Biedt een wijkgezondheidscentrum een antwoord op uitstellen van consultaties bij de huisarts in Anderlecht? Kwantitatieve studie in de praktijk “Medikuregem”.

Vangrinsven Guillaume, KULeuven

Promotor: Aertgeerts Bert, KULeuven

Co-promotoren: Deleenheer Anne-Marie, KULeuven

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017-2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.
Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Inleiding

Uitstel van eerstelijnszorg door patiënten is in België meer dan in andere Europese landen een actueel probleem dat zorgt voor het laattijdig ontdekken en minder goed opvolgen van pathologieën. Dit heeft verhoogde kosten voor de gezondheidszorg en overlast op ziekenhuisdiensten tot gevolg. Uitstel van gezondheidszorg wegens financiële redenen is gekend en dit is één van de redenen waarom wijkgezondheidscentra zijn opgericht. Er is echter weinig gekend over andere redenen voor uitstel. Met deze studie binnen het wijkgezondheidscentrum “Medikuregem” te Anderlecht wordt getracht hier meer inzicht in te krijgen.

Methode

Aan de hand van gestructureerde interviews werden gedurende 2 maanden willekeurig geselecteerde patiënten die ingeschreven waren in het wijkgezondheidscentrum Medikuregem ondervraagd. Het interview bestond uit een eerste deel waarin het uitstellen van consultaties werd bevraagd en een tweede deel voor de arts waarin gegevens uit het dossier opgevraagd werden. Patiënten jonger dan 18 jaar, met onvoldoende kennis van het Nederland of het Frans of die minder dan 12 maanden ingeschreven waren, werden geëxcludeerd. De antwoorden werden verzameld en anoniem en gecodeerd ingegeven.

Resultaten

In totaal werden 55 interviews afgenomen. Bijna 1 op 3 patiënten gaf toe een consultatie te hebben uitgesteld in de afgelopen 12 maanden. Jongeren stellen meer uit (52,2% n=12) maar ook patiënten met een slechte subjectieve gezondheid (43,8% n=8), een slechte subjectieve inkomensbeleving (52,9% n=9) en patiënten met financiële hulp van de OCMW’s of andere instanties (Fedasil, Caritas enz…) (42,9 n=5 tot 100% n=1). 11,8% (n=2) van de patiënten gaf financiële redenen aan als oorzaak voor het uitstellen van een consultatie tegenover 42,2% (n=7) en 23,5% (n=4) voor respectievelijk tijd tekort en te weinig vertrouwen in artsen en/of medicatie.

Conclusies

Bijna 1 op 3 patiënten stelde een consultatie bij de huisarts uit in de afgelopen 12 maanden. De financiële drempel als oorzaak van uitstel komt minder voor in deze populatie maar maakt plaats voor andere redenen zoals tijdgebrek en te weinig vertrouwen in artsen en/of medicatie. Dit is voornamelijk te wijten aan de specifieke populatie die in het wijkgezondheidscentrum ingeschreven is, met name jongeren en mensen uit de lagere socio-economische klassen. De financiële drempel verlagen is dus maar een fractie van de inspanningen die geleverd kunnen worden om uitstel van gezondheidszorg te verminderen. Op andere vlakken inzetten kan de toegankelijkheid van de eerste lijn verder verhogen en dit voornamelijk voor de risicopopulaties.

Inhoudstafel

ABSTRACT **2**

INHOUDSTAFEL **3**

INLEIDING **5**

Literatuuronderzoek 6

Onderzoeksvraag 7

METHODE **7**

Studiedesign 7

Praktijk 8

Rekrutering van deelnemende patiënten 8

Exclusiecriteria 8

Data-verzameling 8

Meetinstrumenten 9

Data-analyse 9

Goedkeuring door ethisch comité 10

RESULTATEN **10**

Populatie-karakteristieken 10

Uitstel eerstelijnszorg 10

Redenen 11

DISCUSSIE **12**

CONCLUSIE **15**

Sterktes van de studie 16

Zwaktes van de studie 16

REFERENTIES **17**

BIJLAGEN **20**

Bijlage 1: Lijsten chronische en ernstige ziekten 20

Bijlage 2: Tabellen en grafieken 21

Bijlage 3: Vragenlijsten 31

Bijlage 4: Protocol en goedkeuring ethisch comité 37

Inleiding

Uitstel van medische zorg is een vaak voorkomend probleem dat wordt gezien over de hele wereld[1-13] en is één van de indicatoren voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg binnen een gebied[5]. Voor heel Europa liggen de percentages rond 14,8%[6] en 16,8%[4] voor uitstel van medische zorg in het algemeen, met andere woorden tandartsconsultaties, consultaties bij specialisten, onderzoeken en consultaties bij de huisarts samen. Deze cijfers zijn de voorbije jaren stabiel maar eerder in stijgende lijn in België[1]. Deze trend komt ook terug in de onderzoeken van de EU-SILC en QUALICOPC waar België ook op vlak van toegang tot medische consultaties slechter scoort dan de meeste Europese landen. Binnen België variëren deze cijfers sterk afhankelijk van het gewest, waarbij het Brussels Hoofdstedelijk gewest de slechte percentages scoort. 22% van de Brusselse populatie stelde zorg uit omwille van financiële redenen in de afgelopen 12 maanden tegenover 5% in Vlaanderen en 9% in Wallonië. In Brussel wordt ook de grootste stijging gezien tussen 2008 en 2013[5]. Dit verschil in uitstel omwille van financiële redenen komt overeen met de bruto gemiddelde uitgaven voor gezondheidszorg die in Brussel lager zijn dan het nationaal niveau[5]. Een andere studie toonde in 2015 ook 12% uitstel omwille van financiële redenen bij anderlechtse huisartsen[7].

Bij uitstel van medische zorgen stellen patiënten een contact met de medische sector uit die ze wel nodig achten. Dit kan op eender welk moment in het ziekteproces voorkomen. Uitstel omwille van financiële redenen is vermoedelijk de belangrijkste en ook de meeste onderzochte reden. Dit heeft tot gevolg dat sommige pathologieën pas laattijdig ontdekt worden, hetgeen kan leiden tot slechtere objectieve en subjectieve gezondheid en gestegen mortaliteit [8-9]. Dit heeft op zijn beurt verhoogde kosten voor de gezondheidszorg en overlast op ziekenhuisdiensten tot gevolg[10]. In België en in Brussel wordt de toegang tot de gezondheidszorg onder andere verbeterd door het verlagen van de financiële drempel gezien de prevalentie en het belang van uitstel omwille van financiële redenen. OCMW's, mutualiteiten en wijkgezondheidscentra spelen hier een belangrijke rol in en de medische kaarten, dringende medische hulp en de verhoogde tegemoetkoming zijn hier concrete voorbeelden van. Het verlagen van de financiële drempel is echter niet de enige mogelijke insteek voor het verbeteren van dit probleem. Praktijken leveren al inspanningen om bijvoorbeeld fysiek of telefonische toegankelijker te zijn.

