. Het kan zijn dat hierdoor vertekening in de data optreedt, omdat een mogelijks selecte groep van huisartsen werd aangesproken tot deelname.

3.2. Gehanteerde methodiek voor weergave data op kaarten

De gegevens verzameld in verband met het regionale zorgaanbod en de regionale zorgnood werden weergegeven op kaarten. De opmaak van deze kaarten werd uitgevoerd door het Agentschap Zorg en Gezondheid en toegevoegd aan de ZorgAtlas. De kaarten die in het kader van deze oefening werden opgemaakt zijn enkel toegankelijk voor geautoriseerde gebruikers die zich via hun e-mailadres kunnen aanmelden. Er werd voor gekozen om op de kaarten enkel een selectie aan indicatoren op te nemen.

De volgende indicatoren voor zorgnood worden weergegeven op het niveau *statistische sector*:

- aandeel alleenstaande oudergezinnen
- aandeel alleenstaande 75-plussers
- aandeel personen met statuut chronische aandoening

De volgende indicatoren worden weergegeven op het niveau *gemeente*:

- lage werkintensiteit
- gemiddeld inkomen

De volgende indicator is zowel weergegeven op het niveau *statistische sector als op het niveau gemeente*:

- bevolkingsdensiteit

De volgende indicatoren rond zorgaanbod worden gevisualiseerd als *puntdata* op de kaarten:

- locatie praktijken (zowel deelnemende als niet-deelnemende praktijken)
- aantal huisartsen werkzaam in de praktijk
- aanwezigheid van haio's in de praktijk
- praktijkvorm
- betalingssysteem
- patiëntenstop

Naast de kaarten is ook een dashboard voorzien. Bij het aanklikken van een praktijk op de kaart worden alle detail-gegevens voor de indicatoren weergegeven in het dashboard.

4. Gedragenheid en aanbevelingen vanuit het werkveld

Om de gedragenheid te meten bij de huisartsenkringen werd in de periode van eind januari en begin april door Domus Medica een korte enquête via Microsoft forms rondgestuurd naar de kringen ([zie annex 4a](#)). Deze enquête werd ingevuld door 35 kringen op een totaal van 67 kringen. Deze bevraging richtte zich voornamelijk op het aanbod, gezien enkel deze indicatoren gemeten werden via een vragenlijst. Hierna werden de resultaten van deze enquête ook besproken met de betrokken kringen in diepte-interviews. Er werden 42 diepte-interviews gehouden in de periode tussen eind januari en begin april. De interviews werden over het algemeen gehouden met een aantal vertegenwoordigers vanuit de kringen (voornamelijk coördinatoren en voorzitters), duurden ongeveer één tot anderhalf uur, en werden afgenomen door projectmedewerkers van Domus Medica. In de interviews werd specifiek gepeild naar de gedragenheid rond het delen van de indicatoren met de overheid en het brede publiek, gedragenheid rond de relevantie van de indicatoren, redenen en percepties rond het project in zijn geheel, huidige acties die de kring al ondernam rond de toegankelijkheid van de huisartsenzorg en verwachtingen naar de toekomst.

Het hele proces was dynamisch van aard. Doorheen de projectduur van pilootfase 2 was de indicatorenset in continue aanpassing en optimalisatie en als gevolg hiervan konden er minieme wijzigingen bestaan in wat werd afgetoetst tussen de kringen die aan het begin van de periode werden bevestigd en diegene die later werden bevestigd. Echter, de dimensies om het aanbod in kaart te brengen bleven ongewijzigd, en de wijzigingen waren vooral aanpassingen in formulering of verduidelijkingen in indicatoren. Het type vragen wijzigde dus niet erg, wat maakt dat de bevraging overheen de ganse projectduur tussen kringen toch een vrij stabiel beeld rond gedragenheid kan geven. Zaken zoals de periodiciteit of reliëf in bevraging werden in eerste interviews niet bevestigd, en specifieke informatie hierrond werd vooral verkregen bij die kringen die in de latere fase van de pilootfase werden gehoord. Hieronder worden de bevindingen en aanbevelingen gesynthetiseerd weergegeven volgens diverse secties, met name met betrekking tot de indicatorenset (sectie 5.1), inzake de methodiek voor bevraging via vragenlijsten (sectie 5.2), en inzake aanbevelingen rond de aanpak van de huidige problematiek rond toegankelijkheid in en vanuit het werkveld (sectie 5.3). Een brede bevraging tijdens een denkdag waarbij niet enkel huisartsenkringen maar ook huisartsen, beleidsmedewerkers, en onderzoekers aanwezig waren, leverde verdere informatie op rond de indicatoren, methodiek alsook de ontwikkelde geografische kaarten en beleidsaanbevelingen (sectie 5.4). Feedback op de kaarten en methodiek voor dataverzameling werd ook verkregen via aftoetsing bij de drie bevestigde pilootregio's.

4.1. Gedragenheid rond de indicatorenset

De gedragenheid rond de indicatorenset werd bevestigd volgens de hierboven beschreven werkwijze. Wat betreft de gedragenheid rond het delen van de indicatoren: de indicatoren die werden aangegeven om niet in ruwe vorm te delen met de overheid waren onder andere: de werkdruk die de huisarts ervaart, de tijdsbesteding van de huisarts, de continuïteit van zorg alsook de vragen waarbij er meer algemene informatie werd gevraagd zoals het e-mailadres of het adres. Minder problemen waren er met delen in geaggregeerde vorm waarbij privacy van de respondenten wordt gevrijwaard. Dit was bijvoorbeeld het geval voor de vragen met betrekking tot het aantal consultaties, patiëntenstop, werkdruk en carrièreperspectief.

De indicatoren die men niet wenst te delen met het brede publiek waren onder andere: de tijdsbesteding van de huisarts, de werkdruk die de huisarts ervaart, het aantal consultaties en de praktijkgrootte.

De gedragenheid omtrent de relevantie van de indicatorenset bij het werkveld kan als volgt worden samengevat: uit de interviews en forms bleek dat de vraag over het praktijkgebouw in een privéwoning

als irrelevant werd beschouwd. Ook de verschillende betalingsmogelijkheden werd als irrelevant beschouwd, gezien de wettelijke verplichting om minstens één elektronische betaalmogelijkheid aan te bieden. Overigens werden de indicatoren aantal consultaties per week, de vraag naar accreditering, de vraag betreffende het remgeld dat gevraagd werd bij patiënten met financiële moeilijkheden en de vraag of men de regeling betalende derde toepaste ook als irrelevant beschouwd om de toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde in kaart te brengen.

Volgende indicatoren werden als hoog relevant aangegeven: patiëntenstop, de vraag of men patiënten van een andere huisarts kon overnemen indien stopzetting of langdurig werkonbekwaam en de vragen over het toekomstperspectief van de huisarts.

4.2. Gedragenheid rond de methodiek van dataverzameling aan de hand van vragenlijsten

Een tweede aspect dat aan bod kwam gedurende de interviews was de gedragenheid rond de methodiek en dataverzameling uit het werkveld. Hieronder worden de redenen besproken die kringen aangaven waarom men wel of niet aan de slag wil gaan met de vragenlijsten.

De voornaamste redenen die werden aangekaart waarom de kringen wel wensen deel te nemen aan de dataverzameling zijn:

- De mogelijkheid om ondersteuning te bieden voor de kringen in het opstellen van (toekomst)gerichte acties voor toegankelijke huisartsgeneeskunde in hun regio.
- Geeft inzicht in de toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde binnen de kringregio.
 - o Inzicht in spreiding van de patiëntenstop is een grote meerwaarde voor kringen en burgers. Dit laat de mogelijkheid om het aanvaarden van patiënten in praktijken beter bespreekbaar te maken in de kringen, en lokaal in de gemeenten met de huisartsen op zoek te gaan naar oplossingen om de toegankelijkheid te verbeteren.
 - o Inzicht in de in- en uitstroom en de loopbaan van het huisartsenberoep.
- Subjectieve ervaringen rond tekorten worden geobjectiveerd.
 - o Inzicht krijgen in de effectieve en actuele artsenspreiding in Vlaanderen.
 - o Inzichten die kunnen bijdragen tot gerichte beleidsmatige oplossingen op lokaal niveau.
- Opportuniteit om huisartsenzorg positief te erkennen in maatschappelijke context.
 - o Draagt bij aan een positief beeld.
 - o Belang van omkadering van de huisarts wordt meegenomen.
 - o Geeft erkenning voor de maatschappelijke rol van huisartsen.

Redenen waarom men niet aan de slag wenst te gaan met de vragenlijst:

- Organisatie van de dataverzameling wordt als onhaalbaar ervaren. De lengte van de vragenlijst en de uitgebreide set vragen zorgen voor bijkomende werklust op de huisartsen. De kringen verwachten dat de artsen geen tijd zullen nemen om de vragenlijst in te vullen. Wantrouwen naar daadkracht en integriteit van de overheid.
 - o Men vreest voor misinterpretatie van de verzamelde data en foutieve conclusies. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat een praktijk minder patiëntencontact heeft in vergelijking met het gemiddeld aantal contacten in soortgelijke praktijken, maar is dit verklaarbaar door het type consulten en de zorglast op het niveau van die specifieke praktijk.
 - o Daaruit volgend is er de vrees dat dergelijke parameters onvoldoende in rekening zullen worden gebracht, en dat men zal verplicht worden om eenzelfde, meer 'harde' output te realiseren in vergelijking met andere praktijken (bv., eenzelfde aantal patiëntenconsults realiseren in dezelfde tijdsbesteding). Men vreest er hierbij dus voor dat de overheid de data zal gebruiken als controlemiddel bijvoorbeeld met betrekking tot de gepresteerde uren.

- Een zeker wantrouwen is merkbaar waarbij kringen vraagtekens plaatsen bij de mogelijkheid om duidelijke acties te stellen op het niveau van beleid op basis van verzamelde data

Tot slot werden nog volgende algemene bevindingen gesynthetiseerd vanuit de interviews:

- Er is een gebrek aan kennis over de werking van dit project/de vragenlijst.
 - Onduidelijkheid over het gebruik van de data en voor wie dit zichtbaar is. De kringen denken foutief dat de data zichtbaar zal zijn voor collega-huisartsen en patiënten. Kadering omtrent het gebruik van geaggregeerde data op niveau van de kring neemt de bezorgdheid weg.
- Er zijn bezwaren en twijfels bij de methodiek wat betreft de dataverzameling aan de hand van de vragenlijst.
 - De administratieve last is een grote bezorgdheid. Het 'only-once' principe moet altijd in gedachten worden gehouden en geen informatie verzamelen die reeds beschikbaar is.
 - Men stelt in vraag hoe de voorgestelde methodiek het huisartsentekort zal verhelpen.
 - De kringen stellen zich de vraag of een jaarlijkse momentopname toelaat om het dynamisch huisartsenlandschap te capteren.
 - Rol van de burger als zorgconsument wordt te weinig meegenomen.
- Er kan geobserveerd worden dat de kringen zich onvoldoende erkend voelen door de overheid door het gebrek aan financiering om hun lokale rol naar behoren te kunnen vervullen. Ook de artsen gaven aan hun positie in het zorglandschap als onvoldoende ondersteund te ervaren naar andere disciplines toe. Kringen spraken de wens uit om financiering te krijgen voor inzet in lokale overlegorganen voor meer te werken op geïntegreerde zorg.

4.3. Aanbevelingen rond de aanpak van de huidige problematiek rond de toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde

Aan huisartsenkringen werd ook input gevraagd rond initiatieven die momenteel al doorgevoerd worden op lokaal niveau om de problematiek rond toegankelijkheid het hoofd te bieden. Uit de bevindingen komt duidelijk naar voren dat de huisartsenkringen op dit ogenblik al met heel wat zaken bezig zijn om de huisartsen te ondersteunen. Zaken die naar voor zijn gekomen tijdens de interviews zijn onder meer:

- Toeleiding van jonge huisartsen naar de kring.
 - Door jonge huisartsen te begeleiden.
 - Door jonge huisartsen enthousiast te maken om zich in te zetten voor de kring.
 - Door speeddates te organiseren voor HAIO's.
 - Door een bevraging rond te sturen om na te gaan wie er reeds praktijkopleider is, wie zich er eventueel kandidaat voor wil stellen.
- Het in kaart brengen van patiëntenstops.
 - Ook door dit te communiceren naar patiënten bijvoorbeeld ik zoek een huisarts.be.
- Platform voor lokale afspraken vanuit collegialiteit.
 - Informele afspraken maken in de regio omtrent verlof en dergelijke.
 - Afspraken maken rond vervangingen.
- Preventie/monitoring van burn-out
 - Een bevraging rond burn-out preventie rondsturen.
- In dialoog gaan met gemeentebesturen
 - Over bijvoorbeeld bouwvoorwaarden.
- Inzetten voor de continuïteit van zorg in de regio
 - Door werkgroepen op te zetten rond bijvoorbeeld continuïteit van zorg of in/uitstroom.
 - Door bevragingen rond te sturen over de continuïteit van zorg of de loopbaan.
 - Door te communiceren naar patiënten

- Door het uitwerken van stratenplannen.
- Initiatieven rond wachtdiensten
- Informele kringactiviteiten organiseren
- Individuele begeleiding van artsen met praktische uitdagingen voorzien.
 - Bij bijvoorbeeld de opbouw van de praktijk.
 - Bij einde loopbaan.
 - Ondersteuning brede eerstelijnspraktijken.
- Good practices delen (bijvoorbeeld via Praktijkvoorbeelden Domus Medica, n.d.)
- Huisartsen en burgers begeleiden naar relevante informatie.
 - Communicatie tools delen.
 - Opleidingen volgen van onder meer Domus Medica

4.4. Aftoetsen van bevraging en methodiek bij een bredere doelgroep uit het werkveld

De voorgestelde methodiek werd bij de drie pilootkringen en tijdens de studiedag rond toegankelijke huisartsgeneeskunde, georganiseerd door Domus Medica, uitvoerig besproken. Er kwamen diverse suggesties naar voren die betrekking hadden op de verzamelde data en methodiek, de visualisatie via interactieve kaarten, en de rollen/betrokkenheid van ieder (inclusief overheid, kringen, praktijken, en artsen):

- Nood aan vermelding van ook andere zorgaanbieders en dienstverlening op de kaarten, waaronder het domein van welzijn (psychologen). Meer afstemming met ELZ laat toe om buurtgerichte initiatieven op te zetten.
- Het belang om de zorgzwaarte ook voldoende gedetailleerd in beeld te brengen. Zo werd door een arts in het publiek aangegeven dat consultaties met patiënten uit kwetsbare gezinnen veel meer en intensievere begeleiding vragen. Ook werd door deelnemers verwezen naar de extra inspanning die de zorg voor patiënten met een migratieachtergrond kan betekenen.
- De methodiek is gericht op kwantitatieve data. Kwalitatieve data kunnen een toegevoegde waarde zijn in deze oefening.
- Inzicht in spreiding patiëntenstoppen laat mogelijkheid om stratenplannen op te zetten om crisissituaties te voorkomen.
- Aandacht voor het dynamische karakter van het huisartsenlandschap.
- Het gebruik van de kaarten moet toelaten om op basis hiervan actieplannen op te stellen, zowel lokaal als op beleidsniveau.
- Terugkoppeling naar het werkveld is noodzakelijk voor correcte interpretatie van de geografische kaarten. Lokale kennis is vereist om met de kaarten te kunnen werken.
- Gegevens afstemmen met New Deal (takenpakket)
- Belang om trends te observeren en voorspellingen naar de toekomst te doen. Overheid kan de kaarten ook gebruiken als middel om verdeling van het huisartsaanbod te sturen, waarbij het nuttig is om praktijkopleiders en haio's mee te nemen in het spreidingsverhaal. Betrekking van het ICHO in deze oefening kan bijdragen aan een goede spreiding van het huisartsenaanbod.
- Duidelijke communicatie over doelstelling en gebruik van de methodiek is noodzakelijk. Dit onder meer om de huisartsen te motiveren om deel te nemen aan de bevraging en volledige en correcte informatie aan te leveren. De rol van de kringen in deze oefening is van groot belang.
- Het gebruik van LOK groepen is een boeiende piste om kadering omtrent de dataverzameling te bieden.
- Overheid heeft belangrijke rol om met de verzamelde data en kaarten aan de slag te gaan, maar moet deze rol opnemen in samenwerking met de tussenliggende partners.

Verder werden na aftoetsing van de geografische kaarten met de pilootkringen waarbij ook medewerkers van het beleidsniveau van Domus Medica aanwezig volgende aanbevelingen verzameld:

- Er moet aandacht besteed worden aan het motiveren van huisartsen en praktijken om de bevraging in te vullen. De responsgraad gaat omhoog met een meer intensiever motiveringsbeleid. De kringen zijn een belangrijke schakel in deze oefening.
- Het betrekken van de kringen in het opstellen van beleidsplannen is aangewezen. Zij hebben lokale kennis die noodzakelijk is voor inhoudelijke interpretatie van geografische kaarten. Bijkomend dient er ingezet te worden op ondersteuning bij interpretatie van de kaarten bij de kringen, en het omzetten van data naar acties op lokaal niveau. Suggesties zijn: populatiemanager, databeheerder binnen de huisartsenkringen, gerichte trainingen in werken met de kaarten.
- Er dient goed nagedacht te worden rond hoe de kringen aan de slag kunnen met deze data, en welke de meerwaarde is van deze data voor de lokale niveaus. Suggestie is het maken van user cases, welke bij de uitrol van deze methodiek over heel Vlaanderen zeker een belangrijke parallelle noodzaak vormt. Er zal immers meer gedragenheid zijn als in toenemende mate zichtbaar is of en hoe deze data zelf kunnen worden aangewend binnen de werking, zowel op het niveau van de kring, als op het niveau van de praktijk.
- Een aantal indicatoren geven meteen een beeld over bepaalde regio's zoals praktijkvorm, aantal artsen, artsen per praktijk, plaatsing HAIO's. Indicatoren die o.m. ook relevant zijn om op kaart te brengen zijn praktijkondersteuning, multidisciplinariteit, aanwezigheid van verpleegkundigen.
- De kringen geven aan dat ze meer willen inzetten in het bieden van ondersteuning in praktijkorganisatie van huisartspraktijken, in overleg plegen met lokale besturen en kringen en het aannemen van praktijkverpleegkundige(n) voor meer taakdelegatie. Dit vraagt om bijkomende structurele financiering van de kringwerking. De financiële haalbaarheid en het voortbestaan is een bezorgdheid binnen de kringen.

5. Toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde in drie pilootregio's: resultaten en aanbevelingen

5.1. Het aanbod van zorg in de drie pilootregio's

De dataverzameling in de drie pilootregio's op basis van de indicatorenset 3.0 leverde belangrijke inzichten op met betrekking tot het aanbod van huisartsgeneeskunde in de drie regio's. De beschrijvende resultaten per pilootregio's en voor de drie regio's samen zijn weergegeven in [Annex 5](#) (wat betreft de indicatoren uit de praktijkvragenlijst) en [Annex 6](#) (wat betreft de indicatoren uit de huisartsenvragenlijst).

Gezien de beperkte looptijd van deze studie en het feit dat de primaire doelstelling het ontwikkelen van een indicatorenset en bijhorende methode voor dataverzameling is, is het niet mogelijk om de beschikbare data in detail inhoudelijk te analyseren. We hebben ons daarom beperkt tot 3 actuele thema's: de beperkingen die worden gehanteerd wanneer nieuwe patiënten zich aanmelden (patiëntenstop), het mentaal welbevinden van huisartsen, en de multidisciplinaire werking in praktijken.

In onderstaande tabel 4, is procentueel en in absolute aantallen weergegeven hoeveel huisartsen en praktijken hebben deelgenomen aan de twee vragenlijsten over de kringen heen en in totaal.

	Praktijkvragenlijst		Huisartsenvragenlijst	
	N	%	N	%
Genk	36	90	75	66
Vemehak	64	52.9	149	68.4
Zuid West-Vlaanderen	113	55.2	232	65.3
Turnhout	54	78	149	91
Ijzerstreek & Westkust	40	76	73	87
Totaal	307	66.0	678	72.67

Tabel 4 – Aantal deelnemers (N) en responsgraad (%) per huisartsenkring die deelgenomen heeft in pilootfase 1 en 2.

5.1.1. Aanmelding van nieuwe patiënten (patiëntenstop)

In 40.5% van de praktijken kan een nieuwe patiënt zich zonder beperkingen aanmelden in de praktijk. In 45.2% van de praktijken hanteert men beperkingen bij de aanmelding van nieuwe patiënten: enkel in specifieke situaties kan een nieuwe patiënt zich aanmelden. In 14.3% van de praktijken kan een nieuwe patiënt zich nooit aanmelden.

De mate waarin praktijken nieuwe patiënten aanvaarden verschilt sterk tussen de verschillende regio's: in huisartsenkring Zuid West-Vlaanderen aanvaardt de helft van de praktijken nieuwe patiënten zonder voorwaarden, in de regio van Vemehak 33% van de praktijken, en in de regio van huisartsenkring Prometheus 15.8%.

Wanneer beperkingen worden gesteld bij de aanmelding van nieuwe patiënten, hebben die in belangrijke mate te maken met waar de patiënt woont of verblijft. Wanneer de patiënt in het geografisch afgebakend werkingsgebied van de praktijk woont kan hij/zij in 31.6% van de praktijken met aanmeldingsbeperkingen toch aanmelden. Indien hij/zij er tijdelijk verblijft kan dit in 46.9% van de praktijken met een beperking, en wanneer hij/zij verhuist naar het werkingsgebied van de praktijk kan dit in 59.2% van de praktijken. In een situatie van een geboorte of uitbreiding binnen het gezin van een reeds gekende patiënt kan de nieuwe patiënt zich in 89.8% van de praktijken met een aanmeldingsbeperking toch aanmelden. Sommige praktijken hanteren ook voorwaarden die te maken hebben met doorverwijzing van andere voorzieningen of collega's: een doorverwijzing naar de praktijk door een sociale voorziening (in 34.7% is aanmelding mogelijk), de huisarts van de patiënt is recent gestopt en er werden afspraken met de collega gemaakt rond de overname van de patiënt (in 48% is aanmelding mogelijk), de huisarts van de patiënt is recent gestopt maar er werden geen afspraken rond de overname gemaakt (in 34.7% is aanmelding mogelijk), de huisarts van de patiënt is langdurig

werkonbekwaam (in 53.1% is aanmelding mogelijk). In 23.5 % van de praktijken die voorwaarden voor nieuwe aanmeldingen hanteren kan een patiënt die reeds een huisarts heeft maar van huisarts wenst te veranderen zich toch aanmelden.

