'Inequity by disease' in Vlaanderen: Welke aspecten zijn belangrijk bij inequity by disease tussen COPD en diabetes mellitus type 2?

Haio: Van Hauwaert Domien , U.G.
Promotor: DECAT Peter , U.G.
Praktijkopleider: HONORE Filip , TORBEYNS Stijn , Van Hulle Charlotte , VANDEKERCKHOVE Hendrik , VANDEPLASSCHE Sophie

Context: Inequity by disease is een onderbelichte term binnen de geneeskunde in Vlaanderen. Inequity by disease is een onrechtvaardig verschil in gezondheid op basis van een diagnose die een patiënt ontvangt. In Afrika wordt hier reeds aandacht aan besteed met behulp van de campagne 30by2030. Deze campagne ijvert ervoor de middelen eerlijker te verdelen door 30% van de wereldwijde middelen voor gezondheidszorg toe te kennen aan eerstelijnszorg. De campagne probeert hierdoor een kwaliteitsvol vangnet te creëren voor allerlei aandoeningen, waaronder diabetes, en niet enkel aandoeningen waarvoor op heden veel middelen vrijgemaakt worden, zoals HIV. In België en Vlaanderen is inequity by disease nog niet grondig in kaart gebracht.

Onderzoeksvraag: Het doel van dit onderzoek is het opsporen van aspecten voor inequity by disease in Vlaanderen toegepast op twee frequent voorkomende ziektebeelden, met name diabetes type 2 en COPD. De resultaten van dit kwalitatieve onderzoek kunnen dienen als leidraad voor toekomstig onderzoek.

Methode: Een exploratief literatuuronderzoek werd verricht op zoek thema's aansluitend bij inequity by disease. Via Pubmed, Embase, Google Scholar en Elicit werd gewerkt met verschillende zoektermen passend bij inequity by disease, aansluitend werd de sneeuwbalmethode toegepast. Kwalitatieve data werd verkregen aan de hand van semi- gestructureerde diepte-interviews bij 9 huisartsen en 10 patiënten. Deze gegevens werden anoniem verzameld in 'MAXQDA' en onderverdeeld volgens een gestructureerde codeboom.

Resultaten: Er zijn in Vlaanderen twee uitgesproken argumenten voor inequity by disease in het nadeel van patiënten met COPD op basis van de interviews. Op vlak van toegankelijkheid worden patiënten met COPD benadeeld door een dalende trend in huisbezoeken, ondanks de hogere nood aan consultaties in de thuissetting bij dit ziektebeeld. Het tweede argument voor inequity by disease wordt duidelijk door het in kaart brengen van de zorgtrajecten voor diabetes en de voordelen hieraan verbonden. Rond andere thema's zoals consultaties bij de huisarts of in het ziekenhuis, wachttijden, afstand en bereikbaarheid, ziektekennis en educatie, kwaliteit van zorg, sociaal netwerk, stigma en bias kunnen geen duidelijke argumenten voor inequity by disease weerhouden worden.

Conclusie: Er zijn argumenten voor inequity by disease ten nadele van patiënten met COPD in Vlaanderen op basis van dit kleinschalig kwalitatief onderzoek, vooral omtrent huisbezoeken en het zorgtraject. Op basis van de resultaten worden suggesties aangereikt voor toekomstig aanvullend onderzoek om inequity by disease in kaart te brengen in Vlaanderen.