Er zijn weinig Belgische studies over de verschillende oorzaken van dit gedrag[11,12]. De financiële barrière is het meest onderzocht en dit geldt ook voor andere landen. In de Verenigde Staten is er onderzoek gedaan naar de verschillende oorzaken en 1 uitgebreide studie trachtte zelfs bij 1369 patiënten alle mogelijke oorzaken na te gaan[11]. Deze studie vond een uitgebreide waaier aan oorzaken en kon deze plaatsen in vier verschillende categorieën: Lage nood tot

medische zorg uit perceptie van de patiënt, traditionele barrières, negatieve evaluatie van de medische zorg en persoonsgebonden karakteristieken. Maar ook in deze studie bleef het financiële aspect de belangrijkste reden tot het uitstelgedrag. Het gezondheidssysteem in de Verenigde Staten verschilt echter te fundamenteel van het onze om hier een lijn door te kunnen trekken. Een onderzoek aan de Universiteit van Gent boog zich wel over de vraag, maar concentreerde zich op de financieel kwetsbare patiënten van het CAW en OCMW[13]. Met andere woorden weten we in België nog steeds niet zo goed wat de verschillende oorzaken zijn van uitstel van eerstelijnszorg. Verder nog, van de patiënten die ingeschreven zijn in een wijkgezondheidscentrum en in principe geen geld betalen weten we niet wat de belangrijkste oorzaken zijn.

Het aanbod aan wijkgezondheidscentra is de afgelopen jaren sterk gestegen met in het Brussels gewest het grootste aantal van het land[14]. Dit komt door de hoge verhouding aan lagere-inkomens gezinnen en armoedepercentage in Brussel[15]. De wijkgezondheidscentra trachten als laagdrempelige eerstelijnszorg deze populatie op te vangen omdat juist deze gezinnen met mindere financiële capaciteit een verhoogd risico vertonen voor het uitstellen van gezondheidszorg[5]. Jongeren (<50 jaar) en sociaal economisch zwakkere patiënten bezoeken vaker wijkgezondheidscentra (respectievelijk 43% vs 17% en 76% vs 61% voor heel België)[17] en net deze mensen zijn een belangrijke doelgroep in de gezondheidszorg[5]. Mensen uit lagere socio-economische klassen zoals in armere Brusselse wijken zijn vaker en ernstiger ziek[18], zijn moeilijker te bereiken met preventiecampagnes[19] en hebben in het algemeen een meer ongezonde levensstijl[20]. Huisartsen binnen wijkgezondheidscentra kunnen in deze buurten een belangrijke rol spelen. Ze zijn net als andere huisartsen goed geplaatst om deze verschillen in sociale en financiële toestand te herkennen en tegelijk helpt het forfaitair systeem en de multidisciplinariteit om deze verschillen weg te werken. In deze studie willen we ons verder buigen over de uitstel van medische zorg in een wijkgezondheidscentrum in Kuregem. Kuregem is een wijk van Anderlecht en maakt deel uit van de zogenaamde “arme sikkel”. In deze wijk is 15-45,5% van de bevolking ingeschreven in een wijkgezondheidscentrum en betaalt bijgevolg geen geld voor het bezoek aan de huisarts[16].

Literatuuronderzoek

Tijdens het literatuuronderzoek werd allereerst de volgende vraag gesteld: “Wat is er geweten over uitstel van eerstelijnszorg in België en welke redenen voor uitstel zijn er reeds gekend”. Er zijn weinig studies in België gebeurd waarbij wordt gezocht naar de verschillende mogelijke redenen tot uitstel van gezondheidszorg. De bestaande studies leggen bijna uitsluitend de

nadruk op uitstel van eerstelijnszorg wegens financiële redenen. Het wetenschappelijk instituut voor volksgezondheid (WIV) dat in 2008 en 2013 een uitgebreid onderzoek heeft gedaan rond gezondheidszorg heeft in de gezondheidsenquêtes steeds een hoofdstuk gewijd aan “gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten”. Ook het Federaal Planbureau Indicatoren gebruikt “uitstel en afstel van medische zorg wegens financiële redenen” als indicator voor de ontwikkeling van de belgische samenleving, maar met steeds de nadruk op financiële toegankelijkheid.

Omdat de verscheidenheid aan redenen voor uitstel beperkt bleef was de tweede vraag die gesteld werd: “Wat is er geweten over uitstel van eerstelijnszorg in de rest van de wereld en welke redenen voor uitstel zijn er reeds gekend”. Via pubmed kunnen er verschillende studies gevonden worden die zich op specifieke patiëntengroepen focussen en 1 studie die alle redenen voor uitstel van gezondheidszorg opzoekt bij een grote steekproef uit de Amerikaanse populatie[11].

Onderzoeksvraag

Deze studie onderzoekt binnen het wijkgezondheidscentrum Medikuregem het uitstelgedrag van de patiëntenpopulatie binnen de eerstelijnszorg. Met de resultaten willen we de redenen voor het uitstellen van eerstelijnszorg in kaart brengen om uiteindelijk aanbevelingen te formuleren voor de praktijk.

Onderzoeksvragen:

Hoe vaak wordt medische zorg uitgesteld bij patiënten die geen remgeld betalen op de eerstelijnsconsultaties?

Om welke redenen wordt medische zorg uitgesteld bij patiënten die geen remgeld betalen op de eerstelijnsconsultaties?

Methode

Studiedesign

In dit kwantitatief onderzoek werden 55 gestructureerde interviews afgenomen bij patiënten ingeschreven binnen het wijkgezondheidscentrum Medikuregem. We kozen voor dit type onderzoek om de antwoorden statistisch te kunnen analyseren en ze te kunnen vergelijken met reeds gekende data voornamelijk afkomstig uit Brussel, maar ook uit andere Belgische steden en andere landen. Dit type onderzoek geeft ons echter ook de mogelijkheid om ongekende parameters te ontdekken door de patiënten de ruimte te geven ook antwoorden zelf aan te

brengen. De interviews werden gedurende 2 maanden afgenomen van 1 februari 2018 tot en met 31 maart 2018.

Praktijk

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in het wijkgezondheidscentrum Medikuregem te Anderlecht. Hier zijn op 1 april 2018 4261 patiënten ingeschreven. De praktijk is geplaatst in een kansarme buurt binnen de zogenaamde “arme sikkel” in Brussel. Er is een grote variëteit in etnische afkomst van de patiënten en de populatie is in het algemeen relatief jong. Als elektronisch medische dossier gebruikt de praktijk Medigest. De praktijk heeft als doelstelling laagdrempelige en kwalitatieve eerstelijnsgeneeskunde te geven aan alle inwoners van de wijk.

Recrutering van deelnemende patienten

De te onderzoeken populatie zijn alle patiënten boven 18 jaar die sinds minstens 12 maanden ingeschreven zijn in het wijkgezondheidscentrum. De deelnemende patiënten werden geselecteerd uit deze populatie. Op willekeurige dagen één maal per week gedurende de looptijd van de studie werden alle patiënten die de praktijk bezochten voor om het even welke reden gevraagd of ze aan een onderzoek ter verbetering van de praktijk wilden meewerken. Zo werd getracht een heterogene groep te vormen zonder voorkeur voor bepaalde subgroepen. De inhoud van het onderzoek alsnog het anonieme kader werd aan de patiënt uitgelegd en er werd duidelijk gemaakt dat weigering tot deelneming geen gevolgen zou hebben voor hen als patiënt. Aan de deelnemende patiënten werd ook een informatiefiche overhandigd dat tevens ook als informed consent dient.