In 40.1% van de praktijken wordt geen geografische afbakening van het werkingsgebied gehanteerd. Van de praktijken die wel een geografisch werkingsgebied hanteren doet 25.3% dat aan de hand van gemeentegrenzen, 4.1% aan de hand van wijkgrenzen, 2.8% aan de hand van een stratenplan zonder de indeling van een wijk te volgen, 24% aan de hand van een bepaalde afstand tot de praktijk (vb. binnen een straal van 10 km van de praktijk wonen) en 3.7% van de praktijken geeft aan een andere manier te hanteren voor het afbakenen waaronder: afhankelijk van de reistijd, combinatie van de eigen gemeente en aangrenzende gemeente aan de hand van een stratenplan zonder de indeling van wijkgrenzen te volgen, enkel voor huisbezoeken wordt er een geografisch werkingsgebied gehanteerd en patiënten die reeds een lange tijd zijn aangesloten maar verhuis zijn buiten het werkingsgebied.

Er wordt geen significant verband gevonden tussen het hanteren van beperkingen voor het aanmelden van nieuwe patiënten en de praktijkvorm (solo/duo/groep). Ook wordt geen significant verband gevonden met de beschikbaarheid van administratieve ondersteuning (ja/nee), de beschikbaarheid van een verpleegkundige (ja/nee) in de praktijk, of een multidisciplinaire werking (mono vs. multidisciplinariteit).

5.1.2. Mentaal welbevinden bij huisartsen

Signalen uit het werkveld geven aan dat het mentaal welbevinden van huisartsen onder druk staat. Uit de vragenlijst blijkt dat 10.8% nooit uitputting ervaart, 32.5% van de bevroegden zelden, 52.5% soms uitputting ervaart, 14.3% vaak en 0.9% altijd uitputting ervaart. Uitputting wordt gemeten op een schaal van 1 tot 5 waarbij een hogere score correspondeert met een hogere mate van uitputting. Er is een significante correlatie tussen de leeftijd van de arts en in welke mate die klachten rond uitputting ervaart. Hoe ouder de arts, hoe minder klachten deze rapporteert.

Wat job tevredenheid betreft geeft 9.6% van de bevroegden aan niet of helemaal niet tevreden te zijn met de eigen job, 10% rapporteert hier neutraal tegenover te staan, en 80.3% geeft aan eerder tevreden of helemaal tevreden te zijn. De huisartsen in deze studie rapporteren een hoge job betrokkenheid: 6.1% staat neutraal tegenover de stelling 'ik ben heel erg betrokken in mijn huidige job', 93.4% geeft aan eerder tot helemaal akkoord te zijn.

Wat betreft het carrièreperspectief van de huisarts geeft 4.6% van de artsen aan zijn/haar activiteiten binnen 1 jaar of minder stop te willen zetten, 9.9% van de artsen overweegt om dit te doen binnen een termijn van 5 jaar, en 78.3% van de artsen geeft aan dit niet te willen doen. Daarentegen geeft 12,2% van de artsen aan zijn/haar activiteiten te willen afbouwen binnen een termijn van 5 jaar en 5.8% overweegt dit binnen 1 jaar of minder. Een kleine groep (15%) van de artsen geeft aan de activiteiten te willen uitbouwen.

Verder zien we een significant verschil in de mate waarin de artsen klachten hebben rond uitputting en of ze in een solo, duo of groepspraktijk werken. Meer specifiek rapporten artsen in een solopraktijk significant minder klachten rond uitputting (2.21) dan artsen die werkzaam zijn in een duo- (2.35) of groepspraktijk (2.26). Tussen een groepspraktijk en een duopraktijk is er geen significant verschil in de mate van uitputting. Echter gaat het om kleine verschillen.

Er blijkt wel een significante samenhang te zijn tussen het aanvaarden van nieuwe patiënten en de mate van uitputting van de huisarts: in praktijken die geen nieuwe patiënten meer aanvaarden, geven de artsen significant meer aan uitgeput te zijn (2.21, SD 0.67) dan in praktijken die wel nog nieuwe patiënten aanvaarden (2.43, SD 0.72).

5.1.3. Groepspraktijken en multidisciplinaire praktijken

In de drie pilootregio's werkt 67.3% van de praktijken monodisciplinair en 32.7% multidisciplinair. Een praktijk wordt gedefinieerd als multidisciplinair indien er ten minste één medewerker een ander zorgberoep dan huisarts of haio uitoefent. Er is een significant verschil in de mate van multidisciplinair

werken tussen de drie pilootregio's waarbij dit meer voorkomt in de regio Prometheus (47.4%) en de regio Meetjesland (40%) in vergelijking met de regio Zuid West-Vlaanderen waar er 23.7% van de praktijken multidisciplinair werkt. Wat betreft mono- en multidisciplinariteit is er ook een samenhang met de praktijkvorm. In solopraktijken werken tot 15% multidisciplinair en in duopraktijken tot 26%. Dit staat in contrast met de groepspraktijken waar tot wel 55% een multidisciplinaire werking hanteert. In totaal, overheen de drie regio's zijn er voornamelijk solopraktijken (42.3%) en groepspraktijken (39.9%). De duopraktijken vormen een kleinere groep met 17.8%. Deze proporties lopen gelijk over de drie regio's.

Van alle multidisciplinaire praktijken zijn er in 62% van de praktijken buiten de huisarts precies één andere zorgdiscipline tewerk gesteld en dus in 38% van de multidisciplinaire praktijken twee of meer verschillende zorgberoepen tewerkgesteld. Van de multidisciplinaire praktijken is er in 22% van de gevallen een verpleegkundige tewerkgesteld. Tussen de kringen onderling zijn er in Zuid West-Vlaanderen in 13.2% van de praktijken een verpleegkundige, in Meetjesland in 27.7% en in Genk in 39.5% van de praktijken. Wanneer praktijken verpleegkundigen tewerkstellen varieert hun inzet tussen 2 u per week tot 38 u per week, met een gemiddelde van 17.3 u per week.

Verpleegkundigen in de huisartspraktijk voeren een brede range van taken uit: 85.4% voert verpleegtechnische handelingen uit, 47.9% is betrokken bij geïntegreerde zorg, 42.8% doet administratieve dossieropvolging, 50% participeert in teamoverleg, 62.5% doet eenvoudige administratie, 22.9% wordt ingezet in thuisverpleging. Van de verpleegkundigen die tewerkgesteld zijn in huisartspraktijken heeft 16.7% heeft een aanvullend postgraduaat 'verpleegkundige in de huisartsenpraktijk' gevolgd.

In iets meer dan de helft van de praktijken (51.2%) is een administratief medewerker actief. In 90% van de praktijken staan die in voor onthaal, in 98.2% voor telefonie, in 97.3% voor afsprakenbeheer, in 89.2% voor logistiek en stockbeheer, in 85.6% voor algemene administratie en in 70% voor de administratie van patiëntendossiers. Gemiddeld wordt 41 u per week (SD 30.4) gebruik gemaakt van administratieve ondersteuning, met een minimum van 6 u en een maximum van 173 u per week. Een totaal van 25,5% van de praktijken doet beroep op een telesecretariaat. In 72.8% van de praktijken die geen administratief medewerker hebben neemt de huisarts deze taken zelf op, in 10.7% gebeurt dit door een onbezoldigde medewerker (vb. de echtgenoot/-ote) en in 16,5% werd 'anderen' aangeduid. Verder is er een verband tussen multidisciplinariteit en de aanwezigheid van een haio in de praktijk. In multidisciplinaire praktijken zijn er meer haio's tewerkgesteld (45.1%) dan in monodisciplinaire praktijken (18.5%).

Gemiddeld werken de artsen 49 uur per week waarbij de antwoorden varieerden tussen 8 uur per week en 100 uur per week. Van deze werkuren wordt er gemiddeld 40,5 uur gespendeerd aan direct patiëntencontact. Wanneer we bekijken of er een verschil is tussen het aantal uren dat artsen presteren per week en multidisciplinariteit zien we een significant verschil. Artsen werkzaam in een monodisciplinaire praktijk presteren significant meer werkuren met een gemiddelde van 50.6 uur per week (SD 13.13) tegenover artsen werkzaam in een multidisciplinaire praktijk met gemiddeld 46.19 uur (SD 12.51). Wanneer er bijkomend wordt gecorrigeerd voor leeftijd blijft het verband significant. Dezelfde trend is zichtbaar bij de werkuren gespendeerd aan direct patiëntencontact. Artsen in monodisciplinaire praktijken spenderen gemiddeld 42 uur (SD 12.02) aan direct patiëntencontact in vergelijking met multidisciplinaire praktijken waarbij de artsen respectievelijk 37 uur (SD 10.81) spenderen aan direct patiëntencontact. Dezelfde trends zijn zichtbaar voor de verschillende praktijkvormen waar artsen in solopraktijken meer uren per week werken, meer uren direct patiëntencontact en meer consultaties per week op individuele basis dan in duopraktijken en groepspraktijken. Een belangrijke bevinding is dat er geen significant verband wordt geobserveerd tussen het aantal consultaties dat de arts gemiddeld presteert op weekbasis en een multidisciplinaire werking. Dit is een belangrijke observatie aangezien het hoge aantal gepresteerde uren in monodisciplinaire praktijken niet noodzakelijk ook zorgt voor meer consultaties op weekbasis.

Er is sprake van een significante correlatie tussen de leeftijd van de arts en de werkuren die de arts presteert: hoe ouder de arts, hoe meer werkuren op weekbasis dat er gepresteerd worden waarbij de Pearson correlation coefficient 0.275 bedraagt met een betrouwbaarheidsinterval van 0.184 tot 0.362. Wat betreft de werking van de praktijk zijn artsen in monodisciplinaire praktijken significant ouder (46 jaar) dan artsen werkzaam in multidisciplinaire praktijken (41 jaar). Dit zou een mogelijke verklaring kunnen zijn waarom er in monodisciplinaire praktijken meer werkuren worden gepresteerd op weekbasis.

Er blijkt geen significant verband te zijn in welke mate de mono- vs. multidisciplinaire praktijken de continuïteit van zorg bewaren. Bijkomend onderzoeken we hoe de continuïteit van zorg bewaard wordt in de verschillende praktijkvormen. Wanneer de arts één dag afwezig is in solopraktijken, kan de continuïteit niet gewaarborgd blijven en wordt er in 57.8% van de gevallen doorverwezen. In duopraktijken wordt er in 5.6% van de gevallen doorverwezen en in groepspraktijken wordt er niet doorverwezen bij een dag afwezigheid. Dezelfde trend wordt waargenomen voor een ongeplande afwezigheid van een week: in solopraktijken wordt er in 60% van de gevallen doorverwezen, in duopraktijken in 11% van de gevallen. In groepspraktijken kan men nog steeds de continuïteit waarborgen en wordt er niet doorverwezen, 60% blijft zowel dringende als niet dringende medische zorg garanderen en 40% enkel voor dringende medische zorg.

5.2. Aanbevelingen rond dataverzameling omtrent zorgnood en -aanbod rond beleid op basis van de bevraging.

Hieronder schetsen we enkele synthetiserende bevindingen uit deze resultaten van pilootfase 2 en wanneer mogelijk koppelen we ook terug naar pilootfase 1 (zie Merckx et al. 2022, voor een gedetailleerd overzicht van de resultaten).

Op basis van de inhoudelijke analyse worden hieronder enkele eerste aanbevelingen geformuleerd. We kozen ervoor te focussen op drie thema's: praktijkvorm, patiëntenstop en huisartsenkorps. We benadrukken dat deze besluiten en aanbevelingen tentatief zijn en gebaseerd op de data zoals ze in deze studie in een beperkt aantal regio's werden verzameld. Ze zijn vooral bedoeld om de lezer een indruk te geven van het type resultaten en aanbevelingen die op basis van deze bevraging kunnen worden geformuleerd. **Om algemene aanbevelingen te formuleren voor de aanpak van de problemen in de toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde is het noodzakelijk dat data beschikbaar zijn voor alle regio's in Vlaanderen. Ook is een meer gedetailleerde analyse van de data hiervoor noodzakelijk.**

Thema 1: praktijkvorm

Resultaat

- Er zijn grote regionale verschillen in de meest voorkomende praktijkvorm.
- Het aantal multidisciplinaire praktijken is nog beperkt maar ook hier zijn grote regionale verschillen vast te stellen.
- Artsen in solo-praktijken presteren meer uren per week dan artsen in andere praktijkvormen. Ze hebben ook meer uren direct patiëntencontact en ook meer consultaties per week.
- In groepspraktijken stellen we een betere zorgcontinuïteit vast, en een beter gegarandeerd opleidingskader (HAIO)
- We stellen geen verschil vast in de rapportering van uitputting bij artsen naargelang praktijkvorm

Aanbeveling:

- Investeer in de juiste omkadering voor elke specifieke praktijkvorm. Voor solo-artsen kan dit betekenen om in netwerkvorming en praktijkondersteuning te voorzien. Voor artsen in

groepspraktijken kan meer worden ingezet op maatregelen om multidisciplinariteit in de praktijk te verhogen. Er bestaan modellen rond netwerkvorming die als voorbeeld kunnen dienen, zoals het model 'eerstelijnsnetwerken' zoals uitgewerkt door eerstelijnszone Gent (Eerstelijnsnetwerken, n.d.).

- Stem de inzet van nieuw opgeleide artsen af met de regionale noden en investeer in het incentiviseren tot vestiging in regio's met een ouder artsenbestand. Dit gebeurt best via een spreiding van de HAIO-opleidingsplaatsen die rekening houdt met het actuele aanbod in een bepaalde regio.

Thema 2: patiëntenstop

Resultaten:

- Een aanzienlijk aantal praktijken aanvaardt geen nieuwe, voorheen niet-gekende patiënten meer. De proportie praktijken met een patiëntenstop is wel sterk regionaal verschillend, en ook binnen regio's zijn grote verschillen (vb. hoge mate van patiëntenstop in de strook langsheen de Franse grens). en aanwezigheid van regionale verschillen.
- We stellen geen verband vast tussen patiëntenstop en praktijkvorm, taakverdeling binnen de praktijk, of praktijkorganisatie. Er is wel een verband met de gerapporteerde uitputting door de arts

Aanbevelingen:

- Monitor de mate waarin nieuwe patiënten zich kunnen aanmelden bij praktijken en doe dit met voldoende geografisch detail.
- Betrek de artsen uit de regio (of de kring) bij de interpretatie van de resultaten en stem maatregelen regionaal af.
- Hanteer verhoogde waakzaamheid in regio's waar veel momenteel veel solo-artsen gevestigd zijn, en anticipeer op toekomstige problemen in toegankelijkheid in die regio's.
- Hanteer verhoogde waakzaamheid in regio's die zich bevinden nabij de landsgrenzen, binnen en rond steden, en andere potentiële risicogebieden.
- Patiëntenstop is een bijzonder belangrijke indicator om in kaart te brengen. Tegelijk is deze moeilijk te bevragen omdat bepaalde beperkingen in de aanvaarding van nieuwe patiënten kan beschouwd worden als een good practice, eerder dan een probleem (vb. het hanteren van een geografisch werkingsgebied).

Thema 3: huisartsenkorps

Resultaten:

- Artsen presteren veel uren per week (gemiddeld 49 uur), waarvan een groot deel aan direct patiëntencontact (45 uur). Oudere artsen zijn aanzienlijk meer uren actief in de praktijk in vergelijking met jongere artsen.
- We stellen vast dat een aanzienlijk percentage +70-jarige artsen nog steeds actief is. Zij werken veelal in solo-praktijken. De jongere artsen vestigen zich voornamelijk in groepspraktijken.
- Meer dan de helft (52,5%) van de bevraagde huisartsen voelt zich soms uitgeput. 15,2% van de bevraagden rapporteert zich erg vaak tot altijd uitgeput te voelen. 1/10 stelt zich vragen rond de jobinvulling. Job betrokkenheid is bij de grote meerderheid van de bevraagden hoog tot zeer hoog (93,4%).
- Een minderheid van de artsen denkt aan stoppen in nabije toekomst. Maar er zijn ook weinig bevraagden die denken aan uitbreiden.

Aanbevelingen:

- Investeer in welzijn van artsen. Het is belangrijk om initiatieven te ontwikkelen die gericht zijn op het verbeteren van de mentale gezondheid m.b.t. het voorkomen van uitputting en burn-out.
- Het is belangrijk te achterhalen wat de redenen zijn achter de jobontevredenheid die door een aantal artsen wordt gerapporteerd en het nemen van maatregelen om jobtevredenheid te verbeteren, bijvoorbeeld door het bieden van ondersteuning, mogelijkheden voor

professionele groei en een betere balans tussen werk en privé. Ondersteun praktijken en artsen door het verminderen van administratieve last enerzijds, en het uitbouwen van ondersteunende tools (vb. ICT, IT-systemen, ...).

- Neem maatregelen om job betrokkenheid hoog te houden en te versterken. Geef artsen ruimte voor autonomie, erkenning en waardering voor werk en anders werken, en mogelijkheden voor professionele ontwikkeling. In dit kader dient diversiteit in joborganisatie ook ondersteund te worden, en dienen maatregelen die joborganisatie ondersteunen afgestemd te worden op de keuzes van de huisarts/praktijk (bv via netwerken, taakdelegatie etc.)
- Exploreer obstakels en mogelijkheden tot uitbreiding van de praktijk. Moedig openheid en mogelijkheden aan voor loopbaanontwikkeling en diversificatie van taken.
- Investeer in aangepaste infrastructuur voor huisartspraktijken die multidisciplinair werken ondersteunt.
- Onderzoek in welke mate praktijken gestimuleerd kunnen worden om maximaal laagdrempelige en toegankelijke zorg aan te bieden, dichtbij waar patiënten met de grootste zorgnood wonen.

6. Validering door experts

In de periode van 5 mei tot 11 mei 2023 werd een groep experts (zie tabel 5) geconsulteerd met als doel (1) het aftoetsen van de voorgestelde indicatorenset naar relevantie en volledigheid om de toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde in kaart te brengen, (2) het verzamelen van feedback omtrent de gehanteerde methodiek; en (3) het ondersteunen in formuleren van eerste beleidsaanbevelingen op basis van de bevraging in drie pilootregio's. Op basis van de ontvangen input werden suggesties ter optimalisatie van de indicatorenset voorgesteld (zie sectie 6.1, voor voorgestelde suggesties en argumentaties). Bijkomend werd een voorstel ontwikkeld over de methodiek van bevraging waarmee elke indicator dient te worden verzameld (jaarlijks of 3-jaarlijks) (zie sectie 6.2). Als laatste werd een lijst aan aanbevelingen verzameld op basis van de inhoudelijke analyse van de bevraging (zie sectie 6.3).

Expert	Omschrijving functie en achtergrondinformatie
Stefan Teughels, ter vervanging van Dr. Roel Van Giel	Medisch directeur Domus Medica
Prof. Em. Dr. Erik Schokkaert	Professor emeritus Gezondheidseconomie, Departement Economie, KU Leuven
Dr. Hilde Phillips	Professor Huisartsgeneeskunde en bevolkingsgezondheid. UAntwerpen. Expertise in triage systemen in de acute zorg en eerstelijnszorg.
Prof. Dr. Jan De Maeseneer	Lid Federale Planningscommissie Medisch Aanbod Professor Emeritus Huisartsgeneeskunde, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, UGent
Prof. Dr. Geert Molenberghs	Professor Biostatistiek, UHasselt en KU Leuven
Mevr. Margot Cloet	Gedelegeerd bestuurder Zorgnet-Icuro
Dr. Birgit Gielen	Directeur InterMutualistisch agentschap

Tabel 5 – Lijst bevroegde experts met aanduiding van functie en affiliatie

6.1. Visie experts omtrent indicatoren

Suggestie 1: includeer ook indicatoren die een beeld geven rond de zorglast op het niveau van praktijken

Wat het meten van de zorgnood betreft benadrukken de experts het belang om indicatoren te includeren die de kwetsbaarheid van de populatie en dus de zorgnood op het meso- en macro niveau weergeven, maar ook indicatoren die de zorg op het microniveau (zijnde de huisartspraktijk) in kaart brengen. Concreet verwijst men hierbij naar indicatoren zoals de proportie van de bevolking die anderstalig is, de etnische compositie van de populatie, en het epidemiologisch ziekteprofiel van de populatie. Studies tonen aan dat de werkdruk hoger ligt in praktijken met een groter aantal patiënten met een migratieachtergrond vanwege andere manieren van communiceren en een hogere frequentie van patiëntconsultaties (Meeuwesen et al., 2006). Daarom wordt voorgesteld om 'nationaliteit' of 'herkomst' bijkomend op te nemen als indicator voor zorgnood. De indicator 'proportie inwoners met een niet-Europese (niet EU) herkomst t.o.v. totaal inwoners' wordt hierbij naar voor geschoven omdat deze ook beschikbaar is op het niveau van statistische sectoren.

Epidemiologische tendensen inzake vergrijzing en comorbiditeit, maar ook de prevalentie van aandoeningen die een grote belasting betekenen voor de huisartsgeneeskunde zoals dementie en psychische aandoeningen, zouden vertaald kunnen worden in indicatoren. Een grondige exploratie van welke indicatoren hieromtrent best meegenomen worden, vanuit welke databank(en) en hoe, dient meegenomen te worden in een eventuele uitbouw van de indicatorenset. De ontwikkeling van een Belgian Integrated Health Record en de daaruit afgeleide systematische evaluatie van de zorgbelasting b.v. via het systeem van 'Adjusted Care Groups' is hierbinnen een interessante piste die verder dient te worden geëxploreerd.

Suggestie 2: breng de capaciteit van de huisartspraktijk in brede zin in kaart

Epidemiologische en demografische projecties vragen een afstemming in de eerstelijns die breder gaat dan het aantal vol- of deeltijds equivalenten huisartsen. De capaciteit van de huisartspraktijk moet bekeken worden uit hoofde van de eerstelijnspraktijk, waarbij ook gekeken worden naar de beschikbaarheid en capaciteit via ondersteunende functies in de praktijk (o.m., praktijkassistent, verpleegkundigen, administratieve kracht). Deze functies, de aard van ondersteuning en gepresteerde uren werden doorheen de optimalisatie van de indicatorenset binnen deze pilootfase inderdaad steeds gedetailleerder in kaart gebracht. Een punt dat ook ondersteund wordt door de experts.

De experts benadrukken echter ook dat de capaciteit van de praktijk ook in onderlinge wisselwerking met de capaciteit om de zorglast op te vangen in de directe regio (o.m., welzijnsaanbod, actoren in de geestelijke gezondheidszorg, en de organisatie en beschikbaarheid van veel andere zorgprofessionals). Concrete niet-limitatieve voorbeelden die werden aangehaald zijn: gezinszorg, thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, mantelzorg. Deze capaciteit vraagt een operationalisatie in indicatoren – voorlopig is het complex welke indicatoren hiertoe meest relevant zijn en hoe deze best bevraagd worden-, en is aldus een aanbeveling om mee te nemen bij de eventuele uitbouw van de indicatorenset in de toekomst. Door experts werd hierbij verwezen naar het NIVEL rapport waarbij volgende professionals worden benoemd rondom en in ondersteuning van een efficiënte eerstelijns: apothekers, verloskundigen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg, maatschappelijk werkers, en eerstelijnspsychologen (de Bakker et al., z.d.).

Een van de experts wijst expliciet op het belang van het in kaart brengen van mensen met financiële moeilijkheden of de toepassing van de derde betalingsregeling. Ondanks het feit dat deze indicatoren als minder relevant worden ingeschat door het werkveld (zie supra, hoofdstuk rond gedragenheden in het werkveld), lijken deze toch essentieel voor toegankelijkheid van mensen met lage inkomens. Deze in kaart brengen kan zicht geven op risico- of kwetsbare zones in het veld.

Suggestie 3: herbekijk de indicator die de grootte van de praktijk weergeeft

Het expertpanel suggereert om de indicator 'aantal GMD's' opnieuw toe te voegen in de indicatorenset, maar met de bijkomende detaillering 'leeftijdscategorie van de patiënt' en 'patiënten met voorkeurstarief' (Together we make change happen, 2022). Het toevoegen van dit detail geeft een betere inschatting van de zorgwaarde van de patiëntenpopulatie.

De indicator 'aantal GMD's' werd in een eerdere fase van de studie geschrapt en vervangen door het aantal geleverde prestaties. Het expertenpanel merkt op dat vooral de evolutie van het aantal geleverde prestaties zinvol is om te bekijken op niveau van een praktijk. Het cijfer op zich hangt echter sterk samen met de organisatie van de praktijk en is daarom een minder geschikte indicator voor de grootte van de praktijk.

Suggestie 4: zoek de beste manier voor gegevensverzameling, stem af met bestaande databanken, en gebruik maximaal bestaande systemen voor datacaptatie

Het expertenpanel refereert op diverse punten naar het feit dat bepaalde indicatoren ook reeds via andere systemen worden bevraagd, en stelt de vraag of de link hiertussen niet explicieter kan (en of systemen niet onderling kunnen communiceren). Enkele voorbeelden betreffen het opvragen van gegevens via mutualiteiten (zoals aantal geleverde prestaties per huisarts) of via IMA (zoals aantal GMD's). Echter, er is ook de bedenking dat er soms vertraging zit op collectie van gegevens via andere kanalen (d.i. opvragen van gegevens geeft niet altijd de actuele situatie weer, maar de situatie van enkele maanden voorafgaand aan het opvragen). Ook vraagt het opvragen van gegevens uit andere databanken (bv., IMA, COBRHA) een meer complexe administratieve procedure. Het behoort tot de aanbevelingen om een vlotte communicatie en doorsluizen tussen databanken verder te exploreren en mee te nemen bij een optimalisatie van uitrol op lange termijn.

Suggestie 4: breng niet enkel het aanbod van huisartsgeneeskunde maar ook het aanbod van alle andere zorg lokaal in kaart, en stem initiatieven die hierrond worden genomen op elkaar af

Verschillende sectoren kampen met hetzelfde knelpunt. Toegankelijkheid in zorg is niet enkel een problematisch punt in de eerstelijns, maar tevens in de ziekenhuizen, de geestelijke gezondheidszorg, de ouderenzorg, enz. Er zijn initiatieven gaande om ook in die sectoren het aanbod en de vraag in kaart te brengen, getuige hiervan de zorgstrategische plannen in de ziekenhuizen en de planningsoefeningen in de rusthuissector en de geestelijke gezondheidszorg. Het is raadzaam om deze initiatieven beter op elkaar af te stemmen.

Suggestie 5: het probleem mbt patiëntenstop hangt sterk samen met de organisatie van praktijken; breng dit laatste in kaart en ontwikkel interventies die gericht zijn op een meer efficiënte praktijkorganisatie

In de bevraging is de indicator patiëntenstop meegenomen maar dit stelt uitdagingen. De term wordt heel variabel geïnterpreteerd. Ook de voorwaarden om nieuwe patiënten te aanvaarden zijn geen reflectie van een stop, maar juist een goede praktijk (bv., hanteren van een werkingsgebied). Suggesties tot optimaliseren van bevraging van deze indicator worden meegenomen in de nieuw voorgestelde vragenlijst voor uitrol (zie vragenlijst in Annex 1).

Door experts wordt ook herhaaldelijk aangehaald om geïdentificeerde lacunes meteen te koppelen aan interventies en beleidsacties om de efficiëntie te optimaliseren. In die zin spreekt men over de relativiteit van de indicator patiëntenstop. Beter is om de capaciteit van de praktijk en regio gedetailleerd in kaart te brengen én tegelijkertijd interventies in te zetten en door te voeren om trechtereffecten tegen te gaan (bv., acceptatieplicht, netwerkvorming, capaciteitsverhoging en taakdelegatie).

6.2. Visie vanuit expertoverleg omtrent aanpak bevraging/methodiek

Suggestie 6: investeer in gedragenheid van de data-verzameling door het werkveld

De experts erkennen het belang van gedragenheid van bevraging bij het werkveld. Verschillen in response ratio tussen kringen tijdens de pilootbevraging kunnen te linken zijn aan de mate waarin doorgedreven inspanningen werden gedaan en aanklampend werd gewerkt. In die zin zal de jaarlijkse monitoring erg zichtbaar moeten zijn voor het werkveld en blijft motivatie verhogen een belangrijke. Het moet duidelijk zijn dat enkel uit zo volledig mogelijke data zinvolle beleidsacties kunnen volgen. Het uitwerken van manieren om al bevroegde data uit bestaande databanken te halen (bv mutualiteiten, IMA, COBRHA) blijft in die zin een belangrijk te exploreren strategie in de toekomst. Hiernaast is het van belang dat bevroegden ook weten op welk moment de gegevens zullen bevroegd worden, zodat ze zich kunnen voorbereiden (bv. uren bijhouden). Op die manier wordt de betrouwbaarheid in verzamelde data ook verhoogd.

Suggestie 7: spreid de dataverzameling overheen het jaar en capteer voldoende 'normale' werkweken

Wat betreft het tijdstip van bevraging is een bevraging op één tijdstip minder aanbevolen. Het is belangrijk een representatief beeld te bekomen dat zowel de rustige als de drukke periodes meeneemt. Een systeem waarbij data permanent en automatisch kunnen worden getrokken uit bestaande registraties in huisartspraktijken zou hiervoor een ideale oplossing zijn. Echter, in afwachting van een dergelijk systeem, stelt het onderzoeksteam voor om diverse meetmomenten te selecteren volgens een roterend systeem over de verschillende kringen in Vlaanderen heen (na een jaar zijn alle kringen bevroegd). Het is bovendien belangrijk om de metingen tijdens normale werkweken te doen (dus geen weken met een of meerdere feestdagen in). Ook de zomer en periodes met verhoogde infectieratio bij de bevolking zijn belangrijk mee te nemen in het systeem van bevraging. Een dergelijk roterend systeem minimaliseert seizoenseffecten, omdat een uitmiddeling

wordt bekomen van de variatie overheen het jaar en op die manier een vrij stabiel beeld wordt verkregen rond belasting, waarbij een vergelijking tussen jaren evoluties in kaart kunnen brengen.

Suggestie 8: organiseer de bevraging op zo'n manier dat de gevraagde inspanning van de huisarts/praktijk minimaal is

In het kader van minimaliseren van belasting is een belangrijke suggestie om de antwoorden van het voorgaande jaar zichtbaar te maken en de respondent te vragen enkel aanpassingen aan te brengen wanneer iets veranderd is. Bijkomend wordt gesuggereerd om maximaal gebruik te maken van uitklapvensters en keuzemenu's, en vrije tekstvelden te vermijden (vb. adres van de praktijk).

Suggestie 9: breng reliëf aan in de periodiciteit van de bevraging van de verschillende indicatoren

Om de werklast van de bevraging bijkomend te beperken, wordt er voorgesteld om de indicatoren met verschillende periodiciteit te bevragen. Het expertenpanel bevestigt hiermee een optie die ook al door het projectteam in overleg met het agentschap Zorg en Gezondheid werd geopperd. Naargelang de verwachte veranderlijkheid van de indicatoren en relevantie voor jaarlijkse opvolging wordt ondersteund een opsplitsing te maken in indicatoren die jaarlijks bevrraagd zullen worden en indicatoren die driejaarlijks zullen bevrraagd worden. Binnen het projectteam werd hiertoe reeds een periodiciteit uitgewerkt, en wel als volgt: elke projectpartner formuleerde een voorstel m.b.t. de periodiciteit voor elke indicator. Deze drie voorstellen werden vergeleken. Voor de indicatoren waarvoor er zich verschillen voordeden werd aan de hand van discussie tot een consensus gekomen. Dit consensusvoorstel werd opnieuw voorgelegd aan de groep experts voor validering. De experts suggereerden specifiek om indicatoren rond werkdruk en rond de functies en samenstelling van het team in de eerstelijnspraktijk jaarlijks te bevragen i.p.v. 3-jaarlijks. Het onderzoeksteam volgde deze suggestie. Het finale voorstel is opgenomen in [Annex 7](#).

6.3. Aanbevelingen van experts op basis van inhoudelijke analyse en kaarten

- Monitoring is van belang, en tegelijkertijd is er nood aan het uitzetten en invoeren van interventies. De urgentie rond het verbeteren van de toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde is hoog en er is nu nood aan duidelijke strategieën in het veld om die toegankelijkheid te verbeteren. Als belangrijke strategieën vermelden experts onder meer taakdelegatie, inschakelen van andere professionals, en eerstelijnsnetwerken.
- Het steeds verkleinen van het tewerkstellingspercentage moet vermeden worden, gezien dit de kwaliteit van de geboden zorg in het gedrang kan brengen (als huisarts dien je voldoende blootstelling te hebben aan een diversiteit van klachten en aandoeningen om voldoende voorbereid te zijn gepaste zorg te kunnen bieden). De oplossingen lijken dus eerder te liggen langs de kant van het verdelen van taken, verhogen van capaciteit in de brede eerstelijnspraktijk, en samenwerking met diverse actoren en professionals in de regio waarbij samenwerking en doorverwijzing gestimuleerd worden. Bestaande good practices zoals de wijkgezondheidscentra, en multidisciplinaire groepspraktijken kunnen hierbij inspirerend zijn. Monitoring dient de evolutie in deze indicatoren gedetailleerd in kaart te brengen, en dient ook onmiddellijk gekoppeld te worden aan concrete, ondersteunende maatregelen in de regio's.
- Change management en een andere invulling van het huisartsenberoep is tevens van belang. Merkbaar in de data is dat oudere huisartsen gemiddeld gezien meer uren werken en meer patiëntencontact hebben in vergelijking met hun jongere collega's. Deze kloof stelt problemen naar vernieuwing van het korps in bepaalde regio's waarbij tekorten nu reeds duidelijk zichtbaar worden. Tegelijkertijd zal de jonge generatie op een andere manier werken, en kunnen oplossingen op het vlak van taakinvulling en samenwerking een belangrijke rol in behoud van krachten betekenen.

- Er zijn andere regionale bevestigingen doorgevoerd tijdens de pilootfases waarbij er enige overlap merkbaar is in de vragen die aan huisartsen en/of praktijken werden gesteld. Dergelijke overlappende bevestigingen fnuiken de respons ratio en afstemming is daarom noodzakelijk. Er is ook nood aan afstemming op beleidsniveau, waarbij federale en regionale bevestigingen maximaal geïntegreerd moeten worden.
- Inzake de mapping op interactieve kaarten is er nood aan optimalisatie van visualisatie. Suggesties die werden naar voren geschoven zijn:
 - het werken met een één-dimensionale indicator voor zorglast
 - duidelijke visualisatie van de kruising tussen zorglast en zorgaanbod via bijvoorbeeld heat maps waarin probleemregio's duidelijker worden
 - includeren van mobiliteitsdata die toelaten om 'harde grenzen' te detecteren waarlangs toegankelijkheid minder evident wordt
 - enz....
- Een brede uitrol en verzameling van volledige data over heel Vlaanderen is noodzakelijk om inhoudelijke uitspraken te doen en aanbevelingen naar het beleid toe te geven. Bij een brede uitrol kunnen meer data verzameld worden welke de uitwerking en implementatie van meer gesofisticeerde data-analyse (i.e., statistisch-spatiale analyse) toelaat. Dergelijke meer complexe analyse zal beter toelaten om trends te observeren en te onderbouwen, welke met de huidige data niet hard te maken zijn.
- Naar de toekomst toe loont het wellicht de moeite specifieke aandacht te besteden aan specifieke 'pijnpunten' die nu voorzichtig blijken uit de beperkte visualisatie, zoals de uitdagingen van grensregio's, of de plaatsing van huisartsen-in-opleiding (HAIO's) (de plaatsen waar HAIO's wel/niet werken is een belangrijke indicator voor veel zaken waaronder mogelijke vernieuwing van het korps binnen regio's).
- De visualisatie op interactieve kaarten zal niet het gehele plaatje schetsen, en de overheid zal niet enkel op basis van de kaarten beslissingen dienen te nemen. Van belang is het in conversatie gaan met de lokale kringen omdat hun kennis en ervaring met de regio belangrijke toegevoegde waarde hebben en de aard en vorm van aanbevelingen en beleid mee zullen bepalen.

7. GDPR en privacy

In een eerste fase, voor de pilootprojecten, hebben we kunnen werken aan de hand van samenwerkingsovereenkomst en *data sharing agreements* (of gegevensdelingsovereenkomsten), waarbij de gegevensuitwisseling tussen de huisartsenkringen en de UGent, en de UGent en het Departement Zorg op GDPR-vlak werd gecoverd. Op die manier was er een rechtsgrond tot verwerking van persoonsgegevens onder art. 6, 1., b) AVG (uitvoering van een overeenkomst). Er werden geen gevoelige persoonsgegevens verwerkt, waardoor een rechtsgrond onder art. 6 AVG volstond. Voor de huisartsen zelf werd daarnaast nog een privacyverklaring opgesteld zodat zij op de hoogte waren van welke persoonsgegevens voor welke doeleinden worden verwerkt, hoe lang deze worden bewaard, welke rechten zij hebben, etc.

Om het project in de toekomst verder te kunnen uitrollen, is het evenwel noodzakelijk om een juridisch stabiele en solide basis te hebben voor de verwerking van de persoonsgegevens. Het is overigens niet wenselijk noch haalbaar om elke huisarts en/of huisartsenkring bij elke bevraging een document te laten ondertekenen en telkens in samenwerkingsovereenkomsten te voorzien.

Aan de hand van het Besluit van de Vlaamse Regering van 9 december 2022 tot ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering en tot uitbreiding van de opdrachten van de huisartsenkringen werd door de Vlaamse overheid reeds voorzien in de verwerking van persoonsgegevens van huisartsen, en dit in het licht van financiering.

Het Grondwettelijk Hof heeft in enkele arresten¹ bepaald dat een wetgevende tekst die voorziet in de verwerking van persoonsgegevens de legaliteitstoets van art. 22 Gw. dient te doorstaan. Dit kan alleen voor zover de tekst de essentiële elementen van de verwerking bevat, zijnde:

- (het)(de) precieze doeleinde(n), waarvan bij lezing reeds kan worden afgeleid welke gegevensverwerkingsverrichtingen zullen worden ingevoerd voor de verwezenlijking ervan;
- de identiteit van de verwerkingsverantwoordelijke(n);
- het soort gegevens die noodzakelijk zijn voor de verwezenlijking van (dit)(deze) doeleinde(n);
- de bewaartermijn van de gegevens;
- de categorieën van betrokkenen van wie de gegevens zullen worden verwerkt;
- de ontvangers of categorieën van ontvangers aan wie de gegevens worden meegedeeld;
- de omstandigheden waarin ze zullen worden meegedeeld, en
- de eventuele beperking van de verplichtingen en/of rechten vermeld in de artikelen 5, 12 tot en met 22, en 34 van de AVG

Uit een grondige analyse van voormeld BVR blijkt evenwel dat de doeleinden van de verwerking niet zijn opgenomen in het BVR; evenmin zijn de omstandigheden van de mededeling van de gegevens en de beperking van de verplichtingen en/of rechten van de betrokkenen opgenomen.

Bijgevolg bevat het BVR niet alle essentiële elementen van de verwerking. Daarenboven kan worden opgemerkt dat dergelijke essentiële elementen van de verwerking van persoonsgegevens in het kader van artikel 22 Gw. conform de vaste rechtspraak van het Grondwettelijk Hof, dient te worden opgenomen in een wettelijke basis (wet/decreet/ordonnantie/samenwerkingsakkoord), maar niet zomaar kan worden gedelegeerd in een uitvoerend besluit en dus enkel worden opgenomen in een BVR. De noodzaak tot het aannemen van een decreet dringt zich aldus op.

¹ GwH 20 februari 2020, nr. 27/2020, B.17; GwH 18 maart 2010, nr. 29/2010, B.16.1.; GwH 15 maart 2018, nr. 29/2018, B.18 en B.23

De GDPR-stappen die het agentschap/Departement Zorg aldus zal moeten nemen om het project in de toekomst verder uit te rollen en het laten invullen van de vragenlijsten te kunnen waarmaken, alsook om de persoonsgegevens die aan de hand van die vragenlijsten verzameld worden, te kunnen verwerken, zullen dus bestaan in het uitwerken van alle voormelde essentiële elementen van de verwerking in een decreet. Dit kan aan de hand van een wijziging van het eerstelijnszorgdecreet of via het aannemen van een nieuw decreet.

8. Aanbevelingen inzake een methodiek en applicatie rond de toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde

De aanbevelingen hieronder volgen vanuit de pilootfase en de uit de pilootbevraging verzamelde data overheen drie pilootregio's. Deze kunnen worden aangewend als een leidraad bij een bredere uitrol van de methodiek en applicatie overheen Vlaanderen.

Aanbeveling 1: Het in kaart brengen van de toegankelijkheid in de eerstelijnszorg vraagt een kruising van zorgvraag en zorgaanbod, en een doordachte selectie aan indicatoren

Toegankelijkheid in beeld brengen vraagt een kruising van zorglast en zorgaanbod. Bij zorglast is het van belang om naast kwetsbaarheidsindicatoren op macroniveau in te zetten op het verzamelen van data rond die indicatoren die belasting in de praktijk verhogen (etniciteit, SES, chronische aandoeningen). De voorgestelde indicatoren rond zorgaanbod zijn weldoordacht en vanuit een gedegen inhoudelijk-theoretische basis verankerd aan kerndimensies rond aanbod. De voorgestelde set bevat een minimale set aan indicatoren die moeten meegenomen worden om zorgaanbod te meten. Het is daarbij erg van belang om niet enkel te focussen op de problematieken in het aanbod (patiëntenstop, uitputting bij het artsenkorps), maar ook op die indicatoren die de capaciteit van de brede eerstelijnspraktijk in beeld brengen. Daarbij volstaat het niet te focussen op het aantal huisartsen en beschikbare contacten, maar ook op de aanwezigheid van andere profielen en ondersteuning in de praktijk. Op de lange termijn dient ook het aanbod van andere eerstelijnsactoren gekoppeld te worden in de applicatie. De zorgregistraties van NIVEL zorgregistraties Eerste Lijn kunnen daarbij inspirerend blijken. Deze grootschalige databank bevat bovendien eenduidige cijfers over ziekten en zorg in de lijn, welke transfereerbaar kunnen blijken voor de epidemiologische situatie in ons land (Overbeek, 2023).

Aanbeveling 2: Minimaliseer de belasting bij het werkveld via diverse strategieën zoals decentraal gevoede permanente databanken, reliëf in bevraging, communicatie en doorstroom van data via andere systemen (IMA, mutualiteiten, COBRHA) en slimme monitoring (automatische invulling van velden)

De lengte van de bevraging is een belangrijk aspect voor het werkveld om de vragenlijst volledig te doorlopen en alle gegevens accuraat te voorzien. De uiteindelijke voorgestelde set aan indicatoren voor zorgaanbod bevat een gereduceerde lijst aan items die dienen bevraagd te worden om alle dimensies rond zorgaanbod afdoende te omvatten. Al deze dimensies en bijhorende indicatoren zijn noodzakelijk te meten om het brede spectrum van toegankelijkheid in de eerstelijnspraktijken afdoende te meten. De last zou sterk kunnen gereduceerd worden indien men beschikt over een systeem waarbij data permanent en automatisch kunnen worden getrokken uit bestaande registraties in huisartspraktijken, en door maximaal gebruik te maken van secondary use. Tussentijds zijn belangrijke suggesties het werken met reliëf (werken met een minimale jaarlijkse set, en minder variabele indicatoren 3-jaarlijks bevragen), doorstroom en integratie met andere systemen (IMA-databank, mutualiteiten, COBRHA) waar zinvol en haalbaar, en slimme monitoring (voorheen ingevulde data zijn automatisch zichtbaar en snel aanpasbaar).

Aanbeveling 3: Richt de bevraging op meerdere tijdstippen doorheen het jaar in om seizoensvariatie uit te middelen

De belasting in eerstelijnspraktijken gaat in pieken en dalen. Het enkel meten tijdens piekbelasting brengt de grote druk in kaart, maar biedt geen realistisch beeld rond de algehele belasting overheen een jaar. Het is belangrijk om voldoende metingen in te bouwen overheen normale werkweken in het

jaar (zowel piekbelasting als luwere periodes) om een realistisch beeld overheen de regio's te bekomen. De werkwijze die wordt gehanteerd bij andere grootschalige bevestigingen door de overheid kunnen hierbij als voorbeeld worden genomen. Een ideale oplossing om reële belasting te meten zou zijn te beschikken over een systeem waarbij data permanent en automatisch kunnen worden getrokken uit bestaande registraties in huisartspraktijken.