Exclusiecriteria

Patiënten die minder dan 12 maanden gevolgd werden in de praktijk, patiënten die jonger zijn dan 18 jaar en patiënten die geen Nederlands of Frans spreken.

Dataverzameling

Er werden in totaal 55 interviews afgenomen. Alle interviews werden door dezelfde persoon afgenomen om een zo consistent mogelijke interviewmethode te bereiken. Patiënten werden ondervraagd in een aparte ruimte. Allereerst werd hun medisch dossier geopend om na te gaan of er geen exclusiecriteria aanwezig waren. De interviews werden in het Frans of in het Nederlands afgenomen. Bij het interviewen werd de vragenlijst voor de patiënt op tafel gelegd

en de vragen werden samen met de patiënt overlopen. Achteraf werd door de arts een 2de vragenlijst ingevuld met informatie die in het dossier opgezocht werd.

Meetinstrumenten

De vragenlijsten werden opgesteld aan de hand van bestaande vragenlijsten, bestaand onderzoek en relevantie. Er zijn geen gevalideerde vragenlijsten voor het bestuderen van uitstel van gezondheidszorg buiten de financiële situatie beschikbaar. Open vragen werden in de interviews geïntegreerd om de patiënt vrijheid te geven eventueel aanvullingen te doen. Het doel is de oorzaken van uitstel van zorg te exploreren en dus ook voor de patiëntenpopulatie-specifieke redenen te ontdekken. De vragenlijsten werden door de auteurs van de studie vertaald en aan 2 Franstalige patiënten voorgelegd ter goedkeuring.

De vragenlijsten voor de patiënten bestaan uit 5 vragen en peilen naar de subjectieve gezondheid, uitstel en reden voor uitstel van eerstelijnszorg, betrokkenheid in de medische opvolging en financiële toestand. Als patiënten verschillende redenen gaven voor het uitstellen van gezondheidszorg werden deze allemaal opgeschreven. Enkel wanneer patiënten een consultatie hebben uitgesteld wegens gekende of niet zorgwekkende klachten werd dit niet geteld als uitstel van zorg. De meeste vragen werden gesteld aan de hand van een 5-punts likert-schaal omdat dit een wijdverspreide en aanvaarde manier is om een gevoel te objectiveren. 5 antwoorden zou het beste evenwicht houden tussen te weinig en te veel keuze[30].

Het tweede deel is een vragenlijst voor de behandelende arts. De vragenlijsten voor de artsen bevatten ten eerste gegevens van zuivere demografische aard: Leeftijd en geslacht. Verder werden medisch gerelateerde gegevens gevraagd: welk type opvolging, hoe vaak de patiënt in de afgelopen 6 maanden werd gezien en welke financiële ondersteuningen de patiënt al dan niet geniet voor medische kosten.

Data-analyse

De registratieperiode bedroeg 2 maanden en alle geldige antwoorden gedurende deze periode werden geïncludeerd. De resultaten van de vragenlijsten werden gestructureerd ingegeven in Microsoft Excel. Aan de hand van deze gegevens konden de statistieken ook met behulp van Microsoft Excel worden uitgevoerd. Dit was mogelijk gezien de eenvoud van de statistieken die toegepast werden op de verkregen gegevens. Het percentage uitstel kon dan berekend worden ten opzichte van alle verschillende bekomen gegevens. Dit werd gedaan aan de hand van

bivariate analyse. De resultaten werden later geïnterpreteerd door Dr Vangrinsven Guillaume en Dr Aertgeerts Bert.

Goedgekeuring door ethisch comité

Deze studie werd op 25/4/2017 goedgekeurd door de opleidingsspecifieke ethische begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.). De vragenlijsten werden geheel anoniem ingevuld met de vermelding van de datum en initialen van de patiënt en deze werden ook anoniem verwerkt.

Resultaten

Populatie-karakteristieken

Gedurende 2 maanden werden er in totaal 55 patiënten geïnterviewd. Heel wat meer mensen werden aangesproken maar spijtig genoeg weigerde een groot deel aan het onderzoek deel te nemen. Van de 55 patiënten waren er 28 vrouwen (50,9%) en 27 mannen (49,1%). De spreiding in functie van de leeftijd is terug te vinden in tabel 1 samen met de demografische gegevens van de praktijk. Het grootste aandeel van de patiënten was in de leeftijdscategorie tussen 26 en 45 jaar. Er zijn geen patiënten boven de 85 jaar geïnterviewd.
27 (49,1%) patiënten werden opgevolgd voor een chronische aandoening en 7 (12,7%) werden opgevolgd voor een ernstige aandoening met een nabije opvolging. Het aantal patiënten dat de afgelopen 6 maanden minder dan 5 keer werd gezien komt uit op 43,6% (n=24) tegenover 54,5% (n=30) van de patiënten die tussen 5 en 15 maal zijn gezien. De overige patiënten werden meer dan 5 maal gezien in de afgelopen 6 maanden (n=1).
De deelnemende patiënten waren hoofdzakelijk ingeschreven in een mutualiteit zonder bijkomende verhoogde tegemoetkomingen of andere financiële hulp (29 patiënten, 52,7%). De tweede grootste groep waren de patiënten met een verhoogde tegemoetkoming van de mutualiteit, de vroegere VIPO-patiënten (zie tabel 1).

Uitstel eerstelijnszorg

In totaal rapporteerde 30,9%(n=17) van de patiënten dat ze de afgelopen 12 maanden minstens 1 maal een consultatie in de eerstelijnszorg uitstelden om om het even welke reden. Van deze patiënten bleek 64,7% dit minstens 3 maal te hebben gedaan in de afgelopen 12 maanden. De verschillende percentages voor het uitstellen van eerstelijnszorg voor verschillende subgroepen uit de demografische gegevens en patiëntenenquêtes zijn weergegeven in tabel 2.

De hoogste percentages afhankelijk van het geslacht werden gevonden bij de mannen. De meeste consultaties werden uitgesteld in de leeftijdsgroep 26-45 jaar (52,2% n=12). De patiënten van 18 jaar tot en met 25 jaar stelden het minst vaak eerstelijns gezondheidszorg uit. Uitgaande van subjectieve gezondheid vonden we een groter percentage patiënten die "ja" hebben geantwoord op het uitstellen als ze hun gezondheid als slecht of zeer slecht beoordelen. Wat betrokkenheid betreft antwoordde 32,7% (n=16) van de patiënten die vinden betrokken te zijn in het WGC "ja" op het uitstellen van zorg tegenover 16,7% (n=1) van de patiënten die zeggen niet betrokken te zijn. Patiënten die in een slechte tot zeer slecht financiële situatie verkeren hebben in 52,9% (n=9) van de gevallen minstens één consultatie uitgesteld in de laatste 12 maanden tegenover 21,1% (n=8) voor de patiënten met een redelijke tot zeer goede financiële situatie. (zie tabel 2).