Aanbeveling 4: De methodiek vraagt een hoge gedragenheid bij het werkveld waarbij motiverende communicatie rond het doel en de inhoud van het verzamelen van gegevens, de verwachtingen en taken van eenieder in het veld, en verwerking van gegevens inclusief GDPR en privacy helder dienen te zijn

De bereidheid tot het invullen en delen hangt sterk samen met een duidelijke communicatie rond het doel van de bevestiging en wat met de data zal worden gedaan. Een wantrouwen of scepticisme rond het verzamelen of het verwerken van de data werken averechts, en staan een gedegen en nauwkeurige verzameling van data in de weg. Er dient een duidelijke methodiek in de bevestiging aangehouden te worden, met bevestiging via diverse waves en motiverende elementen om het werkveld warm te maken de bevestiging in te vullen (bv., voorlopige respons visualiseren voor het werkveld kan helpen om het invullen te bevorderen, voorzien van termijnen waarop rapportage zichtbaar zal gemaakt worden voor de praktijken helpt om inspanning te leveren en vol te houden, enz.). Voorafgaand aan de uitrol van de brede bevestiging dient de inhoud van de aanlevering van data helder te zijn, alsook de doeleinden van de bevestiging. Er kunnen voorstellen meegegeven worden aan het werkveld om gegevensaanlevering door verschillende personen te laten voorzien. Bijvoorbeeld, voor het aanleveren van bepaalde gegevens kunnen vertegenwoordigers vanuit de praktijken (niet de huisartsen zelf) worden aangesteld om gegevens aan te leveren. Deze vertegenwoordigers moeten duidelijk geïnformeerd worden op voorhand rond wat ze moeten aanleveren en hoe, zodat de nodige voorbereidingen kunnen worden getroffen. Dit zal de betrouwbaarheid van de gegevens ten goede komen. Er dient ondersteunende communicatie te zijn bij het inrichten van de bevestiging, via bijvoorbeeld persoonlijke brieven naar de praktijken en/of digitale communicatie. Deze ondersteunende communicatie dient zeker volgende elementen te omvatten: informatie rond de jaarlijkse bevestiging, hoe de bevestiging moet gebeuren en via welk platform/kanaal, informatie rond GDPR/privacy (dus hoe de doorgegeven informatie wordt verwerkt en welke rechten de deelnemers hebben met betrekking tot hun data), tot wanneer men kan deelnemen, bij wie men terecht kan voor vragen of problemen. Herinneringen bij het invullen van de bevestiging zijn noodzakelijk, en gebeuren best via een gedragen persoon/instantie die dicht bij de praktijken staat. Naar looptijd van de bevestiging toe zijn enkele weken (4 tot 6 weken) van belang gezien dit de optimale balans lijkt te zijn tussen tijd die nodig is om maximale respons vanuit het werkveld te krijgen en tijd die haalbaar en aanvaardbaar is voor het werkveld om blootgesteld/herinnerd te worden aan de bevestiging.

Aanbeveling 5: Spreek de kringen en het werkveld specifiek aan op het eigenaarschap met de methodiek en de data

Motivatie om deel te nemen aan de bevestiging kan worden verhoogd door het eigenaarschap van kringen en praktijken met de data te verhogen door o.a. overlap en een teveel aan bevestigingen te vermijden, trainingen te ontwikkelen en implementeren rond interpretatie van data en nemen van beleidsacties, enz. Hierbij is het ook aangewezen om te bekijken wat de rol van de eerstelijnszone hierbij kan zijn.

Toon ook de complementariteit van de bevestiging met bestaande acties aan. Veel lokale instanties zetten reeds in op initiatieven om de werkdruk te verlagen en om efficiëntie in de eerstelijnspraktijken te verhogen. Het is van belang om deze initiatieven te onderkennen en waarderen, en duidelijk in de verf te zetten hoe de brede bevestiging hiermee linkt. De methodiek en applicatie door de overheid heeft een belangrijke slagkracht in het nemen van op data gestoelde beleidsacties en het aanhouden

van een langetermijnperspectief in het verbeteren van toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde. Het is noodzakelijk om het werkveld ook mee te nemen in het belang van deze langetermijn projecties voor huidige en toekomstige generaties.

Aanbeveling 6: Optimaliseer de applicatie voor gebruik door (lokale) overheden

Optimaliseer de applicatie waarbij maximaal ingezet wordt op nauwkeurigheid in visualisatie en duidelijke legendes voor verdere interpretatie van de data, en mogelijkheden tot opvolging van evolutie in indicatoren alsook projecties. De applicatie blijkt pas zinvol als deze een vlotte, éénduidige interpretatie vanuit de data mogelijk maken. Vanuit het werkveld en pilootregio's bleek het opvolgen van evoluties overheen de tijd, alsook het maken van projecties naar de nabije toekomst erg van belang om lokale acties te kunnen nemen. Hiermee samenhangend dient de applicatie voldoende indicatoren te omvatten. Het zal hierbij van belang zijn om indicatoren toe te voegen die relevant zijn voor het macroniveau maar ook indicatoren die relevant(er) blijken voor het meso- en microniveau (op het niveau van kringen, eerstelijnsnetwerken en praktijken) zijn belangrijk om mee te nemen in functie van motivatie en gedragenheid. Investeer verder in training voor het werkveld die vaardigheden aanbrengen bij het interpreteren van data en het uitwerken van implementatieacties vanuit data. Denk hierbij ook aan de noodzaak om specifieke functies op lokaal niveau in te richten waarbinnen de ruimte, tijd, en verloning kan worden voorzien om zich in lokale monitoring te specialiseren, en het werkveld hier adequaat in te ondersteunen. Naast de acties op lokaal niveau moet het voor het werkveld ook duidelijk zijn welke de rol van de overheid is bij de interpretatie van data, en op welke acties de overheid zich precies kan richten om het werkveld te ondersteunen in hun dagdagelijkse praktijkvoering.

Aanbeveling 7: Betrek een brede groep van stakeholders bij de uitrol van de methodiek en applicatie. Dit betreffen beleidsondersteuners rond huisartsenverenigingen, vertegenwoordigers van lokale kringen, eerstelijnsnetwerken, alsook actoren binnen de opleiding tot huisarts

Vanuit de uitwerking van de methodiek en applicatie is gedragenheid en afstemming met het brede werkveld evident. Gezien de epidemiologische en demografische veranderingen in het zorglandschap, is het ook van belang om nauw af te stemmen met de opleidingscontext. Goede huisartsgeneeskundige zorg vraagt een bekendheid van het toekomstig werkveld met de uitdagingen en noden die zich op de werkplekken voordoen. De procedures en toekenning van stageplaatsen dienen overeen te komen met de (toekomstige) noden in het werkveld, waarbij bv. aandacht gaat naar huisartsluwe zones of risicogebieden voor een beperkt toekomstig aanbod. Een bekendheid met de uitdagingen op grote schaal in Vlaanderen binnen de opleiding zorgt ook in omgekeerde richting voor maatschappelijk geëngageerde huisartsen, en een verhoogde motivatie om zich continue te ontwikkelen alsook te investeren in strategieën die een kwaliteitsvolle eerstelijnszorg ten goede komen.

Aanbeveling 8: Meer data zorgen voor onderbouwde beleidsaanbevelingen

De inhoudelijke beleidsaanbevelingen binnen dit rapport zijn beperkt, omwille van de bevraging in slechts drie regio's. Een brede uitrol is noodzakelijk en laat het uitwerken van meer complexe statistische modellen toe en daaruit volgende onderbouwde inhoudelijke aanbevelingen. Een uitrol van de bevraging en meer data zal toelaten om visualisatie via kaarten te optimaliseren bv. via heatmaps door kruising zorglast en zorgaanbod die duidelijk maken welke de (toekomstige) risicozones zijn. Andere inspirerende rapporten zijn voorhanden en gelden eveneens voor het identificeren van op data gestoelde beleidsacties, zoals een in 1999 gepubliceerd rapport rond "Woman - & Menpowerplanning" in de huisartsgeneeskunde in België (Bogaert et al., 1999).

Aanbeveling 9: Stem af met andere planningsinitiatieven en werk toe naar uitgebreide, meer integratieve visualisaties

Er zijn initiatieven gaande om ook in andere sectoren het aanbod in kaart te brengen, getuige hiervan de zorgstrategische plannen in de ziekenhuizen en de planningsoefeningen in de rusthuissector en de geestelijke gezondheidszorg. Het is raadzaam om deze planningsoefeningen op termijn op elkaar af te stemmen met het oog op het integraal in beeld brengen van zorgvraag en zorgaanbod, en beleidsacties te stroomlijnen.

9. Referenties

- Beatty, P. C., & Willis, G. B. (2007). Research Synthesis: The Practice of Cognitive Interviewing. *Public Opinion Quarterly*, 71(2), 287-311. <https://doi.org/10.1093/poq/nfm006>
- Bogaert, K., De Prins, L. & De Maeseneer, J. (1999). "Woman- & Menpower"-planning in de huisartsgeneeskunde in België. Scenario voor 2010 en 2020.
- de Bakker, D. H., Polder, J. J., Sluijs, E. M., Treurniet, H. F., Hoeymans, N., & Hingstman, L. (z.d.). *Toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020*.
- Eerstelijnsnetwerken. (n.d.). Eerstelijnszones. <https://www.eerstelijnszone.be/eerstelijnsnetwerken>
- Harris, P. A., Taylor, R., Minor, B. L., Elliott, V., Fernandez, M., O'Neal, L., McLeod, L., Delacqua, G., Delacqua, F., Kirby, J., & Duda, S. N. (2019). The REDCap consortium: Building an international community of software platform partners. *Journal of Biomedical Informatics*, 95, 103208. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2019.103208>
- Harris, P. A., Taylor, R., Thielke, R., Payne, J., Gonzalez, N., & Conde, J. G. (2009). Research electronic data capture (REDCap)—A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *Journal of Biomedical Informatics*, 42(2), 377-381. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2008.08.010>
- Meeuwesen, L., Harmsen, J. A. M., Bernsen, R. M. D., & Bruijnzeels, M. A. (2006). Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patients? *Social Science & Medicine*, 63(9), 2407-2417. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.005>
- Merckx, G., Teughels, S., Van Parys, E., Willems, S., De Waegeneer, E., Jacobs, I., Van de Weghe, N., Zwartjes, L., Verdoodt, J., & Colman, E. (2022). *Toegankelijkheid huisartsgeneeskunde: Fase 1 : ontwikkeling methodiek en applicatie*. <http://hdl.handle.net/1854/LU-01GRNZ455BT3G8P0XVW49JABRN>

Overbeek, L. Zorg verleend in de eerste lijn - aard en omvang . Uit: www.nivel.nl [Laatst gewijzigd op 11-07-2023; geraadpleegd op 20-07-2023]. URL: <https://www.nivel.nl/nl/resultaten-van-onderzoek/zorg-verleend-de-eerste-lijn>

Praktijkvoorbeelden | Domus Medica. (n.d.). <https://www.domusmedica.be/uw-praktijk-beroepsondersteuning/praktijkvoorbeelden>

Stat-Gent Crescendo. (2020). *Regressie-analyse van vermijdbare zorg en verloren levensjaren*. VIVEL.

TOGETHER WE MAKE CHANGE HAPPEN! Een toekomst voor de huisartsgeneeskunde in de eerstelijnszorg (2022, juni). Geraadpleegd op 20 juli 2023, van <http://www.togetherwemakechangehappen.org/images/together-we-make-change-happen2022.pdf>

10. Annexes

Annex 1 – Praktijk- en huisartsenvragenlijst

Dimensie	Indicatoren	Enkel aanbieden indien	Vraagstelling	Antwoordcategorieën
ZORGAANBOD PRAKTIJKVRAGENLIJST				
	functie respondent		Wie vulde deze praktijkfiche over de huisartsenpraktijk in?	☐ Huisarts ☐ haio ☐ praktijkverpleegkundige ☐ administratief medewerker ☐ vragenlijst is in team ingevuld ☐ andere
Algemene info	praktijkadres		Wat is het adres van de huisartsenpraktijk? Indien de praktijk meerdere vestigingen of satelietpraktijken heeft, noteer dan het adres van de hoofdpraktijk.	Straat huisnummer busnummer postcode gemeente
	praktijk tweede vestiging		Heeft de huisartsenpraktijk een tweede vestiging?	☐ Ja ☐ Nee
			Adres tweede vestiging	Straat huisnummer busnummer postcode gemeente
	tel nr		Wat is het telefoonnummer van de huisartsenpraktijk:	
	email		Heeft de huisartsenpraktijk een e-mailadres?	☐ Ja ☐ Nee
		enkel aanbieden indien in vraag 8 'Ja' werd aangeduid	Wat is het e-mailadres van de huisartsenpraktijk?	
Praktijk kenmerken	<i>praktijkvorm (solo, duo, groep)</i>			
	betalingssysteem		Welk betalingssysteem hanteert deze praktijk hoofdzakelijk? (één antwoord aanuiden)	☐ Forfaitair, u ontvangt een forfaitair bedrag per ingeschreven patiënt. (Bv. Medische huizen, wijkgezondheidscentra, ...) ☐ Betaling per prestatie
Praktijkgrootte	aantal GMDs of forfait-patiënten	Onderstaande vraag aanbieden indien in vraag 11 aangeduid is dat gewerkt wordt met een 'betaling per	Voor praktijken met een systeem van betaling per prestatie: Hoeveel patiënten met een globaal medisch dossier (GMD) telt deze praktijk?	aantal GMDs:

		prestatie' betalingssysteem		
		Onderstaande vraag aanbieden indien in vraag 11 aangeduid is dat gewerkt wordt met een 'forfaitair' betalingssysteem	Voor praktijken met een forfaitair betalingssysteem: Hoeveel patiënten zijn er ingeschreven in deze praktijk (forfait-patiënten)?	aantal patiënten
	aantal HA + HAIO's		Hoeveel huisartsen zijn er werkzaam in deze praktijk?	aantal huisartsen:
			Hoeveel huisartsen-in-opleiding (HAIO's) zijn er werkzaam in deze praktijk?	aantal haio's
patientenstop	aanvaarden nieuwe patiënten		Hanteert de praktijk (momenteel) een patiëntenstop?	0 Neen, elke patiënt (uit het geografisch werkingsgebied) die zich aanbiedt, wordt aanvaard. 0 Ja, een gedeeltelijke patiëntenstop: enkel patiënten in specifieke situaties worden aanvaard (bv. doorverwijzing van OCMW) 0 Ja, een volledige patiëntenstop: de praktijk neemt geen enkele nieuwe patiënten meer aan (m.u.v. gezinsuitbreiding van een gekende patiënt)
Team	teamsamenstelling		We krijgen graag zicht op de samenstelling van de huisartsenpraktijk. Welk van de onderstaande functies zijn in het gebouw van de huisartsenpraktijk aanwezig? Hiermee bedoelen we iedereen die deze functie bezoldigd uitoefent, ongeacht de aard van de tewerkstelling (dienstverband, zelfstandig, ...) of het aantal uren tewerkstelling. (Meerdere antwoorden mogelijk)	0Huisarts 0Huisarts-in-opleiding 0Algemeen coördinator of directeur 0Onthaal- of administratief medewerker 0Verpleegkundige 0Diëtist of voedingsdeskundige 0Kinesitherapeut, manueel therapeut, osteopaat 0 sociaal werker 0Podoloog 0Psycholoog 0Gezondheidspromotor 0Andere

	<i>multidisciplinariteit (J/N)</i>			
	telesecretariaat (J/N)		Werkt de praktijk met een telesecretariaat?	0 Ja 0 Nee
	admin aantal	Onderstaande vraag enkel aanbieden indien in 17 aangeduid is dat er een onthaal- of administratief medewerker aanwezig is in de praktijk	U gaf aan dat er een minimaal één onthaal- of administratief medewerker aanwezig is in de praktijk. Hoeveel personen met deze functie zijn actief in uw praktijk?	aantal:
	admin uren		Hoeveel uur per week is (zijn) de onthaal- of administratief medewerker(s) aanwezig? In het geval van meerdere medewerkers: tel de werkuren samen.	aantal uren per week:
	admin taken		Welke taken worden uitgevoerd door deze onthaal- of administratief medewerker(s)? (Meerdere antwoorden mogelijk)	0 Onthaal van de patiënten in de praktijk 0 Telefonie 0 Afsprakenbeheer 0 Logistiek en stockbeheer 0 Administratie: algemeen 0 Administratie: EMD 0 Andere
	aantal verpleegkundigen	Onderstaande vragen enkel aanbieden indien in 17 aangeduid is dat er een praktijkverpleegkundige aanwezig is in de praktijk	U gaf aan dat er een verpleegkundige aanwezig is in de praktijk. Hoeveel verpleegkundigen zijn actief in uw praktijk?	aantal verpleegkundige(n):
	vpk uren		Hoeveel uur per week is (zijn) de verpleegkundige(n) aanwezig? In het geval van meerdere verpleegkundigen: tel de werkuren samen.	aantal uren per week:

	vpk taken		Waaruit bestaat het takenpakket van de verpleegkundige(n) in de praktijk (meerdere antwoorden mogelijk)?	0 Verpleegtechnische handelingen zoals bloedafname, EKG, spirometrie, ... 0 Geïntegreerde zorg voor patiënten zoals opvolgen van chronische zorg, informatie- en adviesverstrekking, counseling rond levensstijl/gedragsverandering, ... 0 Dossieropvolging zoals SUMEHRs aanmaken, aanmaken plannings, verwerken testresultaten, ... 0 Participatie aan teamoverleg 0 Eenvoudige administratieve taken zoals telefoons opnemen, afspraken maken, materiaal bestellen, ... 0 Thuisverpleging 0 Andere
	vpk opleiding		Heeft ten minste één van de verpleegkundige(n) een aanvullend postgraduaat "verpleegkundige in de huisartsenpraktijk" gevolgd?	0 Ja 0 Neen 0 Wenst dit te volgen
consultatie	online afspraak mogelijk		Heeft de patiënt de mogelijkheid om online een afspraak te maken?	0 Ja 0 Nee
	N standaardconsultaties/week		Hoeveel patiënten werden tijdens de voorbije werkweek gezien? - Tel dit op voor alle artsen. - Prestaties die werden uitgevoerd in kader van de wachtdienst worden niet meegerekend. - Deze vraag handelt over het aantal patiënten dat werd gezien, onafhankelijk of en op welke manier de prestaties werd aangerekend. - We vragen naar het aantal patiënten die werden gezien in een volledige werkweek. - Het is belangrijk deze vraag niet bij benadering in te vullen maar je te baseren op vb. de ingevulde agenda van de voorbije week.	Raadpleging op afspraak: raadpleging zonder afspraak (vrij spreekuur):
	N vrije consultaties/week			Huisbezoek bij de patiënt thuis:
	N huisbezoeken/week			Huisbezoek in een voorziening waar meerdere patiënten werden gezien (RVT, voorziening, ...):
	N huisbezoek in WZC/week			Videoraadpleging (RIZIV nomenclatuur 101673 of 101710):
	N videoraadpleging			
	N telefonsiche consultaties/week			Telefonische raadpleging (RIZIV nomenclatuur 101732):

	extra consultaties mogelijk		Was er in de agenda vorige week nog ruimte om extra patiënten te zien?	☐ Nee, de agenda zat helemaal vol ☐ Ja, er was nog ruimte voor huisbezoeken ☐ Ja, er was nog ruimte voor consultaties of videoconsultaties
	extra huisbezoeken	Enkel aanbieden indien in vraag 34 de antwoordcategorie "ja, er was nog ruimte voor huisbezoeken" werd aangeduid	Hoeveel extra huisbezoeken waren er nog mogelijk?	aantal:
	extra consultaties/ videoconsultaties	Enkel aanbieden indien in vraag 34 de antwoordcategorie "ja, er was nog ruimte voor consultaties of videoconsultaties" werd aangeduid	Hoeveel extra standaardconsultaties of videoconsultaties waren er nog mogelijk?	aantal:
	<i>totaal aantal consultaties per week</i>			
Verhogen capaciteit	vacatures huisarts	We krijgen graag zicht op de toekomstplannen van de praktijk i.v.m. een eventuele uitbreiding.	Huisarts	☐ Geen vacature ☐ Ja, deeltijds ☐ Ja, voltijds
	vacature haio		Haio	
	vacature vpk		Verpleegkundige	
	vacature andere discipline		Andere discipline	
	aanpassingen gebouw		Zijn in de voorbije 2 jaar aanpassingen uitgevoerd aan het praktijkgebouw met als doel meer patiënten te kunnen zien? Vb. bijgebouwd, extra ruimtes gehuurd, extra consultatieruimtes bijgemaakt binnen het bestaande gebouw, ...	☐ Ja ☐ Nee
	geen aanpassingen gebouw	Enkel aanbieden indien in vraag 40 antwoordcategorie "neen" werd aangeduid	Heeft de praktijk in de voorbije 2 jaar overwogen om aanpassingen uit te voeren aan het praktijkgebouw met als doel meer patiënten te kunnen zien?	☐ Ja ☐ Nee

	redenen geen aanpassingen gebouw	Enkel aanbieden indien in vraag 41 antwoordcategorie "Ja" werd aangeduid	Waarom werden deze aanpassingen niet doorgevoerd? Meerdere antwoorden mogelijk.	0 Het gebouw is in die mate ongeschikt dat de inspanning die dit zou vragen niet in balans zou zijn met de baten. 0 Omwille van beperkingen opgelegd door de eigenaar van het praktijkgebouw. 0 Omwille van beperkingen opgelegd door de gemeente/stad/stedenbouw (vb. beperkingen aantal bouwlagen, vereisten bijkomende parking) 0 Omwille van financiële redenen 0 Omwille van onvoldoende kennis om een (ver)bouwproject op te starten en/of op te volgen 0 Omwille van onvoldoende tijd om een (ver)bouwproject op te starten en/of op te volgen 0 Andere
	andere genomen maatregelen		Mogelijks ondernam uw praktijk al maatregelen om een tekort aan capaciteit te ondervangen of plant dit te doen. Geef voor elk van onderstaande maatregelen aan of de praktijk dit al heeft gedaan of van plan is om te doen.	
			Maatregelen omtrent personeel Herschikken van taken naar een verpleegkundige Herschikken van taken naar een onthaal- of administratief medewerker Het bijscholen van bestaand personeel waardoor taakherschikking mogelijk is Maatregelen omtrent organisatie praktijk Het efficiënter organiseren van de praktijk vb. herplannen van afsprakenblokken, geen vrije consultatie meer, ... Afbouwen van huisbezoeken Uitbreiden van de openingsuren van de praktijk Verkorten van de duur van een consultatie of huisbezoek	0 Dit doen we al of hebben we al gedaan 0 Dit zijn we van plan (nog meer te doen) binnen de komende zes maanden 0 Dit doen we niet en zijn we niet van plan te doen binnen de komende zes maanden 0 Niet van toepassing

			Patiënten met chronische aandoeningen meer stimuleren tot zelfzorg/zelfmanagement Groepsessies organiseren i.p.v. individuele consultaties vb. voor diabetespatiënten Toepassen van eHealth mogelijkheden vb. videoconsultaties Maatregelen omtrent samenwerking Meer samenwerking met andere huisartspraktijken Meer samenwerking met andere medische zorgverleners van buiten de praktijk vb. thuisverpleging Meer samenwerking met andere organisaties in de regio vb. OCMW	
Continuïteit van zorg	continuïteit van zorg vakantie	We willen graag nagaan in welke mate zorg blijft doorlopen in de volgende situaties:	Bij een geplande vakantie van een huisarts...	0 ... wordt de continuïteit gewaarborgd binnen de eigen praktijk voor alle patiënten: patiënten kunnen zowel voor dringende en niet-dringende zorg terecht bij een collega-arts in de praktijk. 0 ... wordt de continuïteit gewaarborgd voor dringende medische zorg: deze patiënten kunnen terecht bij collega-arts, niet-dringende medische zorg wordt uitgesteld. 0 ... kan de continuïteit niet gewaarborgd worden: zowel dringende als niet-dringende medische zorg wordt uitgesteld tot na het verlof van de arts. 0 ... worden tijdens de afwezigheid van de arts patiënten doorverwezen naar een collega buiten de praktijk, wachtdienst of spoed
	continuïteit van zorg 1 dag		Bij een ongeplande afwezigheid van één dag van een huisarts...	
	continuïteit van zorg 1 week		Bij een ongeplande afwezigheid van 1 week van een huisarts ...	
	continuïteit van zorg 1 maand		Bij een ongeplande afwezigheid van 1 maand van een huisarts ...	