Tabel 3 toont de percentages uitstel voor de vragen in het gedeelte voor de arts. Ten opzichte van de type opvolging zien we kleine verschillen in percentages tussen normale, chronische en ernstige opvolging en ook bij de frequentie van consulteren liggen de percentages dicht bij elkaar. De gegevens voor de verschillende soorten terugbetalingssystemen tonen hogere percentages bij de zogenaamde "groene" en "rode" medische kaarten. De patiënten met een medische kaart is een heterogene groep die gezien hun situatie een verhoogde tegemoetkoming genieten voor gezondheidszorg met tussenkomst van de OCMW's (met of zonder een mutualiteit). De medische kaart krijgt bij elk OCMW een andere invulling aangepast aan de bevolking van de gemeente[21].

Redenen

De belangrijkste redenen voor uitstel van consultaties in de eerstelijnszorg waren (zie tabel 4 en grafieken 4-6):

1. Tijd tekort.

Van de patiënten die minstens één consultatie hebben uitgesteld in de afgelopen 12 maanden was dit in 41,2% (n=7) van de gevallen te wijten aan te weinig tijd. 85.7% (n=6) van deze patiënten is tussen de 26 en 45 jaar oud. Het hebben van kinderen thuis werd in de meerderheid van de gevallen als oorzaak gegeven. Hierdoor kunnen ze het huis niet zomaar verlaten of kwam hun eigen gezondheid op de achtergrond.

2. Fysieke toegankelijkheid.

Voor 2 van de 3 patiënten kwam dit door een fysieke handicap. De 3de persoon woonde ver en geraakt niet gemakkelijk tot in de praktijk.

3. Te weinig vertrouwen in artsen en/of medicatie.

Voor 2 patiënten was te weinig vertrouwen in de medicatie een reden om consultaties uit te stellen. 2 patiënten vertrouwden 1 of meerdere artsen niet.

4. Financiële drempel.

2 patiënten antwoordden dat ze vreesde voor hoge kosten van medicatie en specialisten en stelde hierdoor een consultatie bij de huisarts uit.

5. Taalbarrière.

1 patiënte gaf aan dat ze medische zorg had uitgesteld wegens een taalbarrière bij sommige artsen.

Elke patiënt gaf slechts 1 reden voor uitstel aan. Belangrijk te vermelden is dat een aantal van de patiënten (18,1% n=10) verklaarde dat ze bij mineure klachten of gekende klachten vonden dat ze niet onmiddellijk tot de arts hoefden gaan. Deze patiënten werden niet gerekend bij de patiënten die zorg uitstellen. Deze groep is heel moeilijk in te delen omdat patiënten met bijvoorbeeld banale virale klachten of kleine onbeduidende en kortdurende lasten hierbij gerekend worden.

Discussie

1 op 3 patiënten stelde een consultatie uit

De resultaten tonen een hoge mate van uitstelgedrag binnen de onderzoekspopulatie van Medikuregem. Bijna 1 op drie van de 55 geïnterviewde patiënten stelde in de afgelopen 12 maanden een consult bij de huisarts uit omwille van om het even welke reden. Dit komt in grote lijnen overeen met eerder genoemde studies[11-13]. Patiënten stellen in deze praktijk praktisch evenveel consultaties uit als in andere praktijken en zelfs andere landen, hoewel ze in Medikuregem geen geld betalen voor de consultaties. Dit cijfer is echter moeilijk rechtstreeks te vergelijken met de meeste andere studies gezien het dan vaak om onderzoek van sterk verschillende populaties gaat. Uit het totaal aantal patiënten dat een consultatie uitstelde in de laatste twaalf maanden deed 64,7% dit 3 keer of meer. Met andere woorden is het uitstellen van een consultatie voor een groot aantal patiënten geen eenmalige gebeurtenis. Patiënten die een consultatie hebben uitgesteld in de afgelopen 12 maanden omdat ze vonden dat de klachten een consult niet rechtvaardigde worden niet meegeteld in het totale aantal uitgestelde consultaties. Het ging hier wel om een relatief groot aantal patiënten (18,1%) waardoor een lichte onderschatting van het reële aantal uitgestelde consultaties mogelijk is. Deze populatie werd expliciet geïncludeerd in of geëxcludeerd uit bepaalde studies en werd in andere studies dan weer niet expliciet benoemd.

Het hoge percentage uitstelgedrag toont dat er, zelfs binnen wijkgezondheidscentra, nog veel ruimte voor verbetering is om de eerstelijnszorg toegankelijker te maken voor de Brusselse patiënten.

Redenen voor uitstellen van consultaties

Het valt op dat in deze studie het aantal patiënten dat een consultatie bij de huisarts uitstelde omwille van financiële redenen veel lager ligt dan bij andere onderzoekspopulaties, namelijk 3,6% in de huidige studie ten opzichte van 6, 12 en 14% voor respectievelijk Vlaanderen, Anderlecht en Antwerpen[3-4,7,23]. De eerste waarde is niet volledig vergelijkbaar gezien het in de QUALICOPC studie ging om vlaamse patiënten en een groot deel van de huisartsen gaf toe reeds heel wat inspanningen te doen om de toegankelijkheid van hun praktijk te verbeteren. Het onderzoek van K. Duquet et al. is bij Anderlechtse patiënten uitgevoerd en sluit hierdoor beter aan bij de huidige studiepopulatie. Resultaten van andere studies (EUSILC, HIS…) zijn niet vergelijkbaar.

Omdat een financiële oorzaak voor uitstel van gezondheidszorg minder voorkwam in onze populatie maar het totaal aantal uitstel in vergelijking met andere studies ongeveer gelijk of zelf hoger blijkt (cfr. supra), is het aanvaardbaar te stellen dat uitstel om andere redenen dan de financiële drempel vaker voorkomt in onze populatie. Dit verschil heeft vermoedelijk te maken met de populatie die ingeschreven is in de wijkgezondheidscentra. Wijkgezondheidscentra trekken namelijk vooral jongere en sociaaleconomisch zwakkere patiënten aan. Net deze patiënten die buiten financiële redenen ook andere redenen opgegeven hebben om consultaties uit te stellen zoals tijd tekort en wantrouw in artsen of medicatie (grafieken 4-6).

17,6% gaf aan een consultatie te hebben uitgesteld omdat ze niet tot aan de praktijk konden geraken. Een mogelijke verklaring hiervoor is de soms te grote afstand tot de praktijk. In principe wonen alle patiënten op een aantal uitzonderingen na binnen de wijk. Het is dus voor bijna alle patiënten, op die uitzonderingen na, maar een korte afstand tot hun huisarts. De praktijk is op dit moment een uitschrijvingsbeleid aan het opstarten om patiënten die buiten de wijk wonen naar een andere arts te begeleiden. Hierdoor zal een te grote afstand tot de praktijk in de toekomst steeds minder een reden tot uitstel moeten zijn.

Jongeren stellen meer zorg uit

Het grootste percentage voor het uitstellen van consultaties is te zien bij de patiënten tussen 26 en 45 jaar (grafiek 1). 52,2% van deze patiënten stelde zorg uit in de afgelopen 12 maanden. Dit komt overeen met de resultaten uit Gent en de QUALICOPC-studie waarbij ook een analyse werd gedaan op basis van leeftijd[3-4,13]. In Gent vonden de onderzoekers de grootste

percentages uitstel bij patiënten tussen de 25 en 34 en tussen 35 en 44 jaar. Uit de huidige resultaten blijkt dat alle patiënten die zorg hebben uitgesteld wegens tijd tekort (doordat de patiënt bijvoorbeeld thuis kinderen heeft) steeds tussen 26 en 45 jaar oud zijn. Jong-volwassenen met kinderen zijn dus zeker en vast een risicogroep doordat hun eigen gezondheid op de tweede plaats komt. Enkele mogelijkheden zijn het verbeteren van de stiptheid van de artsen zodat patiënten minder lang uit het huis zijn of meer plaatsen voor huisbezoeken voorzien.

Patiënten met VT stellen het minst vaak consultaties uit bij de huisarts

1 op 8 patiënten met een VT van de mutualiteit stelde minstens 1 consultatie uit in de afgelopen 12 maanden. Dit is de groep met het laagste percentage over de hele steekproefpopulatie. Hier tegenover staan de patiënten met een groene kaart met 42,9% (n=7) en de patiënten met een rode kaart of andere (Fedasil, Caritas enz…) met 100% (respectievelijk n=2 en n=1) uitstel, deze zijn de groepen met het hoogste percentage uitstel. Het is onwaarschijnlijk dat een financiële drempel de enige oorzaak is voor dit verschil. Slechts 1 op de 10 patiënt binnen de groene kaarten, rode kaarten en “anderen” samen gaf aan financiële drempel als een probleem te beschouwen. Wel komen tijd tekort, wantrouwen in artsen en medicatie en moeilijke verplaatsing (gehandicapte patiënt) bij deze groep in hogere mate voor. Met andere woorden hebben patiënten met financiële steun voor medische zorg van de OCMW’s of van andere instanties (Fedasil, caritas enz…) een groter risico tot uitstellen van consultaties en dit ook omwille van andere redenen dan financiële. Tegelijkertijd is net deze groep in belangrijke mate vertegenwoordigd in wijkgezondheidscentra en zijn het deze patiënten die een slechtere gezondheid hebben en moeilijker bereikbaar zijn met preventiecampagnes[5,18-20]. Mogelijk oplossingen zijn het overbruggen van culturele en taalbarrières, meer uitleg geven over medicatie en zoals hierboven reeds beschreven maatregelen nemen om patiënten met te weinig tijd toch tot in de praktijk te krijgen.

Moeilijke financiële situatie werkt uitstel in de hand

De patiënten die aangegeven hebben een (zeer) moeilijke financiële situatie te hebben stellen vaker zorg uit dan patiënten die een normale, goede of zeer goede financiële situatie hebben (52,9% vs 21,1%, p=0.018). De financiële drempel als oorzaak van uitstel is enkel terug te vinden bij de groep van patiënten die beschouwen een moeilijke tot zeer moeilijke financiële situatie te hebben. Dat de financiële situatie van een patiënt de mate van uitstel van gezondheidszorg beïnvloedt is ook terug te vinden in andere studies[13,15]. Zelfs in landen waar er geen remgeld betaald wordt (bv Canada) vinden we deze trend terug[24]. Naast een financiële

drempel werd ook een tekort aan tijd door patiënten met een moeilijkere financiële situatie vaker gerapporteerd. Uit de interviews bleek dat het vaak om ouders ging die het moeilijk hadden om het zorgen voor de kinderen te kunnen combineren met consultaties bij de huisarts. Het zijn inderdaad de grote gezinnen met meer risico op kansarmoede[25] waar de ouders ook minder tijd hebben voor hun eigen gezondheid. Bij patiënten met slechtere financiële toestand komen chronische aandoeningen, psychische ziekten en langdurige functionele beperkingen vaker voor[26]. De levensverwachting in "goede gezondheid" is het kortst voor deze populatie[27] en de patiënten zijn het moeilijkst te bereiken met preventieve geneeskunde[19]. Patiënten die in armoede leven zijn dus een groep met een hoog risico om gezondheidszorg meer uit te stellen hoewel zij gezondheidszorg het meeste nodig hebben. Deze groep en de patiënten met een financiële steun voor medische zorg van de OCMW's en andere instantie kennen een grote overlap. Dit verklaart de hoge percentages uitstel in beide groepen en de overeenkomst in redenen voor uitstel van eerstelijnszorg.

Subjectieve gezondheid als risicofactor voor uitstellen van gezondheidszorg

Een lagere subjectieve gezondheid kwam in deze studie overeen met een verhoogde kans op uitstel van gezondheidszorg (43,8% vs 25,6%). Dit is in overeenstemming met de studie van A. Poppe et al[13]. Het is echter onwaarschijnlijk dat dit een rechtstreekse invloed is. Mensen die in armoede leven hebben vaker een slechtere indruk van hun gezondheid[26], en mensen die in armoede leven stellen vaker gezondheidszorg uit. Patiënten met een slechtere subjectieve gezondheid hebben ook vaker aangegeven geen vertrouwen te hebben in de artsen of in medicatie (grafiek 5). Het is aannemelijk dat de patiënten die hun gezondheid als slecht beoordelen minder tevreden zijn van de artsen en de door hen aangeboden medische hulp. De subjectieve gezondheid van de patiënten in Brussel hoort bij de laagste van het land[15,28] maar verdere studie naar de redenen voor uitstellen in deze patiëntengroep en mogelijkheden om deze te verbeteren is nodig om hier aanbevelingen over te kunnen formuleren.

Conclusie

Deze studie heeft als doel inzicht te verschaffen in het uitstellen van huisartsenconsultaties bij patiënten ingeschreven in het wijkgezondheidscentrum "Medikuregem" in Anderlecht. Het totale percentage uitstel in de afgelopen 12 maanden in de praktijk komt overeen met wat reeds gekend is vanuit andere studies, namelijk rond 1 op de 3 patiënten[11-13]. De risicogroepen die in deze studie werden uitgelicht zijn de patiënten van 26 tot en met 45 jaar, de patiënten met een slechte subjectieve inkomensbeleving, patiënten die steun krijgen van het OCMW of andere

instanties (Caritas, Fedasil, enz…) en patiënten met een lagere subjectieve gezondheid. Deze studie toont dat dit wijkgezondheidscentrum met succes uitstel omwille van financiële redenen heeft gereduceerd. Uitstel in het algemeen blijft echter onverminderd aanwezig. Voornamelijk tijdsgebrek en te weinig vertrouwen in artsen en/of medicatie werden opgegeven als redenen voor uitstel. Dit fenomeen is vermoedelijk te wijten aan de specifieke populatie van de praktijk. Het inzicht verworven in deze studie opent mogelijkheden om uitstel op andere vlakken dan financieel aan te pakken. Zo kunnen kortere wachttijden in de wachtzaal en de mogelijkheid tot huisbezoeken de praktijk toegankelijker maken voor mensen met minder tijd. Anderzijds zouden het overwinnen van culturele en taalbarrières alsook betere uitleg rond medicaties helpen om het vertrouwen in de artsen en medicaties te verbeteren. De resultaten kunnen waarschijnlijk doorgetrokken worden naar andere Anderlechtse WGC's tot zelfs Brusselse WGC's. Zelfs in andere Belgische WGC's kunnen de huidige resultaten met voorzichtigheid toegepast worden om de redenen voor uitstel van consultaties bij de huisarts te helpen begrijpen. Er is echter nog verder onderzoek nodig met grotere onderzoekspopulaties om de huidige gegevens te kunnen bevestigen en dieper te kunnen ingaan op mogelijke interventies om de toegankelijkheid van de huisarts als eindpunt te verbeteren.