Netwerk	domeinen netwerk		Werkt de praktijk samen met andere praktijken voor ... (Meerdere antwoorden mogelijk)	0 Organisatie van de permanentie (buiten de wachtdienst) 0 Vervanging tijdens geplande afwezigheid (vb. vakantie) 0 Vervanging tijdens onverwachte afwezigheid (vb. ziekte) 0 Gedeelde patiëntendossiers 0 Gedeelde administratieve medewerker(s) 0 Gedeelde verpleegkundige(n) 0 Gedeeld materiaal 0 Casusbespreking, overleg richtlijnen, incidenten-analyse, ... 0 Geen samenwerking 0 Andere
	netwerk aantal	enkel aanbieden indien antwoordcategorie "geen samenwerking" NIET werd aangeduid	Hoeveel praktijken maken deel uit van deze samenwerking, inclusief de eigen praktijk?	Aantal praktijken:
	netwerk RIZIV		Gaat het over een erkend netwerk door het RIZIV?	0 Ja 0 Nee
ZORGAANBOD HUISARTSENVRAGENLIJST				
Algemene info	praktijkadres		Wat is het adres van de huisartsenpraktijk?	straat: huisnummer: busnummer: postcode:
	riziv-nummer		Uw Riziv-nummer	
	geboortejaar		Uw geboortejaar	
	<i>leeftijdsindeling</i>			
	functie respondent (HA/HAIO)		Bent u:	0 Huisarts-in-opleiding 0 Huisarts
Carrière-perspectief	stopzetten		Bent u van plan om uw activiteiten als huisarts in de praktijk <u>stop te zetten</u>?	0 Nee 0 Ja, binnen een termijn van 5 jaar 0 Ja, binnen een termijn van 4 jaar 0 Ja, binnen een termijn van 3 jaar 0 Ja, binnen een termijn van 2 jaar 0 Ja, binnen een termijn van 1 jaar 0 Ja, binnen een termijn van 6 maanden
Tijdsbesteding	aantal uren werkzaam in praktijk		Hoeveel uren per week bent u als huisarts actief voor de praktijk? Hiermee bedoelen we zowel patiëntencontact, administratie, begeleiding HAIO, ... maar exclusief wachtdiensten. Andere professionele bezigheden (vb. lesgeven, CRA, ...) worden buiten beschouwing gelaten.	aantal uren per week:

	aandeel uren ptncontact		Hoeveel hiervan spendeert u aan patiëntencontact (consultaties, huisbezoeken, video- of teleconsultatie)?	aantal uren per week:
	uitputting	De volgende uitspraken hebben betrekking op hoe u uw werk in de praktijk beleeft en hoe u zich daarbij voelt. Wilt u aangeven hoe vaak iedere uitspraak op u van toepassing is door steeds het best passende antwoord aan te vinken.	Op het werk voel ik me geestelijk uitgeput	0 Nooit 0 Zelden 0 Soms 0 Vaak 0 Altijd
			Alles wat ik doe op mijn werk, kost mij moeite	
			Ik raak maar niet uitgerust nadat ik gewerkt heb	
			Op het werk voel ik me lichamelijk uitgeput	
			Als ik 's morgens opsta mis ik de energie om aan de werkdag te beginnen	
			Ik wil wel actief zijn op het werk, maar het lukt mij niet	
			Als ik me inspan op het werk dan word ik snel moe	
			Op het einde van de werkdag voel ik me mentaal uitgeput en leeg	

Annex 2 – Indicatoren met betrekking tot zorgnood

Hieronder presenteren we de definitie en bron rond indicatoren met betrekking tot zorgnood zoals gesuggereerd in het pilootrapport fase 1 (Merckx et al., 2022) en waar beschikbaar.

Indicator	Definitie + Bron
Bevolkingsdensiteit	Definitie: deze indicator geeft een gemiddelde weer van het aantal inwoners per vierkante km. Bron: provincie.incijfers.be via Federale Overheidsdienst Binnenlandse Zaken – Algemene directie Instellingen en Bevolking – Rijksregister. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector.
Aandeel alleenstaande oudergezinnen	Definitie (eenoudergezinnen): deze indicator geeft het aantal gezinnen weer bestaande uit een alleenstaande ouder met minstens 1 minderjarig (LIPRO) kind, inclusief de inwoners ingeschreven in het wachtregister. Bron: provincie.incijfers.be via Federale Overheidsdienst Binnenlandse Zaken – Algemene directie Instellingen en Bevolking – Rijksregister. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector.
Aandeel alleenstaande 75-plussers	Definitie (alleenwonend naar leeftijd): deze indicator geeft het aantal inwoners weer die alleen wonen voor de leeftijdscategorieën 18 tot 64 jaar, 65 tot 74 jaar en 75 jaar of ouder, inclusief de inwoners ingeschreven in het wachtregister. Bron: provincie.incijfers.be via Federale Overheidsdienst Binnenlandse Zaken – Algemene directie Instellingen en Bevolking – Rijksregister. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector.
Aandeel personen met statuut chronische aandoening	Definitie (% statuut chronische aandoeningen): deze indicator geeft het percentage weer van het aantal rechthebbenden met een statuut van persoon met een chronische aandoening ⁶ en vervangt sinds 2013 het statuut chronisch zieke. Zelfstandigen werden niet meegerekend in de cijfers voor jaren < 2008. Bron: IMA-Atlas (http://www.ima-aim.be). Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector (2013- 2020). Er zijn echter minder rechthebbenden opgenomen in de cijfers op niveau wijken en statistische sectoren dan in cijfers op niveau van gemeenten of hoger.
Betalingsachterstand	-
Lage werkintensiteit	-
Gemiddeld inkomen	-

Niet EU-herkomst	Definitie herkomst: voor de operationalisering van de indicatoren die betrekking hebben op de herkomst heeft provincie.incijfers.be zo nauw als mogelijk aangesloten bij de definitie opgesteld door het integratiedecreet, namelijk: “personen die legaal en langdurig in België verblijven en die bij hun geboorte niet de Belgische nationaliteit bezaten of van wie minstens één van de ouders bij geboorte niet de Belgische nationaliteit bezat, in het bijzonder diegenen die zich in een vaststelbare achterstandspositie bevinden”. Op basis van de beschikbare gegevens in het Rijksregister, heeft provincie.incijfers.be de herkomst van een persoon als volgt bepaald: 1) identificatie van moeder en/of vader, 2) nationaliteitshistoriek opmaken per persoon (1990-...), 3) identificatie personen niet-Belgische herkomst, 4) benoemen van de herkomst per persoon. Bron: provincie.incijfers.be via Federale Overheidsdienst Binnenlandse Zaken – Algemene directie Instellingen en Bevolking – Rijksregister. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector.
-------------------------	---

Annex 3 – Syntax uit spss voor berekening van nieuwe variabelen

COMPUTE

consult_totaal=SUM(standaardconsult,consult_tel,consultatie_video,consult_huis,consult_wzc, consultatie_vrij,huisbezoek_extra,consultatie_extra).

EXECUTE.

COMPUTE

HA_aantal=SUM(tewerkstelling_1,tewerkstelling_2,tewerkstelling_3,tewerkstelling_4,tewerkstelling_5,tewerkstelling_6).

EXECUTE.

RECODE HA_aantal (1=1) (2=2) (3 thru Highest=3) INTO praktijkvorm.

EXECUTE.

COMPUTE

Multidisciplinariteitsschaal=SUM(funcities_team___5,funcities_team___7,funcities_team___8,funcities_team___9,funcities_team___10,funcities_team___11).

EXECUTE.

RECODE Multidisciplinariteitsschaal (0=0) (1 thru Highest=1) INTO Multidisciplinariteit.

EXECUTE.

COMPUTE

uitputting_schaal=MEAN(uitputting1,uitputting2,uitputting3,uitputting4,uitputting5,uitputting6,uitputting7,uitputting8).

EXECUTE.

COMPUTE

werkidentiteit_schaal=MEAN(werkidentiteit1,werkidentiteit2,werkidentiteit3,werkidentiteit4).

EXECUTE.

COMPUTE leeftijd=2023 - geboortejaar.

EXECUTE.

RECODE leeftijd (SYSMIS=999).

EXECUTE.

RECODE leeftijd (0 thru 25=1) (26 thru 30=2) (31 thru 35=3) (36 thru 40=4) (41 thru 45=5) (46 thru 50=6) (51 thru 55=7) (56 thru 60=8) (61 thru 65=9) (66 thru 70=10) (71 thru 75=11) (75 thru Highest=12) INTO Leeftijdsindeling.

EXECUTE.

Annex 4a – Forms bevraging gedragenheid - toegankelijkheid huisartsgeneeskunde

In deze enquête wordt een onderscheid gemaakt tussen de praktijkfiche en de huisartsenfiche. Beide fiches kreeg u per mail toegestuurd.

Algemene informatie

1. Wat is de naam van uw huisartsenkring?

Praktijkfiche

2. Welke vragen uit de lijst vindt u erg relevant en belangrijk gezien de doelstelling van het project en de brede uitrol door de overheid?
3. Bij welke vragen heeft u opmerkingen, hetzij naar het delen van deze data met anderen (vb. overheid), hetzij dat u deze minder relevant of belangrijk acht, of andere redenen. Noteer de nummers van deze vragen.
4. Welke vragen mogen **nooit** publiekelijk gekend zijn en dus nooit op publiek consulteerbare kaarten komen (wel voor de overheid, maar nooit voor het brede publiek). Noteer de nummers van deze vragen.
5. Ontbreken er volgens u belangrijke vragen in de praktijkfiche?

Huisartsenfiche

6. Welke van de vragen uit de lijst vindt u erg relevant en belangrijk gezien de doelstelling van het project en de brede uitrol door de overheid?
7. Bij welke vragen heeft u opmerkingen, hetzij naar het delen van deze data met anderen (vb. overheid), hetzij dat u deze minder relevant of belangrijk acht, of andere redenen. Noteer de nummers van deze vragen.
8. Welke vragen mogen nooit publiekelijk gekend zijn en dus nooit op publiek consulteerbare kaarten komen (wel voor de overheid, maar nooit voor het brede publiek). Noteer de nummers van deze vragen.
9. Ontbreken er volgens u belangrijke vragen in de huisartsenfiche?

Toegankelijkheid huisartsgeneeskunde binnen de kring

10. Welke vragen uit de vragenlijst moeten volgens u jaarlijks bij de leden bevestigd worden om als huisartsenkring aan de slag te kunnen gaan om de huisartsentoegankelijkheid te kunnen waarborgen?

Annex4b – Interviewleidraad - bevraging huisartsenkringen

Informatie

HAK:

Kleine kring? Grote kring? Middelgrote kring? (inwoners vragen bij benadering)

Deelnemers en functie:

Datum.....xx/xx/2023.....

Deelopdracht Ministerieel Besluit: werkpakket 'creëren draagvlak bij doelgroep'

a) aftoetsen voor welke van de primair te verzamelen indicatoren het terrein niet bereid is om deze aan te leveren aan het agentschap

b) in dialoog onderzoeken onderliggende beweegredenen voor onbereidheid van het aanleveren van deze gegevens aan het agentschap

c) bereidheid verhogen door doelgroep te informeren en motiveren

Voorbereiding

De kring krijgt één tot twee weken op voorhand een [korte kennisclip](#) toegezonden met info over het project. De kring krijgt ook de praktijkfiche en huisartsenfiche (bevraging).

Interviewer vraagt of de deelnemers de kennisclip bekeken hebben. Indien nodig wordt het project kort toegelicht.

Verwelkoming en inleidende vraag

In de bevraging gaf u aan dat u vraag (of vragen) x (x, x, x) erg relevant vindt voor de brede uitrol van dit project. Waarom vindt u dit zo relevant en belangrijk?

(interviewer kiest hier één of enkele vragen uit de 'forms' die de kring aangaf als erg belangrijk en die de interviewer belangrijk vindt om nog even op door te vragen)

Deel 1: Praktijkfiche

Vraag 1: U gaf problemen aan bij een aantal vragen. Kan u aangeven welke vragen u minder relevant vond? Kan u per vraag aangeven waarom?

Toelichting:

- Subvraag o.b.v. antwoorden vraag 3 in online vragenlijst
- Samen met verwelkoming (minuut 0-15)
- Tip: Voldoende de redenen voor onbekendheid tot delen bevragen.

Notities:

- Vraag x
 - o Waarom minder relevant?
- Vraag x
 - o Waarom minder relevant?
- Vraag x
 - o Waarom minder relevant?

Vraag 2: U gaf ook aan dat u een aantal vragen problematischer vond inzake het delen.

Subvraag A: Zoals gezegd zullen al deze gegevens in 'ruwe' vorm gedeeld worden met de kringen. Kan u aangeven hoe u daartegenover staat? En waarom vindt u het een probleem of net niet?

Subvraag B: I.v.m. het delen met de overheid is het zo dat een aantal in 'ruwe vorm' worden gedeeld en een aantal in 'geaggregeerde vorm'. Kan u aangeven hoe u daartegenover staat? En waarom?

Toelichting:

- Subvraag obv antwoorden vraag 4 in online vragenlijst
- Hier deelt de interviewer de dia met de praktijkfiche (dia 3), zodanig dat de geïnterviewden kunnen blijven kijken naar de slide
- Mogelijke bijvraag: is er een manier waarop we de bevraging kunnen aanpassen zodanig dat het delen minder problemen zou geven? (je kan dit toespitsen op een specifieke vraag)
- Minuut 15-20

Notities:

- Vraag x (uitleg waarom)
- Vraag x (uitleg waarom)
- Vraag x (uitleg waarom)
- Vraag x (uitleg waarom)

Vraag 3: Welke vragen ontbreken er volgens u op de praktijkfiche?

Toelichting:

- Subvraag obv antwoorden vraag 5 in Forms
- Minuut 20-25
- Tip: Moet duidelijk zijn dat ze deze vraag beantwoorden in termen van de doelstelling van het project, nl. het in kaart brengen van de toegankelijkheid/aanbod op jaarlijkse basis

Notities:

Deel 2: Huisartsenfiche

Inleidende vraag

In de bevraging gaf u aan dat u vraag (of vragen) x (x, x, x) erg relevant vindt voor de brede uitrol van dit project. Waarom vindt u dit zo relevant en belangrijk?

(interviewer kiest hier 1 of enkele vragen uit de 'forms' die de kring aangaf als erg belangrijk en die de interviewer belangrijk vindt om nog even op door te vragen)

Vraag 4: U gaf problemen aan bij een aantal vragen. Kan u aangeven welke vragen u minder relevant vond? Kan u per vraag aangeven waarom?

Toelichting:

- Subvraag obv antwoorden vraag 7 in forms
- Minuut 25-35
- Tip: voldoende de redenen voor onbekendheid tot delen bevragen

Notities:

- Vraag x
 - o Waarom minder relevant?
- Vraag x
 - o Waarom minder relevant?
- Vraag x
 - o Waarom minder relevant?

Vraag 5: U gaf ook aan dat u een aantal vragen problematischer vond inzake het delen.

Subvraag A: Zoals gezegd zullen al deze gegevens in 'ruwe' vorm gedeeld worden met de kringen. Kan u aangeven hoe u daartegenover staat? En waarom vindt u het een probleem of net niet?

Subvraag B: I.v.m. het delen met de overheid is het zo dat een aantal in 'ruwe vorm' worden gedeeld en een aantal in 'geaggregeerde vorm'. Kan u aangeven hoe u daartegenover staat? En waarom?

Toelichting:

- Subvraag obv antwoorden vraag 8 in online vragenlijst
- Hier deelt de interviewer de dia met de huisartsenfiche (dia 4), zodanig dat de geïnterviewden kunnen blijven kijken naar de slide
- Mogelijke bijvraag: is er een manier waarop we de bevraging kunnen aanpassen zodanig dat het delen minder problemen zou geven? (je kan dit toespitsen op een specifieke vraag)
- Minuut 35-40

Notities:

- Vraag x (uitleg waarom)
- Vraag x (uitleg waarom)
- Vraag x (uitleg waarom)
- Vraag x (uitleg waarom)

Vraag 6: Welke vragen ontbreken er volgens u op de huisartsenfiche?

Toelichting:

- Subvraag obv antwoorden op vraag 9 in online bevraging
- Minuut 40-45
- Tip: Moet duidelijk zijn dat ze deze vraag beantwoorden in termen van de doelstelling van het project, nl. het in kaart brengen van de toegankelijkheid/aanbod op jaarlijkse basis

Notities:

-

Deel 3: Toegankelijkheid huisartsgeneeskunde binnen de kring

Vraag 7: Welke initiatieven neemt **uw kring** momenteel al om de toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde te bevorderen (vb. stratenplan, website, werkgroep, extra zorgpunt, ...)?
Werken deze initiatieven?

Toelichting:

- Minuut 45-50

Notities:

Vraag 8: Welke initiatieven dient de **overheid** extra te nemen om de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in uw regio te kunnen blijven garanderen?

Toelichting:

- Minuut 50-55

Notities:

Vraag 9: Welke initiatieven dient **Domus Medica** extra te nemen om de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in uw regio te kunnen blijven garanderen?

Toelichting:

- Minuut 55-60

Notities:

Vraag 10: Heeft uw kring nog bemerkingen?