Sterktes van deze studies

De te onderzoeken populatie komt goed overeen met de populatie die in deze studie ondervraagd werd (zie tabel 1). We zien een kleine meerderheid vrouwen ten opzichte van mannen die ook in onze steekproef voorkomt. De grootste leeftijdsgroep zijn patiënten tussen de 26 en 45 jaar en ook dit vinden we terug in onze populatie.

De arts die de interviews heeft afgenomen deed dit volledig buiten de consultaties. Hierdoor konden de patiënten eerlijker antwoorden.

Zwaktes van deze studie

Ten eerste zijn de vragenlijsten onderhevig aan een bias door sociale wenselijkheid. Het feit dat de interviews face-to-face werden afgenomen versterkt dit effect nogmaals[29]. Een tweede punt is het feit dat een heel aantal mensen weigerden mee te doen aan de studie, onder andere omdat ze geen tijd hadden. De kans is bestaande dat deze mensen ook consultaties uitstellen wegens tijdsgebrek. Verder zijn patiënten met een DMH statuut vermoedelijk ondervertegenwoordigd. Een groter aandeel van de DMH patiënten spreken Vlaams noch Frans en zijn hierdoor geëxcludeerd uit de studie. Dit kan invloed hebben op de resultaten omdat deze

patiënten in de huidige resultaten ook in belangrijke mate aangeven consultaties in de eerste lijn uit te stellen.

Door een beperkte studiepopulatie zijn weinig resultaten statistisch significant. Dit kan enkel verbeterd worden zo de studie herhaald zou worden op grotere schaal.

Referenties

1. Uitstel of afstel van medische zorg om financiële redenen. 2018. Beschikbaar via: http://www.indicators.be/nl/i/BGD_HEA_PHC/Uitstel_of_afstel_van_medische_zorg_om_financi%C3%ABle_redenen. Geraadpleegd 2018 februari 8.

2. Leyva B, Taber JM , et al. Medical Care Avoidance Among Older Adults. J Appl Gerontol 2017. Beschikbaar via: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29249189. Geraadpleegd 2018 februari 4.

3. Willems S, De Ryck E. QUALICOPC-studie: onderzoek naar de kwaliteit, kostprijs en billijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg in Europa. Huisarts Nu 2012; 41: 123-124.

4. Detollenaere J, Vos J. Vlaamse prioritaire thema's met betrekking tot eerstelijnsgezondheidszorg: focus op de Vlaamse huisartsgeneeskunde. In: SWVG-Rapport. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; 2014.

5. Demarest S. Financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen. In: Drieskens S, Gisle L (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 3: Gebruik van gezondheidsen welzijnsdiensten. Brussel: WIV-ISP; 2015.

6. Eurostat, EU Statistics on Income and Living Conditions. 2014. Beschikbaar via http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-care/data/database . Geraadpleegd 2017 mei 23

7. Duquet K, Ghoos K. Dokter, ik kom volgende week (want nu heb ik geen geld). Huisarts Nu 2015; 44: 16-9.

8. Smith LK, Pope C. Patients' help-seeking experiences and delay in cancer presentation: a qualitative synthesis. Lancet 2005; 366: 825-31.

9. Baeten Y, Hendrickx K. Mictieklachten bij mannen vanaf vijftig jaar: prospectief observationeel onderzoek naar prevalentie en patient delay. Huisarts Nu 2016; 45: 84–89.

10. Byrne SK. Healthcare avoidance: a critical review. Holist Nurs Pract 2008; 22: 280-92.

11. Taber JM, Leyva B. Why do People Avoid Medical Care? A Qualitative Study Using National Data. J Gen Intern Med 2015; 30: 290–297.

12. Kannan VD, Veazie PJ. Predictors of avoiding medical care and reasons for avoidance behavior. Med Care 2014; 52: 336-45.

13. Poppe, A., Verlinde, E., et al. Op bezoek bij de huisarts: gerapporteerd gebruik, gepercipieerde kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg bij financieel kwetsbare welzijnszorggebruikers. In: SWVG Feiten & Cijfers. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; 2011.

14. Belga. Aantal wijkgezondheidscentra in ons land in de lift. 2016. Beschikbaar via http://deredactie.be/cm/vrtnieuws/binnenland/1.2574504. Geraadpleegd 2017 juni 27.

15. Englert M, Luyten S. Welzijnsbarometer 2017. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie; 2017.

16. Medisch verbruik vanuit geografisch perspectief - Variaties in de uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging in België – Longitudinaal rapport 2009-2013. Internet site rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering 2015. Beschikbaar via http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/medisch-geografisch-longitudinaal-rapport-2009-2013.pdf. Geraadpleegd 2017 september 13.

17. Vervoort K. De blo(c)k aan het been van wijkgezondheidscentra. 2018. Beschikbaar via https://www.devoorzorg.be/antwerpen/Nieuwsbrieven/Flits/archief2017/flits-juni-2017/Pages/De-block-aan-het-been-van-wijkgezondheidscentra.aspx. Geraadpleegd 2017 september 13.

18. Van der Heyden J, Charafeddine R. (ed.) Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. Samenvatting van de onderzoeksresultaten. Brussel: WIV-ISP; 2015.

19. Demarest, S. (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 5: Prevente. Samenvatting van de onderzoeksresultaten. Brussel: WIV-ISP; 2015.

20. Gisle L, Demarest, S. (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en leefstijl. Samenvatting van de onderzoeksresultaten. Brussel: WIV-ISP; 2015.

21. Répertoire de l'aides médicales dans les cpas bruxellois. Accessibilité aux soins de santé pour les patients dépendant du CPAS. Brussel: Commission CPAS-FAMGB; 2009.

22. Vrijens F, Renard, F, et al. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2015.

23. Bernagie J, Jeanty D. Armoede in je/de praktijk 2013. Beschikbaar via: https://www.domusmedica.be/documentatie/downloads/studiedagen/dag-van-de-huisarts-18-05-2013/810-jo-bernagie-david-jeanty-armoede-in-de-praktijk/file.html. Geraadpleegd op 2017 september 3.

24. Dunlop S, Coyte PC. Socio-economic status and the utilisation of physicians' services: results from the Canadian National Population Health Survey. Soc Sci Med 2000; 51:123-33.

25. Steenssens K, Aguilar LM. Kinderen in armoede. Status quaestionis van het wetenschappelijk onderzoek voor België. Brussel: POD Maatschappelijke Integratie; 2008.

26. Romagnoli A, Foubert J, et al. De relatie tussen armoede en gezondheid: een exploratie over de gewesten in België. In: Pannecoucke I, Lahaye W, Vranken J, Van Rossem R, redacteurs.Jaarboek armoede in België. Brussel: Academia Press; 2014: p. 49–70.

27. EHLEIS technical report 2014_4.7, Additional national page for Country Report Issue 7. European Health and Life Expectancy Information System 2014. Beschikbaar via: http://www.eurohex.eu. Geraadpleegd op 2018 januari 15.

28. Englert M, Luyten S. Welzijnsbarometer 2015. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie; 2015.

29. Bowling A. Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. J Public Health (Oxf) 2005; 27: p. 281-91

30. Likert Scale Explanation - With an Interactive Example. SurveyKing. Beschikbaar via: https://www.surveyking.com/help/likert-scale-example.php. Geraadpleegd 2017 augustus 13.

Bijlagen

Bijlage 1: Lijsten chronische en ernstige ziekten

A. Chronische aandoeningen: Niet exhaustieve lijst met aandoeningen waarvoor patiënten werden onderverdeeld bij “opvolging voor chronische ziekten”.
    a. Endocrinologische ziekten:
        i. Diabetes mellitus I en II
        ii. Schildklierstoornissen
        iii. Osteoporose onder behandeling (buiten Calcium en vitamine D)
        iv. Obesitas met opvolging (diëtist of arts)
    b. Longziekten:
        i. Asthma onder behandeling
        ii. COPD onder behandeling
    c. Cardiovasculaire ziekten:
        i. VKF onder behandeling
        ii. Tromboembolie onder behandeling
        iii. Arteriële hypertensie
        iv. Post-AMI en post-CABG
    d. Psychiatrische ziekten:
        i. Depressie met opvolging psycholoog, arts en/of psychiater
    e. Infectieus:
        i. Chronische hepatitis zonder behandeling
    f. Systeemziekten
        i. Systeemziekten onder controle

B. Ernstige aandoeningen: Niet exhaustieve lijst met aandoeningen waarvoor patiënten werden onderverdeeld bij “opvolging wegens ernstige aandoeningen”.
    a. Palliatief statuut voor om het even welke reden
    b. Actieve neoplasie met of zonder behandeling
    c. HIV of belangrijke immunosupressie
    d. Auto-immuunziekten niet onder controle

Bijlage 2: Tabellen en grafieken

Tabel 1

		Aantal patiënten in steekproef	Aantal patiënten in de praktijk†
		n(%)	n(%)
Geslacht	Man	27(49,1)	1579(48,4)
	vrouw	28(50,9)	1680(51,5)
Leeftijd	18-25	6(10,9)	571(17,5)
	26-45	23(41,8)	1383(42,4)
	46-65	19(34,5)	916(28,1)
	66-85	7(12,7)	366(11,2)
	86-...	0(0,0)	27(0,8)
Type terugbetaling	Groene/oranje kaart OCMW*	7(12,7)	
	DMH**	2(3,6)	
	Andere***	1(1,8)	
	VT****	16(19,1)	
	Gewoon	29(52,7)	

Demografische gegevens steekproefpopulatie en te onderzoeken populatie

**Openbaar Centrum Maatschappelijk Welzijn.*

***Dringende Medische Hulp.*

****Fedasil, Caritas enz…*

*****Verhoogde Tegemoetkoming.*

†Patiënten vanaf 18 jaar die het wijkgezondheidscentrum bezochten van 1 april 2016 tot en met 31 maart 2018.

Tabel 2

		Aantal patiënten	Uitstel*	Uitstel >2 maal**
		n(%)	%	%
Totaal		55(100,0)	30,9	64,7
Geslacht	Man	27(49,1)	37,0	
	vrouw	28(50,9)	25,0	
Leeftijd	18-25	6(10,9)	16,7	
	26-45	23(41,8)	52,2	
	46-65	19(34,5)	15,8	
	66-85	7(12,7)	14,3	
	86-...	0	/	
Subjectieve gezondheid	redelijk tot zeer goed	39(71,1)	25,6	
	(zeer) slecht	16(29,0)	43,8	
Betrokkenheid	normaal tot zeer betrokken	49(89,1)	32,7	
	weinig tot helemaal niet betrokken	6(10,9)	16,7	
Financiële situatie***	normaal tot zeer goed	38(69,1)	21,1	
	(zeer) slecht	17(30,9)	52,9	

Percentages uitstel afhankelijk van de antwoorden uit de patiëntenvragenlijsten

**Minstens één consultatie uitgesteld in de afgelopen 12 maanden bij de huisarts.*

***Percentage patiënten dat meer dan 2 consultaties uitstelde binnen de groep van patiënten dat minstens één consultatie uitstelde in de afgelopen 12 maanden.*

****p=0.018.*

Tabel 3

		Aantal patiënten	Uitstel*
		n(%)	%
Type opvolging	normaal	21(38,2)	23,8
	chronisch	27(49,1)	37,0
	ernstig	7(12,7)	28,6
Aantal consultaties in de afgelopen 12 maanden	<5	24(43,6)	29,2
	5-15	24(43,6)	33,3
	>15	7(12,7)	28,6
Type terugbetaling	Groene/oranje kaart OCMW**	7(12,7)	42,9
	DMH***	2(3,6)	100,0
	Andere****	1(1,8)	100,0
	VT†	16(19,1)	12,5
	Gewoon	29(52,7)	31,0

Percentages uitstel afhankelijk van de antwoorden uit de artsenvragenlijsten

**Minstens 1 consultatie uitgesteld in de afgelopen 12 maanden bij de huisarts.*

***Openbaar Centrum Maatschappelijk Welzijn.*

****Dringende Medische Hulp.*

*****Fedasil, Caritas enz…*

†Verhoogde Tegemoetkoming.