- Inclusief bedanking voor deelname

Notities:

--

Op het einde in te vullen door de interviewer:

Algemene conclusie interview (enkele bullet points):

-
-

Eventueel extra op te nemen vragen in de vragenlijst:

-
-

Fundamentele problemen? Ja/nee, zo ja welke voornaamste:

-

Annex 5 - Indicatoren uit de praktijkvragenlijst

Categorische variabelen	Kring Turnhout			Kring IJzerstreek & Westkust			Kring Zwvlaanderen			Kring Meetjesland			Kring Genk			Totaal (N=3)			Totaal (N=5)		
	%	N	valid %	N	%	valid %	N	%	Valid %	N	%	Valid %	N	%	Valid %	N	%	Valid %	N	%	Valid %
<u>PRAKTIJKKENMERKEN</u>																					
Praktijkvorm																					
Solo	18	33,3	33,3	27	67,5	67,5	50	43,9	43,9	26	40	41,3	14	36,8	38,9	90	41,5	42,3	135	43,4	44
Duo	12	22,2	22,2	9	22,5	22,5	20	17,5	17,5	15	23,1	23,8	3	7,9	8,3	38	17,5	17,8	59	19	19,2
Groep	24	44,4	44,4	4	10	10	44	38,6	38,6	22	33,8	34,9	19	50	52,8	85	39,2	39,9	113	36,3	36,8
Missing	0	0		0	0		0	0		2	3,2		2	5,3		4	1,8		4	1,3	
Betalingssysteem																					
Forfaitair	5	9,3	9,3	3	7,5	7,5	9	7,9	7,9	8	12,3	12,5	9	23,7	234,3	26	12	12	34	10,9	11
Betaling per prestatie	49	90,7	90,7	37	92,5	92,5	105	92,1	92,1	56	86,2	87,5	28	73,7	75,7	189	87,1	87,1	275	88,4	89
Missing	0	0		0	0		0	0		1	1,5		1	2,6		2	0,9		2	0,6	
Betalingsmogelijkheden																					
cash mogelijk	51	94,4	96,2	39	97,5	97,5	113	99,1	99,1	63	96,9	96,9	37	97,4	97,4	213	98,2	98,2	303	97,4	97,4
cash niet mogelijk	2	3,7	3,8	1	2,5	2,5	1	0,9	0,9	2	3,1	3,1	1	2,6	2,6	4	1,8	1,8	7	2,3	2,3
Missing	1	1,9		0	0		0	0		0	0		0	0		0	0		1	0,3	
bancontact mogelijk	42	77,8	79,2	23	57,5	57,5	59	51,8	51,8	30	46,2	46,2	26	68,4	68,4	115	53	53	180	57,9	58,1
bancontact niet mogelijk	11	20,4	20,8	17	42,5	42,5	55	48,2	48,2	35	53,8	53,8	12	31,6	31,6	102	47	47	130	41,8	41,9
Missing	1	1,9		0	0		0	0		0	0		0	0		0	0		1	0,3	
payconiq mogelijk	25	46,3	47,2	30	75	75	97	85,1	85,1	54	83,1	83,1	25	65,8	65,8	176	81,1	81,1	231	74,3	25,5
payconiq niet mogelijk	28	51,9	52,8	10	25	25	17	14,9	14,9	11	16,9	16,9	13	34,2	34,2	41	18,9	18,9	79	25,4	74,5
Missing	1	1,9		0	0		0	0		0	0		0	0		0	0		1	0,3	
andere mogelijk	4	7,4	7,4	6	15	15	28	24,6	24,6	16	24,6	24,6	10	26,3	26,3	54	24,9	24,9	64	20,6	20,6

andere niet mogelijk	50	92,6	92,6	34	85	85	86	75,4	75,4	49	75,4	75,4	28	73,7	73,7	163	75,1	75,1	247	79,4	79,4
Missing	0	0		0	0		0	0		0	0		0	0		0	0		0	0	
<u>SAMENSTELLING TEAM</u>																					
Praktijken met administratief medewerker	41	75,9	78,8	14	35	35	58	50,9	50,9	30	46,2	46,2	23	60,5	60,5	111	51,2	51,2	166	53,4	53,7
praktijken zonder administratief mederwerker	11	20,4	21,2	26	65	65	56	49,1	49,1	35	53,8	53,8	15	39,5	39,5	106	48,8	48,8	143	46	46,3
Missing	2	3,7		0	0		0	0		0	0		0	0		0	0		2	0,6	
Admin taken																					
Onthaal																					
Taak	37	68,5	90,2	12	30	85,7	56	49,1	96,6	25	38,5	80,6	21	55,3	91,3	102	51,6	98,2	151	48,6	90,4
Geen taak	4	7,4	9,8	2	5	14,3	2	1,8	3,4	6	9,2	19,4	2	5,3	8,7	10	4,6	8,9	16	5,1	9,6
Missing	13	24,1		26	65		56	49,1		34	52,3		15	39,5		105	48,4		144	46,3	
Telefonie																					
Taak	40	74,1	97,6	14	35	100	58	50,9	100	30	46,2	96,8	22	57,9	95,7	110	50,7	98,2	164	52,7	98,2
Geen taak	1	1,9	2,4	0	0	0	0	0	0	1	1,5	3,2	1	2,6	4,3	2	0,9	1,8	3	1	1,8
Missing	13	24,1		26	65		56	49,1		34	52,3		15	39,5		105	48,4		144	46,3	
Afsprakenbeheer																					
Taak	0	0	0	0	0	0	58	50,9	100	29	44,6	93,5	22	57,9	95,7	109	50,2	97,3	109	35	97,3
Geen taak	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3,1	6,5	1	2,6	4,3	3	1,4	2,7	3	1	1,7
Missing	54	100		40	100		56	49,1		34	52,3		15	39,5		105	48,4		199	64	
Logistiek en stockbeheer																					
Taak	40	74,1	97,6	14	35	100	58	50,9	100	23	35,4	74,2	20	52,6	87	95	43,8	84,8	149	47,9	89,2
Geen taak	1	1,9	2,4	0	0	0	0	0	0	8	12,3	25,8	3	7,9	13	17	7,8	15,2	18	5,8	10,8
Missing	13	24,1		26	65		56	49,1		34	52,3		15	39,5		105	48,4		144	46,3	
Administratie algemeen																					
Taak	37	68,5	90,2	9	22,5	64,3	50	43,9	86,2	26	40	83,9	21	55,3	91,3	97	44,7	86,6	143	46	85,6
Geen taak	4	7,4	9,8	5	12,5	35,7	8	7	13,8	5	7,7	16,1	2	5,3	8,7	15	6,9	13,4	24	7,7	14,4
Missing	13	24,1		26	65		56	49,1		34	52,3		15	39,5		105	48,4		144	46,3	

Administratie dossiers																					
Taak	37	68,5	90,2	11	27,5	78,6	37	32,5	63,8	20	30,8	64,5	13	34,2	56,5	70	32,3	62,5	118	37,9	70,7
Geen taak	4	7,4	9,8	3	7,5	21,4	21	18,4	36,2	11	16,9	35,5	10	26,3	43,5	42	19,4	37,5	49	15,8	29,3
Missing	13	24,1		26	65		56	49,1		34	52,3		15	39,5		105	48,4		144	46,3	
Andere																					
Taak	24	44,4	58,5	6	15	42,9	7	6,1	12,1	7	10,8	23,3	7	18,4	30,4	21	9,7	18,9	51	16,4	30,7
Geen taak	17	31,5	41,5	8	20	57,1	51	44,7	87,9	23	35,4	76,7	16	42,1	69,6	90	41,5	81,1	115	37	69,3
Missing	13	24,1		26	65		56	49,1		34	52,3		15	39,5		106	48,8		145	46,6	
Telesecretariaat																					
Aanwezig							25	21,9	21,9	15	23,1	23,1	15	39,5	39,5	55	25,3	25,5			
Niet aanwezig							89	78,1	78,1	50	76,9	76,9	22	57,9	57,9	161	74,2	74,5			
Missing							0	0		0	0		0	0		1	0,5				
Praktijken met verpleegkundige																					
Praktijken zonder verpleegkundige	20	37	38,5	10	25	25	15	13,2	13,2	18	27,7	27,7	15	39,5	39,5	48	22,1	22,1	78	25,1	25,2
Missing	32	59,3	61,5	30	75	75	99	86,8	86,8	47	72,3	72,3	23	60,5	60,5	169	77,9	77,9	231	74,3	74,8
Missing	2	3,7		0	0		0	0		0	0		0	0		0	0		2	0,6	
VPK met postgraduaat opleiding (t.o.v. alle praktijken)																					
Geen enkele vpk heeft een postgraduaat	13	24,1	65	7	17,5	77,8	13	11,4	86,7	12	18,5	66,7	7	18,4	46,7	32	14,7	66,7	52	16,7	67,5
ten minste één vpk heeft een postgraduaat	5	9,3	25	1	2,5	11,1	1	0,9	6,7	3	4,6	16,7	4	10,5	26,7	8	3,7	16,7	14	4,5	18,2
ten minste één vpk wenst de postgraduaat te volgen	2	3,7	10	1	2,5	11,1	1	0,9	6,7	3	4,6	16,7	4	10,5	26,7	8	3,7	16,7	11	3,5	14,3
issing	34	63		31	77,5		99	86,8		47	72,3		23	60,5		169	77,9		234	75,2	
Taken verpleegkundige																					
Verpleegtechnische handelingen																					
taak							13	11,4	86,7	13	20	72,2	15	39,5	100	41	18,9	85,4			
geen taak							2	1,8	13,3	5	7,7	27,8	0	0	0	7	3,2	14,6			

Geïntegreerde zorg	Missing						99	86,8		47	72,3		23	60,5		169	77,9					
	taak						4	3,5	26,7	9	13,8	50	10	26,3	66,7	23	10,6	47,9				
	geen taak						11	9,6	73,3	9	13,8	50	5	13,2	33,3	25	11,5	52,1				
Dossieropvolging	Missing						99	86,8		47	72,3		23	60,5		169	77,9					
	taak						8	7	53,3	6	9,2	33,3	7	18,4	46,7	21	9,7	42,8				
	geen taak						7	6,1	46,7	12	18,5	66,7	8	21,1	53,3	27	12,4	56,3				
Participatie aan teamoverleg	Missing						99	86,8		47	72,3		23	60,5		169	77,9					
	taak						7	6,1	46,7	6	9,2	33,3	11	28,9	73,3	24	11,1	50				
	geen taak						8	7	53,3	12	18,5	66,7	4	10,5	26,7	24	11,1	50				
Eenvoudige administratieve taken	Missing						99	86,8		47	72,3		23	60,5		169	77,9					
	taak						10	8,8	66,7	11	16,9	61,1	9	23,7	60	30	13,8	62,5				
	geen taak						5	4,4	33,3	7	10,8	38,9	6	15,8	40	18	8,3	37,5				
Thuisverpleging	Missing						99	86,8		47	72,3		23	60,5		169	77,9					
	taak						1	0,9	6,7	4	6,2	22,2	6	23,7	40	11	5,1	22,9				
	geen taak						14	12,3	93,3	14	21,5	77,8	9	15,8	60	37	17,1	77,1				
andere	Missing						99	86,8		47	72,3		23	60,5		169	77,9					
	taak						2	1,8	13,3	1	1,5	5,6	5	13,2	33,3	8	3,7	16,7				
	geen taak						13	11,4	86,7	17	26,2	94,4	10	26,3	66,7	40	18,4	83,3				
	Missing						99	86,8		47	72,3		23	60,5		169	77,9					
	taak						2	1,8	13,3	1	1,5	5,6	5	13,2	33,3	8	3,7	16,7				
	geen taak						13	11,4	86,7	17	26,2	94,4	10	26,3	66,7	40	18,4	83,3				
Praktijken met HAIO		23	42,6	44,2	8	20	20	29	25,4	25,4	22	33,8	33,8	8	21,1	21,1	59	27,2	27,2	90	28,9	29,1
Praktijken zonder HAIO		29	53,7	55,8	32	80	80	85	74,6	74,6	43	66,2	66,2	30	78,9	78,9	158	72,8	72,8	219	70,4	70,9

	Missing	2	3,7		0	0		0	0		0	0		0	0		0	0		2	0,6	
Praktijksamenstelling andere functies																						
algemeen coordinator of directeur aanwezig																						
	Aanwezig	4	7,4	7,7	1	2,5	2,5	1	0,9	0,9	3	4,6	4,69	6	15,8	15,5	10	4,6	4,6	15	4,8	4,9
	Niet aanwezig	48	88,9	92,3	39	97,5	97,5	113	99,1	99,1	62	95,4	95,4	32	84,2	84,2	207	95,4	95,4	294	94,5	95,1
	missing	2	3,7		0	0		0	0		0	0		0	0		0	0		2	0,6	
diëtist of voedingsdeskundige																						
	Aanwezig	18	33,3	34,6	3	7,5	7,5	9	7,9	7,9	11	16,9	16,9	6	15,8	15,5	26	12	12	47	15,1	15,2
	Niet aanwezig	34	63	65,4	37	92,5	92,5	105	92,1	92,1	54	83,1	83,1	32	84,2	84,2	181	88	88	262	84,2	84,8
	missing	2	3,7		0	0		0	0		0	0		0	0		0	0		2	0,6	
kinesitherapeut, manueel therapeut, osteopaat																						
	Aanwezig	2	3,7	3,8	1	2,5	2,5	7	6,1	6,1	3	4,6	4,6	5	13,2	13,2	15	6,9	6,9	18	5,8	5,8
	Niet aanwezig	50	92,6	96,2	39	97,5	97,5	105	93,9	93,9	62	95,4	95,4	33	86,8	86,8	202	93,1	93,1	291	93,6	94,2
	missing	2	3,7		0	0		0	0		0	0		0	0		0	0		2	0,6	
maatschappelijk medewerker/social werker																						
	Aanwezig	0	0	0	0	0	0	1	0,9	0,9	1	1,5	1,5	5	13,2	13,2	7	3,2	3,2	7	2,3	2,3
	Niet aanwezig	52	96,3	100	40	100	100	113	99,1	99,1	64	98,5	98,5	33	86,8	86,8	210	96,8	96,8	302	97,1	97,7
	missing	2	3,8		0	0		0	0		0	0		0	0		0	0		2	0,6	
podoloog																						
	Aanwezig	2	3,7	3,8	1	2,5	2,5	3	2,6	2,6	5	7,7	7,7	0	0	0	8	3,7	3,7	11	3,5	3,6
	Niet aanwezig	50	92,6	96,2	39	97,5	97,5	111	97,4	97,4	60	92,3	92,3	38	100	100	209	96,6	96,3	298	95,8	96,4
	missing	2	3,7		0	0		0	0		0	0		0	0		0	0		2	0,6	
psycholoog																						
	Aanwezig	7	13	13,5	3	92,5	92,5	11	9,6	9,6	13	20	20	10	26,3	26,3	34	15,7	15,7	44	14,1	14,2
	Niet aanwezig	45	83,3	86,5	37	92,5	92,5	103	90,4	90,4	52	80	80	28	73,7	73,7	183	84,3	84,3	265	85,2	85,8
	missing	2	3,7		0	0		0	0		0	0		0	0		0	0		2	0,6	
gezondheidspromotor																						

Andere	Aanwezig	1	1,9	1,9	0	0	0	2	1,8	1,8	0	0	0	2	5,3	5,3	4	1,8	1,8	5	1,6	1,6
	Niet aanwezig	51	94,4	98,1	40	100	100	112	98,2	98,2	65	100	100	36	94,7	94,7	213	98,2	98,2	304	97,7	98,4
	missing	2	3,7		0	0		0	0		0	0		0	0		0	0		2	0,6	
	Aanwezig							10	8,8	8,8	6	9,2	9,2	6	15,8	15,5	22	10,1	10,1			
	Niet aanwezig							104	91,2	91,2	59	90,8	90,8	32	84,2	84,2	195	89,9	89,9			
	missing							0	0		0	0		0	0		0	0				
	monodisciplinariteit	24	44,4	44,4	28	70	70	87	76,3	76,3	39	60	60	20	52,6	52,6	146	67,3	67,3	198	63,7	63,7
	multidisciplinariteit	30	55,6	55,6	12	30	30	27	23,7	23,7	26	40	40	18	47,4	47,4	71	32,7	32,7	113	36,3	36,3
	Missing	0	0		0	0		0	0		0	0		0	0		0	0		0		
<u>PATIENTENSTOP</u>																						
Aanvaarden nieuwe patienten/patientstop																						
Elke nieuwe patient kan zich aanmelden		8	14,8	14,8	15	37,5	37,5	60	52,6	52,6	22	33,8	33,8	6	15,8	15,8	88	40,6	40,6	111	35,7	35,7
Er gelden voorwaarden voor nieuwe aanmeldingen		38	70,4	70,4	19	47,5	47,5	43	37,7	37,7	33	50,8	50,8	22	57,9	57,9	98	45,2	45,2	155	49,8	49,8
Geen enkele nieuwe patient kan zich aanmelden		8	14,8	14,8	6	15	15	11	9,6	9,6	10	15,4	15,4	10	26,3	26,3	31	14,3	14,3	45	14,5	14,5
Missing		0	0		0	0		0	0		0	0		0	0		0	0,5		0	0	
Situaties aanwerven nieuwe patienten																						
<i>In het werkingsgebied van de praktijk wonen</i>																						
Situatie van toepassing								29	25,4	67,4	22	33,8	66,7	16	42,1	72,7	31	14,3	31,6			
niet van toepassing								14	12,3	32,6	11	16,9	33,3	6	15,8	27,3	67	30,9	68,4			
Missing								71	62,3		32	49,2		16	42,1		119	54,8				
<i>Tijdelijk verblijven in het werkingsgebied van de praktijk (vb. kotstudent, seizoensarbeider)</i>																						
Situatie van toepassing								24	21,1	55,8	14	21,5	42,4	8	21,1	36,4	46	21,2	46,9			
niet van toepassing								19	16,7	44,2	19	29,2	57,6	14	36,8	63,6	52	24	53,1			
Missing								71	62,3		32	49,2		16	42,1		119	54,8				

Nieuw verhuizen naar het werkingsgebied van de praktijk														
Situatie van toepassing			27	23,7	62,8	19	29,2	57,6	12	31,6	54,5	58	26,7	59,2
niet van toepassing			16	14	37,2	14	21,5	42,4	10	26,3	45,5	40	18,4	40,8
Missing			71	62,3		32	49,2		16	42,1		119	54,8	
geboorte of uitbreiding (huwen, samenwonen) binnen het gezin van een reeds gekende patiënt														
Situatie van toepassing			37	32,5	86	31	47,7	93,9	20	52,6	90,9	88	40,6	89,8
niet van toepassing			6	5,3	14	2	3,1	6,1	2	5,3	9,1	10	4,6	10,2
Missing			71	62,3		32	49,2		16	42,1		119	54,8	
Een doorverwijzing naar de praktijk door een sociale voorziening vb. het OCMW														
Situatie van toepassing			16	14	37,2	11	16,9	33,3	7	18,4	31,8	34	15,7	34,7
niet van toepassing			27	23,7	62,8	22	33,8	66,7	15	39,5	68,2	64	29,5	65,3
Missing			71	62,3		32	49,2		16	42,1		119	54,8	
De patiënt heeft reeds een huisarts maar wenst van huisarts te veranderen														
Situatie van toepassing			11	9,6	25,6	9	13,8	27,3	3	7,9	13,6	23	10,6	23,5
niet van toepassing			32	28,1	74,4	24	36,9	72,7	19	50	86,4	75	34,6	76,5
Missing			71	62,3		32	49,2		16	42,1		119	54,8	
De huisarts van de patiënt is recent gestopt, en er werden afspraken met de collega gemaakt rond de overname vn de paiënt														
Situatie van toepassing			20	17,5	46,5	14	21,5	42,4	13	34,2	59,1	47	21,7	48
niet van toepassing			23	20,2	53,5	19	29,2	57,6	9	23,7	40,9	51	23,5	52
Missing			71	62,3		32	49,2		16	42,1		119	54,8	
De huisarts van de patiënt is recent gestopt, maar de collega maakte met de praktijk geen afspraken rond de overname van de patiënt														
Situatie van toepassing			10	8,8	23,3	13	20	39,4	11	28,9	50	34	15,7	34,7

niet van toepassing		33	28,9	76,7	20	30,8	60,6	11	28,9	50	64	29,5	65,3
Missing		71	62,3		32	49,2		16	42,1		119	54,8	
<i>In geval de huisarts van de patiënt langdurig werkonbekwaam is</i>													
Situatie van toepassing		20	17,5	46,5	18	27,7	54,5	14	36,8	63,6	52	24	53,1
niet van toepassing		23	20,2	53,5	15	23,1	45,5	8	21,1	36,4	46	21,2	46,9
Missing		71	62,3		32	49,2		16	42,1		119	54,8	
<i>Andere</i>													
Situatie van toepassing		4	3,5	9,3	5	7,7	15,2	1	2,6	4,5	10	4,6	10,2
niet van toepassing		39	34,2	90,7	28	43,1	84,8	21	55,3	95,5	88	40,6	89,8
Missing		71	62,3		32	49,2		16	42,1		119	54,8	
Geografisch werkingsgebied													
Neen		49	43	43	23	35,4	35,4	15	39,5	39,5	87	40,1	40,1
Gemeente/stad/deelgemeente		30	26,3	26,3	20	30,8	30,8	5	13,2	13,2	55	25,3	25,3
Grens van een wijk of een aantal wijken		1	0,9	0,9	2	3,1	3,1	6	15,8	15,8	9	4,1	4,1
dmv straten zonder de indeling van een wijk te volgen		1	0,9	0,9	1	1,5	1,5	4	10,5	10,5	6	2,8	2,8
Afstand tot praktijk vb perimeter		29	25,4	25,4	16	24,6	24,6	7	18,4	18,4	52	24	24
Andere		4	3,5	3,5	3	4,6	4,6	1	2,6	2,6	8	3,7	3,7
Missing		0	0		0	0		0	0		0	0	
Overname ptn mogelijk van collega die zijn/haar praktijk stopzet?													
Ja		37	32,5	32,7	21	32,3	32,3	10	26,3	27	68	31,3	31,6
Ja, enkel indien afspraken		36	31,6	31,9	18	27,7	27,7	13	34,2	35,1	67	30,9	31,2
Neen		40	35,1	35,4	26	40	40	14	36,8	37,8	80	36,9	37,2
Missing		1	0,9		0	0		1	2,6		1	0,5	
Overname ptn mogelijk van collega die 6 maand werkonbekwaam is													
Ja		17	14,9	14,9	20	30,8	30,8	7	18,4	18,9	44	20,3	20,4

Ja, enkel indien afspraken								68				59,6				59,6				27				41,5				41,5				16				42,1				43,2				111				51,2				51,4																																			
Neen								29				25,4				25,4				18				27,7				27,7				14				36,8				37,8				61				28,1				28,2																																			
Missing								0				0								0				0								1				2,6								1				0,5																																							
Hoe vaak is het verleden voorgekomen dat uw praktijk tijdelijk geen patiënten meer kon aannemen																																																																																							
Nooit								64				56,1				56,1				28				43,1				43,8				10				26,3				27				102				47				47,4																																			
een enkele keer voor korte tijd (Max. 6 maanden)								15				13,2				13,2				10				15,4				15,6				6				15,8				16,2				31				14,3				14,4																																			
Een enkele keer voor langere tijd (langer dan 6 maanden)								7				6,1				6,1				9				13,8				14,1				7				18,4				18,9				23				10,6				10,7																																			
Meerdere keren voor korte tijd (max. 6 maanden)								8				7				7				6				9,2				9,4				5				13,2				13,5				19				8,8				8,8																																			
Meerdere keren voor lange tijd (langer dan 6 maanden)								20				17,5				17,5				11				16,9				17,2				9				23,7				24,3				40				18,4				18,6																																			
Missing								0				0								1				1,5								1				2,9								2				0,9																																							
Hoe vaak verwacht u dat uw praktijk tijdelijk geen patiënten meer kon aannemen in de toekomst																																																																																							
Nooit								32				28,1				28,1				13				20				20,3				5				13,2				13,9				50				23				23,6																																			
een enkele keer voor korte tijd (Max. 6 maanden)								24				21,1				21,1				13				20				20,3				5				13,2				13,9				42				19,4				19,8																																			
Een enkele keer voor langere tijd (langer dan 6 maanden)								6				5,3				5,3				7				10,8				10,9				3				7,9				8,3				16				7,4				7,5																																			
Meerdere keren voor korte tijd (max. 6 maanden)								21				18,4				18,4				6				9,2				9,4				7				19,4				19,4				34				15,7				16																																			
Meerdere keren voor lange tijd (langer dan 6 maanden)								29				25,4				25,4				25				38,5				39,1				16				42,1				44,4				70				32,3				33																																			
Missing								2				1,8								1				1,5								2				5,3								5				2,3																																							
<u>VERHOGEN CAPACITEIT</u>																																																																																							
vacatures huisarts																																																																																							
Deeltijds				3				5,6				5,7				0				0				0				4				3,5				3,5				7				10,8				10,9				1				2,6				2,7				12				5,5				5,6				15				4,8				4,9			
Voltijds				20				37				37,7				10				25				25				29				25,4				25,4				22				33,8				34,4				15				39,5				40,5				66				30,4				30,8				96				30,9				31,3			
Geen vacature				30				55,6				56,6				30				75				75				80				70,2				70,2				35				53,8				54,7				21				55,3				56,8				136				62,7				63,6				196				63,0				63,8			

[illegible]

Aangevinkt	9	7,9	11	4	6,2	10	0	0	0	13	6	9
Niet aangevinkt	73	64	89	36	55,4	90	22	57,9	100	131	60,4	91
Missing	32	28,1		25	38,5		16	42,1		73	33,6	
<i>Omwille van beperkingen opgelegd door de eigenaar van het praktijkgebouw</i>												
Aangevinkt	1	0,9	1.2	1	1,5	2,5	0	0	0	2	0,9	1,4
Niet aangevinkt	81	71,1	98,8	39	60	97,5	22	57,9	100	142	65,4	98,6
Missing	32	28,1		25	38,5		16	42,1		73	33,6	
<i>Omwille van beperkingen opgelegd door de gemeente/stad/stedenbouw (vb. beperkingen aantal bouwlagen, vereisten bijkomende parking)</i>												
Aangevinkt	2	1.8	2.4	1	1,5	2,5	0	0	0	3	1,4	2,1
Niet aangevinkt	80	70,2	97.6	39	60	97,5	22	57,9	100	141	65	97,9
Missing	32	28,1		25	38,5		16	42,1		73	33,6	
<i>Omwille van financiële redenen</i>												
Aangevinkt	2	1.8	2.4	3	4,6	7,5	0	0	0	5	2,3	3,5
Niet aangevinkt	80	70.8	97.6	37	56,9	92,5	22	57,9	100	139	64,1	96,5
Missing	32	28,1		25	38,5		16	42,1		73	33,6	
<i>Omwille van onvoldoende kennis om een (ver)bouwproject op te starten en/of op te volgen</i>												
Aangevinkt	1	0.9	1.2	0	0	0	0	0	0	1	0,5	0,7
Niet aangevinkt	81	71.7	98.8	40	61,5	100	22	57,9	100	143	65,9	99,3
Missing	32	28,1		25	38,5		16	42,1		73	33,6	
<i>Omwille van onvoldoende tijd om een (ver)bouwproject op te starten en/of op te volgen</i>												
Aangevinkt	3	2,6	3,7	3	4,6	7,5	0	0	0	6	2,8	4,2
Niet aangevinkt	79	69,3	96,3	37	56,9	92,5	22	57,9	100	138	63,6	95,8
Missing	32	28,1		25	38,5		16	42,1		73	33,6	

<i>Andere</i>												
Aangevinkt	5	4,4	6,1	4	6,2	10	3	7,9	13,6	12	5,5	8,3
Niet aangevinkt	77	67,5	93,9	36	55,4	90	19	50	86,4	132	60,8	91,7
Missing	32	28,1		25	38,5		16	42,1		73	33,6	
Genomen maatregelen om tekorten op te vangen												
<i>Herschikken van taken naar een verpleegkundige</i>												
Dit doen we al of hebben we al gedaan	18	15,8	15,8	13	20	20,3	11	28,9	30,6	42	19,4	19,6
Dit zijn we van plan (nog meer) te doen binen de komende zes maanden	15	13,2	13,2	11	16,9	17,2	9	23,7	25	35	16,1	16,4
Dit doen we niet e zijn we niet van plan te doen binnen de komende zes maanden	43	37,7	37,7	18	27,7	28,1	8	21,1	22,2	69	31,8	32,2
Niet van toepassing	38	33,3	33,3	22	33,8	34,4	8	21,1	22,2	68	31,3	31,8
Missing	0	0		1	1,5		2	5,3		3	1,4	
<i>Herschikken van taken naar een onthaal- of administratief medewerker</i>												
Dit doen we al of hebben we al gedaan	52	45,6	46,8	31	47,7	47,7	18	47,4	50	101	46,5	47,6
dit zijn we van plan (nog meer) te doen binen de komende zes maanden	13	11,4	11,7	7	10,8	10,8	6	15,8	16,7	26	12	12,3
dit doen we niet e zijn we niet van plan te doen binnen de komende zes maanden	26	22,8	23,4	14	21,5	21,5	5	13,2	13,9	45	20,7	21,2
Niet van toepassing	20	17,5	18	13	20	20	7	18,4	19,4	40	18,4	18,9
Missing	3	2,6		0	0		2	5,3		5	2,3	
<i>Het bijscholen van bestaand personeel waardoor taakherschikking mogelijk is</i>												
Dit doen we al of hebben we al gedaan	16	14	14,3	11	16,9	17,2	5	13,2	13,9	32	14,7	15,1

dit zijn we van plan (nog meer) te doen binen de komende zes maanden				11	9,6	9,8	5	7,7	7,8	5	13,2	13,9	21	9,7	9,9
dit doen we niet e zijn we niet van plan te doen binnen de komende zes maanden				31	27,2	27,7	13	20	20,3	10	26,3	27,8	54	24,9	25,5
Niet van toepassing				54	47,4	48,2	35	53,8	54,7	16	42,1	44,4	105	48,4	49,5
Missing				2	1,8		1	1,5		2	5,3		5	2,3	
Het efficiënter organiseren van de praktijk vb. herplannen van afsprakenblokken, geen vrije consultatie meer, ...															
Dit doen we al of hebben we al gedaan				82	71,9	71,9	46	70,8	70,8	26	68,4	76,5	154	71	72,3
dit zijn we van plan (nog meer) te doen binen de komende zes maanden				7	6,1	6,1	9	13,8	13,8	3	7,9	8,8	19	8,8	8,9
dit doen we niet e zijn we niet van plan te doen binnen de komende zes maanden				16	14	14	4	6,2	6,2	3	7,9	8,8	23	10,6	10,8
Niet van toepassing				9	7,9	7,9	6	9,2	9,2	2	5,3	5,9	17	7,8	8
missing				0	0		0	0		4	10,5		4	1,8	
Afbouwen van huisbezoeken															
Dit doen we al of hebben we al gedaan				65	57	57	41	63,1	63,1	23	60,5	65,7	129	59,4	60,3
dit zijn we van plan (nog meer) te doen binen de komende zes maanden				16	14	14	3	4,6	4,6	3	7,9	8,6	22	10,1	10,3
dit doen we niet e zijn we niet van plan te doen binnen de komende zes maanden				23	20,2	20,2	12	18,5	18,5	5	13,2	14,3	40	18,4	18,7
Niet van toepassing				10	8,8	8,8	9	13,8	13,8	4	10,5	11,4	23	10,6	10,7
Missing				0	0		0	0		3	7,9		3	1,4	
Uitbreiden van de openingsuren van de praktijk															
Dit doen we al of hebben we al gedaan				36	31,6	31,6	18	27,7	28,6	11	28,9	30,6	65	30	30,5

dit zijn we van plan (nog meer) te doen binen de komende zes maanden	3	2,6	2,6	4	6,2	6,3	2	5,3	5,6	9	4,1	4,2
dit doen we niet e zijn we niet van plan te doen binnen de komende zes maanden	56	49,1	49,1	27	41,5	42,9	16	42,1	44,4	99	45,6	46,5
Niet van toepassing	19	16,7	16,7	14	21,5	22,2	7	18,4	19,4	40	18,4	18,8
Missing	0	0		2	3,1		2	5,3		4	1,8	
Verkorten van de duur van een consultatie of huisbezoek												
Dit doen we al of hebben we al gedaan	25	21,9	21,9	15	23,1	23,1	7	18,4	19,4	47	21,7	21,9
dit zijn we van plan (nog meer) te doen binen de komende zes maanden	3	2,6	2,6	1	1,5	1,5	2	5,3	5,6	6	2,8	2,8
dit doen we niet e zijn we niet van plan te doen binnen de komende zes maanden	66	57,9	57,9	35	53,8	53,8	18	47,4	50	119	54,8	55,3
Niet van toepassing	20	17,5	17,5	14	21,5	21,5	9	23,7	25	43	19,8	20
Missing	0	0		0	0		2	5,3		2	0,9	
Patiënten met chronische aandoeningen meer stimuleren tot zelfzorg/zelfmanagement												
Dit doen we al of hebben we al gedaan	47	41,2	42,3	31	47,7	47,7	17	44,7	47,2	95	43,8	44,8
dit zijn we van plan (nog meer) te doen binen de komende zes maanden	19	16,7	17,1	12	18,5	18,5	5	13,2	13,9	36	16,6	17
dit doen we niet e zijn we niet van plan te doen binnen de komende zes maanden	31	27,2	27,9	15	23,1	23,1	11	28,9	30,6	57	26,3	26,9
Niet van toepassing	14	12,3	12,6	7	10,8	10,8	3	7,9	8,3	24	11,1	11,3
Missing	3	2,6					2	5,3		5	2,3	
Groepssessies organiseren i.p.v. individuele consultaties vb. voor diabetespatiënten												
Dit doen we al of hebben we al gedaan	2	1,8	1,8	4	6,2	6,2	2	5,3	5,6	2	0,9	0,9

dit zijn we van plan (nog meer) te doen binen de komende zes maanden				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	2,8	2,8
dit doen we niet e zijn we niet van plan te doen binnen de komende zes maanden				79	69,3	69,3	21	32,3	32,3	19	50	52,8	138	63,6	64,2		
Niet van toepassing				33	28,9	28,9	21	32,3	32,3	15	39,5	41,7	69	31,8	32,1		
Missing				0	0		0	0		2	5,3		2	0,9			
Toepassen van eHealth mogelijkheden vb. videoconsultaties																	
Dit doen we al of hebben we al gedaan				16	14	14	13	20	20	4	10,5	11,1	33	15,2	15,3		
dit zijn we van plan (nog meer) te doen binen de komende zes maanden				9	7,9	7,9	7	10,8	10,8	5	13,2	13,9	21	9,7	9,8		
dit doen we niet e zijn we niet van plan te doen binnen de komende zes maanden				68	59,6	59,6	33	50,8	50,8	18	47,4	50	119	54,8	55,3		
Niet van toepassing				21	18,4	18,4	12	18,5	18,5	9	23,7	25	42	19,4	19,5		
Missing				0	0		0	0		2	5,3		2	0,9			
Meer samenwerking met andere huisartspraktijken																	
Dit doen we al of hebben we al gedaan				35	30,7	31,3	28	43,1	43,1	14	36,8	37,8	77	35,3	36		
dit zijn we van plan (nog meer) te doen binen de komende zes maanden				15	13,2	13,4	7	10,8	10,8	6	15,8	16,2	28	12,9	13,4		
dit doen we niet e zijn we niet van plan te doen binnen de komende zes maanden				36	31,6	32,1	17	26,2	26,2	11	28,9	29,7	64	29,5	29,9		
Niet van toepassing				26	22,8	23,2	13	20	20	6	15,8	16,2	45	20,7	21		
Missing				2	1,8		0	0		1	2,6		3	1,4			
Meer samenwerking met andere medische zorgverleners van buiten de praktijk vb. thuisverpleging																	
Dit doen we al of hebben we al gedaan				65	57	57,5	45	69,2	69,2	20	52,6	54,1	130	59,9	60,5		

dit zijn we van plan (nog meer) te doen binen de komende zes maanden			17	14,9	15	10	15,4	15,4	4	10,5	10,8	31	14,3	14,4							
dit doen we niet e zijn we niet van plan te doen binnen de komende zes maanden			19	16,7	16,8	8	12,3	12,3	7	18,4	18,9	34	15,7	15,8							
Niet van toepassing			12	10,5	10,6	2	3,1	3,1	6	15,8	16,2	20	9,2	9,3							
Missing			1	0,9		0	0		1	2,6		2	0,9								
Meer samenwerking met andere organisaties in de regio vb. OCMW																					
Dit doen we al of hebben we al gedaan			30	26,3	26,3	23	35,4	35,4	11	28,9	29,7	64	29,5	29,6							
dit zijn we van plan (nog meer) te doen binen de komende zes maanden			10	8,8	8,8	8	12,3	12,3	4	10,5	10,8	22	10,1	10,2							
dit doen we niet e zijn we niet van plan te doen binnen de komende zes maanden			41	36	36	18	27,7	27,7	13	34,2	35,1	72	33,2	33,3							
Niet van toepassing			33	28,9	28,9	16	24,6	24,6	9	23,7	24,3	58	26,7	26,9							
Missing									1	2,6		1	0,5								
<u>GROOTTE PRAKTIJK</u> Gemiddelde uren werkzaam in de praktijk																					
minder dan 20u																					
tussen 20uen 30u																					
tussen 30u en 40u																					
tussen 40u en 50u																					
tussen 50u en 60u																					
meer dan 60u																					
<u>CONSULTATIES</u>																					
mogelijkheid online afspraak																					
Niet mogelijk	10	18,5	18,5	11	27,5	27,5	22	19,3	20,2	16	24,6	25,8	8	21,1	22,2	46	21,2	22,2	67	21,5	22,3
Mogelijk	44	81,5	81,5	29	72,5	72,5	87	76,3	79,8	46	70,8	74,2	28	73,7	77,8	161	74,2	77,8	234	75,2	77,7
Missing	0	0		0	0		5	4,4		3	4,6		2	5,3		10	4,6		10	3,2	3,3

was er nog plaats in de agenda?																							
neen, de agenda was volgeboekt						47	41,2	41,2	30	46,2	46,2	18	47,4	47,4	95	43,8	43,8						
Ja, er was nog plaats voor huisbezoeken en/of standaardconsultaties						67	58,8	58,8	35	53,8	53,8	20	52,6	52,6	122	56,2	56,2						
Missing						0	0		0	0		0	0		0	0							
Was er nog plaats voor huisbezoeken?																							
ja						35	30,7	30,7	17	26,2	26,2	8	21,1	21,1	60	27,6	27,6						
neen						79	69,3	69,3	48	73,8	73,8	30	78,9	78,9	157	72,4	72,4						
missing						0	0		0	0		0	0		0	0							
Was er nog plaats voor standaardconsultaties of videoconsultaties?																							
ja						63	55,3	55,3	30	46,2	46,2	16	42,1	42,1	109	50,2	50,2						
neen						51	44,7	44,7	35	53,8	53,8	22	57,9	57,9	108	49,8	49,8						
Missing						0	0		0	0		0	0		0	0							
CONTINUÏTEIT VAN ZORG																							
Wanneer kan een patiënt die de praktijk op maandag vóór 12 u contacteert voor een niet spoedeisend probleem afspraak doorgaans een afspraak krijgen?																							
Zelfde werkdag						94	82,5	83,2	44	67,7	67,7	21	55,3	56,8	159	73,3	74						
Dinsdag						15	13,2	13,3	17	26,2	26,2	14	36,8	37,8	46	21,2	21,4						
Woensdag						3	2,6	2,7	4	6,2	6,2	2	5,3	5,4	9	4,1	4,2						
Donderdag of vrijdag						1	0,9	0,9	0	0	0	0	0	0	1	0,5	0,5						
Missing						1	0,9		0	0		1	2,6		2	0,9							
Huisarts beschikbaar voor urgenties																							
Raadplegingen																							
Beschikbaar/ permanentie			9	16,7	16,7	7	17,5	17,5	85	74,6	74,6	52	80	80	30	78,9	78,9	167	77	77	183	58,8	58,8
Niet beschikbaar			45	83,3	83,3	33	82,5	82,5	29	25,4	25,4	13	20	20	8	21,1	21,1	50	23	23	128	41,2	41,2

Missing	0	0		0	0		0	0		0	0		0	0		0	0		0	0	
Huisbezoeken																					
Beschikbaar	42	77,8	77,8	28	70	70	63	55,3	55,3	41	63,1	63,1	21	55,3	55,3	125	57,6	57,6	195	62,7	62,7
Niet beschikbaar	12	22,2	22,2	12	30	30	51	44,7	44,7	24	36,9	36,9	17	44,7	44,7	92	42,4	42,4	116	37,3	37,3
Missing	0	0		0	0		0	0		0	0		0	0		0	0		0	0,0	
Telefonisch advies																					
Beschikbaar	34	63	63	25	62,5	62,5	73	64	64	45	69,2	69,2	10	26,3	26,3	146	67,3	67,3	205	65,9	65,9
Niet beschikbaar	20	37	37	15	37,5	37,5	41	36	36	20	30,8	30,8	28	73,7	73,7	72	32,7	32,7	107	34,4	34,4
Missing	0	0		0	0		0	0		0	0	0	0	0		0	0		0	0,0	
Voor geen enkele urgentie beschikbaarheid																					
aangevinkt							17	14,9	14,9	6	9,2	9,2	5	13,2	13,2	189	87,1	87,1	189	60,8	60,8
niet aangevinkt							97	85,1	85,1	59	90,8	90,8	33	86,8	86,8	28	12,9	12,9	28	9,0	9,0
Missing							0	0		0	0		0	0		0	0		0	0,0	
Waarborging continuïteit van zorg																					
Geplande vakantie van een huisarts																					
... wordt de continuïteit gewaarborgd binnen de eigen praktijk voor alle patiënten: patiënten kunnen zowel voor dringende en niet-dringende zorg terecht bij een collega-arts in de praktijk							53	46,5	47,3	29	44,6	44,6	18	47,4	47,4	100	46,1	46,5			
.. wordt de continuïteit gewaarborgd voor dringende medische zorg: deze patiënten kunnen terecht bij collega-arts, niet-dringende medische zorg wordt uitgesteld.							27	23,7	24,1	14	21,5	21,5	13	34,2	34,2	54	24,9	25,1			
... kan de continuïteit niet gewaarborgd worden: zowel dringende als niet-dringende medische zorg wordt uitgesteld tot na het verlot van de arts							1	0,9	0,9	0	0	0	1	2,6	2,6	2	0,9	0,9			

.. worden tijdens de afwezigheid van de arts patiënten doorverwezen naar een collega buiten de praktijk, wachtdienst of spoed	31	27,2	27,7	22	33,8	33,8	6	15,8	15,8	59	27,2	27,4
Missing	2	1,8	0	0	0		0	0		2	0,9	
Bij een ongeplande afwezigheid van 1 dag												
... wordt de continuïteit gewaarborgd binnen de eigen praktijk voor alle patiënten: patiënten kunnen zowel voor dringende en niet-dringende zorg terecht bij een collega-arts in de praktijk	48	42,1	42,9	22	33,8	33,8	11	28,9	31,4	81	37,3	38,2
.. wordt de continuïteit gewaarborgd voor dringende medische zorg: deze patiënten kunnen terecht bij collega-arts, niet-dringende medische zorg wordt uitgesteld.	34	29,8	30,4	22	33,8	33,8	16	42,1	45,7	72	33,2	34
... kan de continuïteit niet gewaarborgd worden: zowel dringende als niet-dringende medische zorg wordt uitgesteld tot na het verlov van de arts	3	2,6	2,7	0	0	0	0	0	0	3	1,4	1,4
.. worden tijdens de afwezigheid van de arts patiënten doorverwezen naar een collega buiten de praktijk, wachtdienst of spoed	27	23,7	24,1	21	32,3	32,3	8	21,1	22,9	56	25,8	26,4
Missing	2	1,8		0	0		3	7,9		5	2,3	
Bij een ongeplande afwezigheid van 1 week												
... wordt de continuïteit gewaarborgd binnen de eigen praktijk voor alle patiënten: patiënten kunnen zowel voor dringende en niet-dringende zorg terecht bij een collega-arts in de praktijk	42	36,8	37,8	20	30,8	31,7	15	39,5	40,5	77	35,5	36,5

NETWERK																					
Domeinen samenwerking																					
Organisatie van de permanentie (buiten de wachtdienst)																					
Samenwerking op dit domein	2	3,7	25	3	735	42,9	24	21,1	21,1	16	24,6	24,6	13	34,2	34,2	53	24,4	24,4	58	18,6	25,0
Geen samenwerking	6	11,1	75	4	10	57,1	90	78,9	78,9	49	75,4	75,4	25	54,8	65,8	164	75,6	75,6	174	55,9	75,0
Missing	46	85,2		33	82,5		0	0		0	0		0	0		0	0		79	25,4	
Vervanging tijdens geplande afwezigheid (vb. vakantie)																					
Samenwerking op dit domein	5	9,3	62,5	7	17,5	100	55	48,2	48,2	34	52,3	52,3	19	50	50	108	49,8	49,8	120	38,6	51,7
Geen samenwerking	3	5,6	37,5	0	0	0	59	51,8	51,8	31	47,7	47,7	19	50	50	109	50,2	50,2	112	36,0	48,3
Missing	46	85,2		33	82,5		0	0		0	0		0	0		0	0		79	25,4	
Vervanging tijdens onverwachte afwezigheid (vb. ziekte)																					
Samenwerking op dit domein	7	13	87,5	7	17,5	100	49	43	43	29	44,6	44,6	18	47,4	47,4	96	44,2	44,2	110	35,4	47,4
Geen samenwerking	1	1,9	12,5	0	0	0	65	57	57	36	55,4	55,4	20	52,6	52,6	121	55,8	55,8	122	39,2	52,6
Missing	46	85,2		33	82,5		0	0		0	0		0	0		0	0		79	25,4	
Gedeelde patiëntendossiers																					
Samenwerking op dit domein	3	5,6	37,5	6	15	85,7	10	8,8	8,8	7	10,8	10,8	0	0	0	17	7,8	7,8	26	8,4	11,2
Geen samenwerking	5	9,3	62,5	1	2,5	14,3	104	91,2	91,2	58	89,2	89,2	38	100	100	200	92,2	92,2	206	66,2	88,8
Missing	46	85,2		33	82,5		0	0		0	0		0	0		0	0		79	25,4	
Gedeelde administratieve medewerker(s)																					
Samenwerking op dit domein	1	1,9	12,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,3	0,4
Geen samenwerking	7	13	87,5	7	17,5	100	114	100	100	65	100	100	38	100	100	217	100	100	231	74,3	99,6
Missing	46	85,2		33	82,5		0	0		0	0		0	0		0	0		79	25,4	
Gedeelde verpleegkundige(n)																					
Samenwerking op dit domein	0	0	0	0	0	0	1	0,9	0,9	0	0	0	3	7,9	7,9	4	1,8	1,8	4	1,3	1,7
Geen samenwerking	8	14,8	100	7	17,5	100	113	99,1	99,1	65	100	100	35	92,1	92,1	213	98,2	98,2	228	73,3	98,3
Missing	46	85,2		33	82,5		0	0		0	0		0	0		0	0		79	25,4	
Gedeeld materiaal																					
Samenwerking op dit domein	0	0	0	0	0	0	3	2,6	2,6	0	0	0	1	2,6	2,6	4	1,8	1,8	4	1,3	1,7

Geen samenwerking	8	14,8	100	7	17,5	100	111	97,4	97,4	65	100	100	37	97,4	97,4	213	98,2	98,2	228	73,3	98,3
Missing	46	85,2		33	82,5		0	0		0	0		0	0		0	0		79	25,4	
Casusbespreking, overleg richtlijnen, incidenten-analyse, ...																			0	0,0	
Samenwerking op dit domein	2	3,7	25	1	2,5	14,3	7	6,1	6,1	1	1,5	1,5	4	10,5	10,5	12	5,5	5,5	15	4,8	6,5
Geen samenwerking	6	11,1	75	6	15	85,7	107	93,9	93,9	64	98,5	98,5	34	89,5	89,5	205	94,5	94,5	217	69,8	93,5
Missing	46	85,2		33	82,5		0	0		0	0		0	0		0	0		79	25,4	
Geen samenwerking op een van bovenstaande domeinen																					
geen samenwerking							44	38,6	38,6	22	33,8	33,8	9	23,7	23,7	75	34,6				
samenwerking op een van bovenstaande domeinen							70	61,4	61,4	43	66,2	66,2	29	76,3	76,3	142	65,4				
missing							0	0		0	0		0	0		0	0				
Andere																					
Samenwerking op dit domein							4	3,5	3,5	3	4,6	4,6	5	13,2	13,2	12	5,5	5,5			
Geen samenwerking							110	96,5	96,5	62	95,4	95,4	33	86,8	86,8	205	94,5	94,5			
Missing							0	0		0	0		0	0		0	0				
Gaat het over een erkend netwerk door het riziv																					
Ja	2	3,7	28,6	6	15	100	15	13,2	21,7	13	20	31	6	15,8	22,2	34	15,7	24,6	42	13,5	16,7
Neen	5	9,3	71,4	0	0	0	54	47,4	78,3	29	44,6	69	21	55,3	77,8	104	47,9	75,4	109	35,0	43,4
Missing	47	87		34	85		45	39,5		23	35,4		11	28,9		79	36,4		160	51,4	

Annex 6 – Indicatoren uit de huisartsenvragenlijst

Categorische variabelen	Kring Turnhout			Kring IJzerstreek & Westkust			Kring Zuid West Vlaanderen			Kring Meetjesland			Kring Genk			Totaal (N=3)			Totaal (N=5)		
	N	%	Valid %	N	%	Valid %	N	%	Valid %	N	%	Valid %	N	%	Valid %	N	%	Valid %	N	%	valid %
<u>ARTSKENMERKEN</u>																					
Functie																					
Huisarts	141	94,6	94,6	67	91,8	91,8	209	89,7	91,3	128	82,1	87,7	71	86,6	98,6	39	8,1	8,7	247	35,6	36,9
Haio	8	5,4	5,4	6	8,2	8,2	20	8,6	8,7	18	11,5	12,3	1	1,2	1,4	408	86,6	91,3	422	60,9	63,1
Missing	0	0		0	0		4	1,7		10	6,4		10	12,2		24	5,1		24	3,5	
Geslacht																					
Man							113	48,5	48,5	67	42,9	45	36	43,9	48	216	45,9	47,3			
Vrouw							120	51,5	51,5	82	52,6	55	38	46,3	50,7	240	51	52,5			
Andere							0	0	0	0	0	0	1	1,2	1,3	1	0,2	0,2			
Ik wens dit liever niet te beantwoorden							0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Missing							0	0		7	4,5		7	8,5		14	3				
Leeftijdsindeling																					
Jonger dan 26	0	0	0	0	0	0	5	2,1	2,2	4	2,6	2,7	0	0	0	9	1,9	2	9	1,3	1,4
26-30 jaar	11	7,4	7,7	10	13,7	13,9	29	12,4	12,9	26	16,7	17,6	3	3,7	4,4	58	12,3	13,2	79	11,4	12,0
31-35 jaar	21	14,1	14,7	8	11	11,1	55	23,6	24,4	34	21,8	23	12	14,6	17,6	101	21,4	22,9	130	18,8	19,8
36-40 jaar	25	16,8	17,5	6	8,2	8,3	32	13,7	14,2	15	9,6	10,1	5	6,1	7,4	52	11	11,8	83	12,0	12,7
41-45 jaar	9	6	6,3	6	8,2	8,3	14	6	6,2	7	4,5	4,7	4	4,9	5,9	25	5,3	5,7	40	5,8	6,1
46-50 jaar	11	7,4	7,7	8	11	11,1	14	6	6,2	11	7,1	7,4	11	13,4	16,2	36	7,6	8,2	55	7,9	8,4
51-55 jaar	13	8,7	9,1	11	15,1	15,3	17	7,3	7,6	12	7,7	8,1	7	8,5	10,3	36	7,6	8,2	60	8,7	9,1
56-60 jaar	18	12,1	12,6	4	5,5	5,6	12	5,2	5,3	6	3,8	4,1	6	7,3	8,8	24	5,1	5,4	46	6,6	7,0
61- 65 jaar	20	13,4	14	10	13,7	13,9	21	9	9,3	17	10,9	11,5	9	11	13,2	47	10	10,7	77	11,1	11,7
66-70 jaar	12	8,1	8,4	4	5,5	5,6	18	7,7	8	12	7,7	8,1	9	11	13,2	39	8,3	8,8	55	7,9	8,4
71-75 jaar	3	2	2,1	4	5,5	5,6	4	1,7	1,8	3	1,9	2	1	1,2	1,5	8	1,7	1,8	15	2,2	2,3

	Ouder dan 75 jaar	0	0	0	1	1,4	1,4	4	1,7	1,8	1	0,6	0,7	1	1,2	1,5	6	1,3	1,4	7	1,0	1,1
	Missing	6	4		1	1,4		8	3,4		8	5,1		14	17,1		30	6,4		37	5,3	
Accreditatie																						
	Ja	138	92,6	98,6	65	89	97	203	87,1	99	127	81,4	99,2	71	86,6	100	401	85,1	99,3	604	87,2	98,9
	Neen	2	1,3	1,4	2	2,7	3	2	0,9	1	1	0,6	0,8	0	0	0	3	0,6	0,7	7	1,0	1,1
	Missing	9	6		6	8,2		28	12		28	17,9		11	13,4		67	14,2		82	11,8	
Conventionering																						
	Ja	61	40,9	43,6	53	72,6	79,1	202	86,7	98,1	123	78,8	96,1	70	85,4	98,6	395	83,9	97,5	509	73,4	83,2
	Gedeeltelijk	0	0	0	0	0	0	2	0,9	1	0	0	0	0	0	0	2	0,4	0,5	2	0,3	0,3
	Neen	79	53	56,4	14	19,2	20,9	2	0,9	1	5	3,2	3,9	1	1,2	1,4	8	1,7	2	101	14,6	16,5
	Missing	9	6		6	8,2		27	11,6		28	17,9		11	13,4		66	14		81	11,7	
derdebetalingsregeling voor patienten met financiële moeilijkheden																						
	Ja	35	23,5	25,4	14	19,2	19,7	45	19,3	19,4	41	26,3	27,7	28	34,1	38,4	114	24,2	25,2	163	23,5	24,6
	Neen	27	18,1	19,6	21	28,8	29,6	50	21,5	21,6	21	13,5	14,2	4	4,9	5,5	75	15,9	16,6	123	17,7	18,6
	Soms	76	51	55,1	36	49,3	50,7	137	58,8	59,1	86	55,1	58,1	41	50	56,2	264	56,1	58,3	376	54,3	56,8
	Missing	11	7,4		2	2,7		1	0,4		8	5,1		9	11		18	3,8		31	4,5	
derdebetalingsregeling alle patienten																						
	Ja, ik pas dit altijd toe	75	50,3	55,1	58	79,5	79,5	206	88,4	89,2	124	79,5	84,4	68	82,9	91,9	398	84,5	88,1	531	76,6	80,3
	ja, ik pas dit ook soms toe buiten de verplichte situaties	0	0	0	0	0	0	14	6	6,1	17	10,9	11,6	5	6,1	6,8	36	7,6	8	36	5,2	5,4
	Neen, enkel in de verplichte situaties	61	40,9	44,9	15	20,5	20,5	11	4,7	4,8	6	3,8	4,1	1	1,2	1,4	18	3,8	4	94	13,6	14,2
	Missing	13	8,7								9	5,8		8	9,8		19	4		32	4,6	
CARRIEREPERSPECTIEF																						
Bent u van plan om uw activiteiten als huisarts in de praktijk <u>stop te</u> zetten?																						

Neen	108	72,5	73	55	75,3	75,3	186	79,8	83,8	113	72,4	81,3	47	57,3	67,1	346	73,5	80,3	509	73,4	77,9
Ja, binnen termijn van 5 jaar	14	9,4	9,5	8	11	11	20	8,6	9	7	4,5	5	12	14,6	17,1	39	8,3	9	61	8,8	9,3
Ja, binnen een termijn van 4 jaar	1	0,7	0,7	2	2,7	2,7	4	1,7	1,8	0	0	0	3	3,7	4,3	7	1,5	1,6	10	1,4	1,5
Ja, binnen een termijn van 3 jaar	9	6	6,1	1	1,4	1,4	2	0,9	0,9	6	3,8	4,3	3	3,7	4,3	11	2,3	2,6	21	3,0	3,2
Ja, binnen een termijn van 2 jaar	8	5,4	5,4	2	2,7	2,7	4	1,7	1,8	4	2,6	2,9	2	2,4	2,9	10	2,1	2,3	20	2,9	3,1
Ja, binnen een termijn van 1 jaar	4	2,7	2,7	1	1,4	1,4	1	0,4	0,5	2	1,3	1,4	1	1,2	1,4	4	0,8	0,9	9	1,3	1,4
Ja, binnen een termijn van 6 maanden	4	2,7	2,7	4	5,5	5,5	5	2,1	2,3	7	4,5	5	2	2,4	2,9	14	3	3,2	22	3,2	3,4
Missing	0	0,7		0	0		11	4,7		17	10,9		12	14,6		40	8,5		40	5,8	
<i>Bent u van plan om uw activiteiten als huisarts in de praktijk <u>af te bouwen</u>?</i>																					
Neen	98	65,8	66,2	58	79,5	79,5	159	68,2	72,9	100	64,1	72,5	49	59,8	75,4	308	65,4	73,2	464	67,0	72,3
Ja, binnen termijn van 5 jaar	16	10,7	10,8	7	9,6	9,6	29	12,4	13,3	16	10,3	11,6	5	6,1	7,7	50	10,6	11,9	73	10,5	11,4
Ja, binnen een termijn van 4 jaar	2	1,3	1,4	1	1,4	1,4	0	0	0	2	1,3	1,4	0	0	0	2	0,4	0,5	5	0,7	0,8
Ja, binnen een termijn van 3 jaar	4	2,7	2,7	0	0	0	12	5,2	5,5	7	4,5	5,1	2	2,4	3,1	21	4,5	5	25	3,6	3,9
Ja, binnen een termijn van 2 jaar	6	4	4,1	1	1,4	1,4	8	3,4	3,7	7	4,5	5,1	3	3,7	4,6	18	3,8	4,3	25	3,6	3,9
Ja, binnen een termijn van 1 jaar	10	6,7	6,8	2	2,7	2,7	5	2,1	2,3	5	3,2	3,6	4	4,9	6,2	14	3	3,3	26	3,8	4,0
Ja, binnen een termijn van 6 maanden	12	8,1	8,1	4	5,5	5,5	5	2,1	2,3	1	0,6	0,7	2	2,4	3,1	8	1,7	1,9	24	3,5	3,7
Missing	1	0,7		0	0		15	6,4		18	11,5		17	20,7		50	10,6		51	7,4	
<i>Bent u van plan om uw activiteiten als huisarts in de praktijk <u>uit te bouwen</u>?</i>																					
Neen	134	89,9	89,9	64	87,7	88,9	157	67,4	84,4	92	59	81,4	55	67,1	88,7	304	64,5	84,2	502	72,4	86,3
Ja, binnen termijn van 5 jaar	2	1,3	1,3	1	1,4	1,4	12	5,2	6,5	5	3,2	4,4	3	3,7	4,8	20	4,2	5,5	23	3,3	4,0
Ja, binnen een termijn van 4 jaar	0	0	0	2	2,7	2,8	2	0,9	1,1	0	0	0	0	0	0	2	0,4	0,6	4	0,6	0,7
Ja, binnen een termijn van 3 jaar	0	0	0	2	2,7	2,8	5	2,1	2,7	1	0,6	0,9	1	1,2	1,6	7	1,5	1,9	9	1,3	1,5
Ja, binnen een termijn van 2 jaar	2	1,3	1,3	0	0	0	2	0,9	1,1	3	1,9	2,7	0	0	0	5	1,1	1,4	7	1,0	1,2
Ja, binnen een termijn van 1 jaar	7	4,7	4,7	1	1,4	1,4	5	2,1	2,7	9	5,8	8	2	2,4	3,2	16	3,4	4,4	24	3,5	4,1
Ja, binnen een termijn van 6 maanden	4	2,7	2,7	2	2,7	2,8	3	1,3	1,6	3	1,9	2,7	1	1,2	1,6	7	1,5	1,9	13	1,9	2,2

Missing	0	0	1	1,4	47	20,2	43	27,6	20	24,4	110	23,4	111	16,0		
<u>WERKDRUK</u>																
uitputting																
<i>Op het werk voel ik me geestelijk uitgeput</i>																
Nooit					29	12,4	12,4	13	8,3	8,8	7	8,5	9,3	49	10,4	10,8
zelden					78	33,5	33,5	55	35,3	37,4	24	29,3	32	157	33,3	34,5
soms					94	40,3	40,3	66	42,3	44,9	34	41,5	45,3	194	41,2	42,6
vaak					31	13,3	13,3	11	7,1	7,5	9	11	12	51	10,8	11,2
altijd					1	0,4	0,4	2	1,3	1,4	1	1,2	1,3	4	0,8	0,9
Missing					0	0		9	5,8		7	8,5		16	3,4	
<i>Alles wat ik doe op mijn werk, kost mij moeite</i>																
Nooit					35	15	15	29	18,6	19,6	11	13,4	14,7	75	15,9	16,4
zelden					127	54,5	54,5	81	51,9	54,7	40	48,8	53,3	248	52,7	54,4
soms					62	26,6	26,6	35	22,4	23,6	19	23,2	25,3	116	24,6	25,4
vaak					9	3,9	3,9	3	1,9	2	5	6,1	6,7	17	3,6	3,7
altijd					0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Missing					0	0		8	5,1		7	8,5		27	5,4	
<i>Ik raak maar niet uitgerust nadat ik gewerkt heb</i>																
Nooit					50	21,5	21,6	34	21,8	22,8	19	23,2	25,3	103	21,9	22,6
zelden					84	36,1	36,2	57	36,5	38,3	22	26,8	29,3	163	34,6	35,7
soms					72	30,9	31	44	28,2	29,5	19	23,2	25,3	135	28,7	29,6
vaak					24	10,3	10,3	14	9	9,4	14	17,1	18,7	52	11	11,4
altijd					2	0,9	0,9	0	0	0	1	1,2	1,3	3	0,6	0,7
Missing					1	0,4		7	4,5		7	8,5		15	3,2	
<i>Op het werk voel ik me lichamelijk uitgeput</i>																
Nooit					61	26,2	26,3	41	26,3	27,7	14	17,1	18,7	116	24,6	25,5
zelden					99	42,5	42,7	63	40,4	42,6	33	40,2	44	195	41,4	42,9

	soms	56	24	24,1	35	22,4	23,6	24	29,3	32	115	24,4	25,3
	vaak	16	6,9	6,9	9	5,8	6,1	4	4,9	5,3	29	6,2	6,4
	altijd	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Missing	1	0,4		8	5,1		7	8,5		16	3,4	
<i>Als ik 's morgens opsta mis ik de energie om aan de werkdag te beginnen</i>													
	Nooit	51	21,9	21,9	26	16,7	17,4	15	18,3	20,3	92	19,5	20,2
	zelden	91	39,1	39,1	77	49,4	51,7	32	39	43,2	200	42,5	43,9
	soms	71	30,5	30,5	33	21,2	22,1	17	20,7	23	121	25,7	26,5
	vaak	17	7,3	7,3	12	7,7	8,1	8	9,8	10,8	37	7,9	8,1
	altijd	3	1,3	1,3	1	0,6	0,7	2	2,4	2,7	6	1,3	1,3
	Missing	0	0		7	4,5		8	9,8		15	3,2	
<i>Ik wil wel actief zijn op het werk, maar het lukt mij niet</i>													
	Nooit	82	35,2	35,5	55	35,3	37,2	25	30,5	33,3	162	34,4	35,7
	zelden	102	43,8	44,2	75	48,1	50,7	39	47,6	52	216	45,9	47,6
	soms	45	19,3	19,5	14	9	9,5	10	12,2	13,3	69	14,6	15,2
	vaak	2	0,9	0,9	4	2,6	2,7	1	1,2	1,3	7	1,5	1,5
	altijd	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Missing	2	0,9		8	5,1		7	8,5		17	3,6	
<i>Als ik me inspan op het werk dan word ik snel moe</i>													
	Nooit	66	28,3	28,3	47	30,1	31,5	21	25,6	28,4	134	28,5	29,4
	zelden	115	49,4	49,4	73	46,8	49	34	41,5	45,9	222	47,1	48,7
	soms	43	18,5	18,5	26	16,7	17,4	13	15,9	17,6	82	17,4	18
	vaak	9	3,9	3,9	3	1,9	2	6	7,3	8,1	18	3,8	3,9
	altijd	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Missing	0	0		7	4,5		7	8,5		15	3,2	
<i>Op het einde van de werkdag voel ik me mentaal uitgeput en leeg</i>													
	Nooit	22	9,4	9,4	9	5,8	6	6	7,3	8	37	7,9	8,1

	zelden		77	33	33	54	34,6	36,2	26	31,7	34,7	157	33,3	34,4
	soms		85	36,5	36,5	55	35,3	36,9	25	30,5	33,3	165	35	36,1
	vaak		44	18,9	18,9	29	18,6	19,5	15	18,3	20	88	18,7	19,3
	altijd		5	2,1	2,1	2	1,3	1,3	3	3,7	4	10	2,1	2,2
	Missing		0	0		7	4,5		7	8,5		14	3	
Jobtevredenheid														
<i>Ik ben tevreden met mijn huidige job</i>														
	Helemaal niet akkoord		0	0	0	0	0	0	1	1,2	1,3	1	0,2	0,2
	Eerder niet akkoord		17	7,3	7,3	16	10,3	10,7	10	12,2	13,3	43	9,1	9,4
	Neutraal		20	8,6	8,6	20	12,8	13,4	6	7,3	8	46	9,8	10,1
	Eerder akkoord		123	52,8	52,8	73	46,8	49	41	50	54,7	237	50,3	51,9
	Helemaal akkoord		73	31,3	31,3	40	25,6	26,8	17	20,7	22,7	130	27,6	28,4
	Missing		0	0		7	4,5		7	8,5		14	3	
Jobbetrokkenheid														
<i>Ik ben heel erg betrokken in mijn werk</i>														
	Helemaal niet akkoord		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Eerder niet akkoord		1	0,4	0,4	1	0,6	0,7	0	0	0	2	0,4	0,4
	Neutraal		19	8,2	8,2	7	4,5	4,7	2	2,4	2,7	28	5,9	6,1
	Eerder akkoord		87	37,3	37,3	61	39,1	40,9	30	36,6	40	178	37,8	38,9
	Helemaal akkoord		126	54,1	54,1	80	51,3	53,7	43	52,4	57,3	249	52,9	54,5
	Missing		0	0		7	4,5		7	8,5		14	3	
Werkidentiteit														
<i>Als u uw keuze om huisarts te worden zou kunnen herzien, zou u dit dan doen?</i>														
	Helemaal niet		64	27,5	27,5	40	25,6	27	21	25,6	28	125	26,5	27,4
	Eerder niet		54	23,2	23,2	44	28,2	29,7	18	22	24	116	24,6	25,4
	neutraal		32	13,7	13,7	16	10,3	10,8	10	12,2	13,3	58	12,3	12,7
	Eerder wel		45	19,3	19,3	28	17,9	18,9	13	15,9	17,3	86	18,3	18,9

[illegible]

Leeftijd	48,1	13,3	26-75	48,4	14	26-76	44,4	14,8	25-89	44,0	14,9	24-82	50,26	13,4	27-79	45	14,7	24-89	
Werkuren							49,4	12,1	16-100	49,6	14,4	8-94	46,1	13,9	16-100	49	13,2	8-100	
Werkuren patientencontact							41,4	11,5	7-80	40,4	13,0	2-75	37,8	12,3	12-70	40,5	12,1	2-80	
Vakantiedagen	24	7,6	9-56	22,7	5,9	10-40	23,6	12,8	0-150	23,9	9,3	3-76	27,3	10,5	12-75	24,3	11,5	0-150	
Uitputting							2,25	0,7	1-4,1	2,2	0,6	1-3,9	2,31	0,8	1-4	2,2	0,7	1-4,1	
Werkidentiteit							2,31	1.0	1-5	2,16	0,9	1-4,8	2,27	1,0	1-5	2,3	0,9	1-5	

Annex 7 – Reliëf in periodiciteit bevraging

Jaarlijks	3 jaarlijks
Praktijkadres	Betalingssysteem
Praktijkvorm	Uren administratief medewerker
Aantal GMDs	Taken administratief medewerker
Aantal huisartsen en haio's	Verpleegkundige uren
Aanvaarden nieuwe patiënten	Verpleegkundige taken
Samenstelling praktijkteam	Opleiding verpleegkundige
Vacatures	Online afspraakmogelijkheden
Aanpassingen praktijkgebouw	Consultaties werkweek
	Continuïteit van zorg
	Genomen maatregelen omtrent capaciteitsverhoging
Huisartsenvragenlijst	
Riziv-nummer	
Geboortjaar	
Functie (Huisarts of haio)	
Carrièreperspectief omtrent stopzetten	
Aantal uren werkzaam in de praktijk/week	
Aantal uren patiëntencontact/week	
Uitputting	