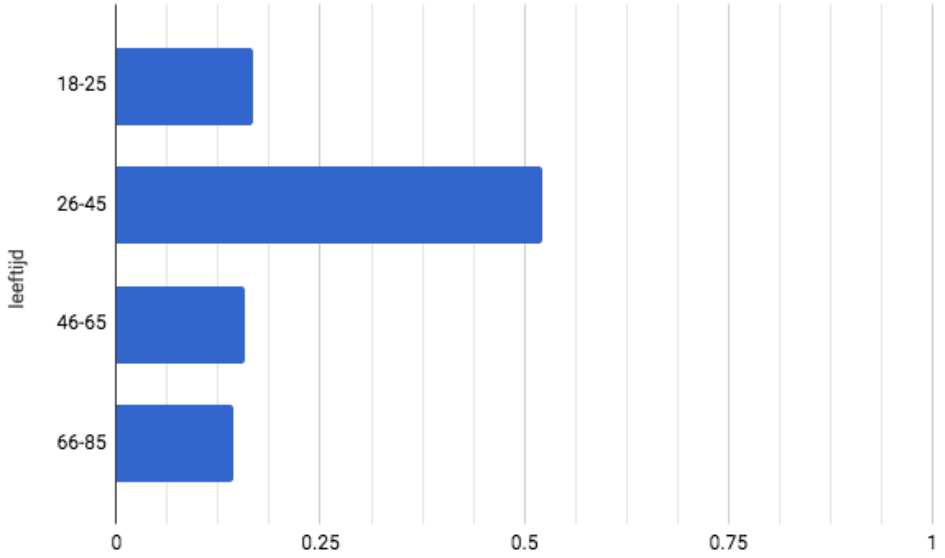
Tabel 4		Aantal patiënten
		n(%)*
Traditionele barrières	Financieel niet mogelijk/te duur	2(11,8)
	Tijdsgebrek	7(41,2)
	Taalbarrière	1(5,8)
	Geraakt niet tot aan de praktijk	3(17,6)
Negatieve evaluatie van de medische zorg	Geen vertrouwen in artsen en/of medicatie	4(23,5)
Persoonsgebonden karakteristieken	/	/
		Aantal patiënten
		n(%)**
Lage nood tot opzoeken medische zorg (perceptie patiënt)	/	10(18,1)

Percentages voor de verschillende redenen voor uitstel van een consultatie bij de huisarts

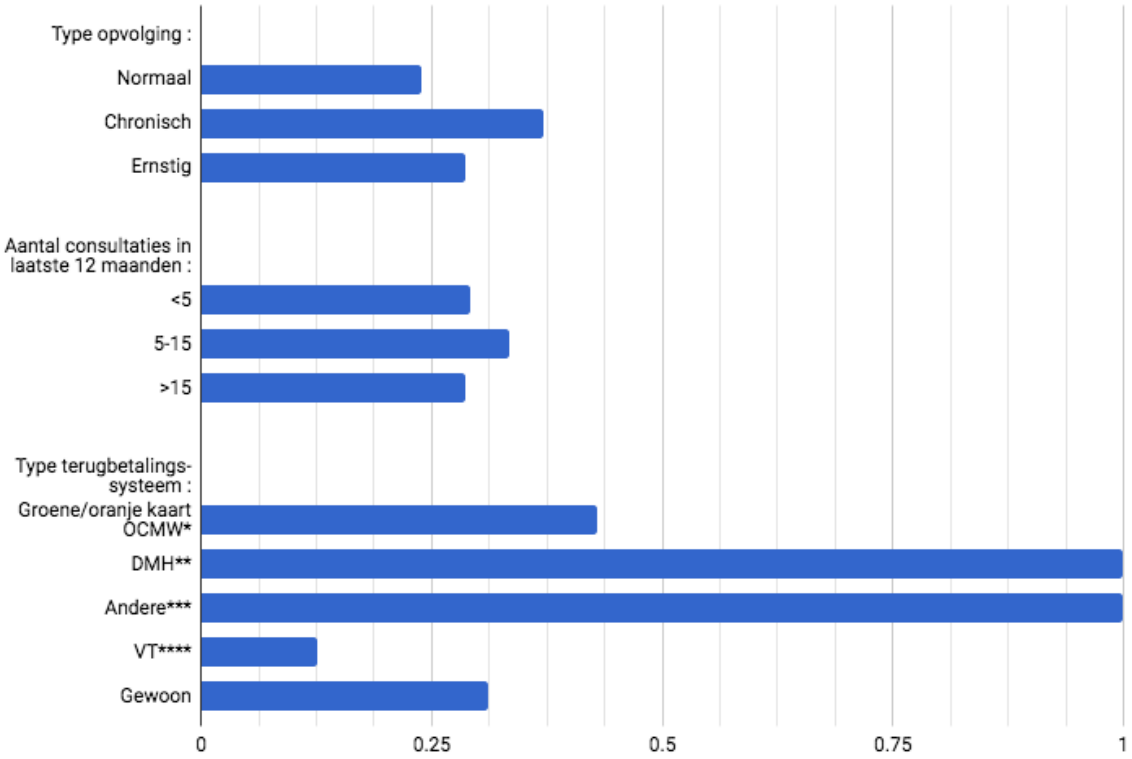
**Percentage van het totaal aantal patiënten dat zorg uitstelde in de afgelopen 12 maanden.*

***Percentage van het totaal aantal deelnemende patiënten.*

Grafiek 1: Percentage uitstel eerstelijnsconsultaties volgens leeftijd (1=100%)

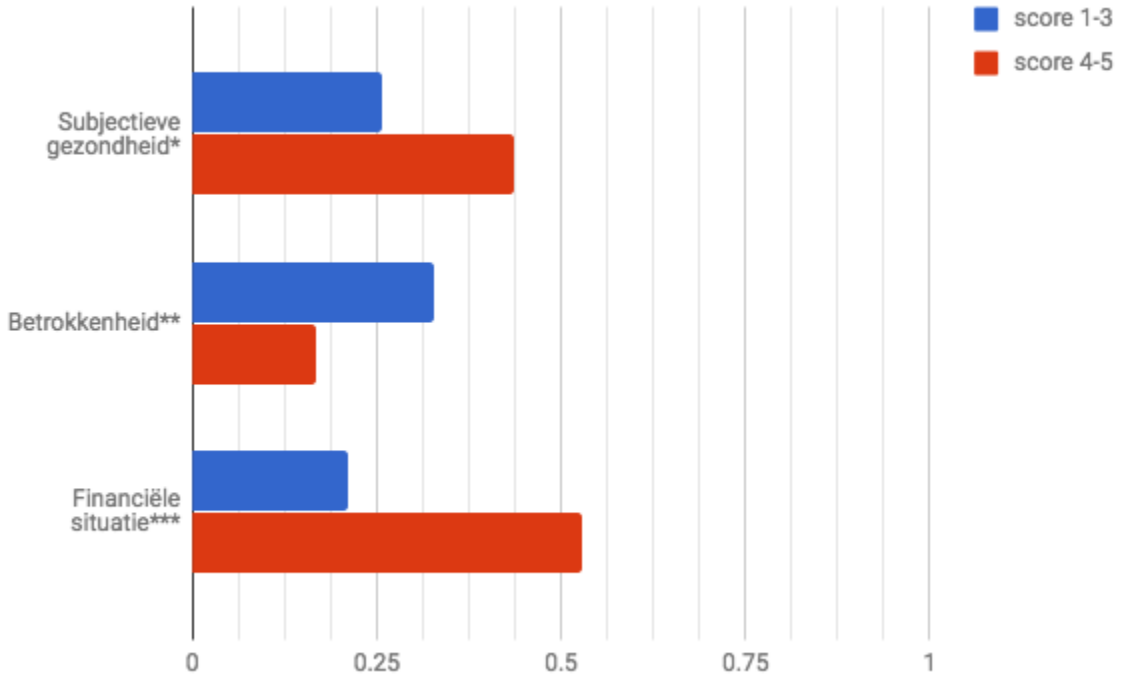


Grafiek 2: Percentage uitstel volgens variabelen uit de vragenlijsten voor de artsen (1=100%)



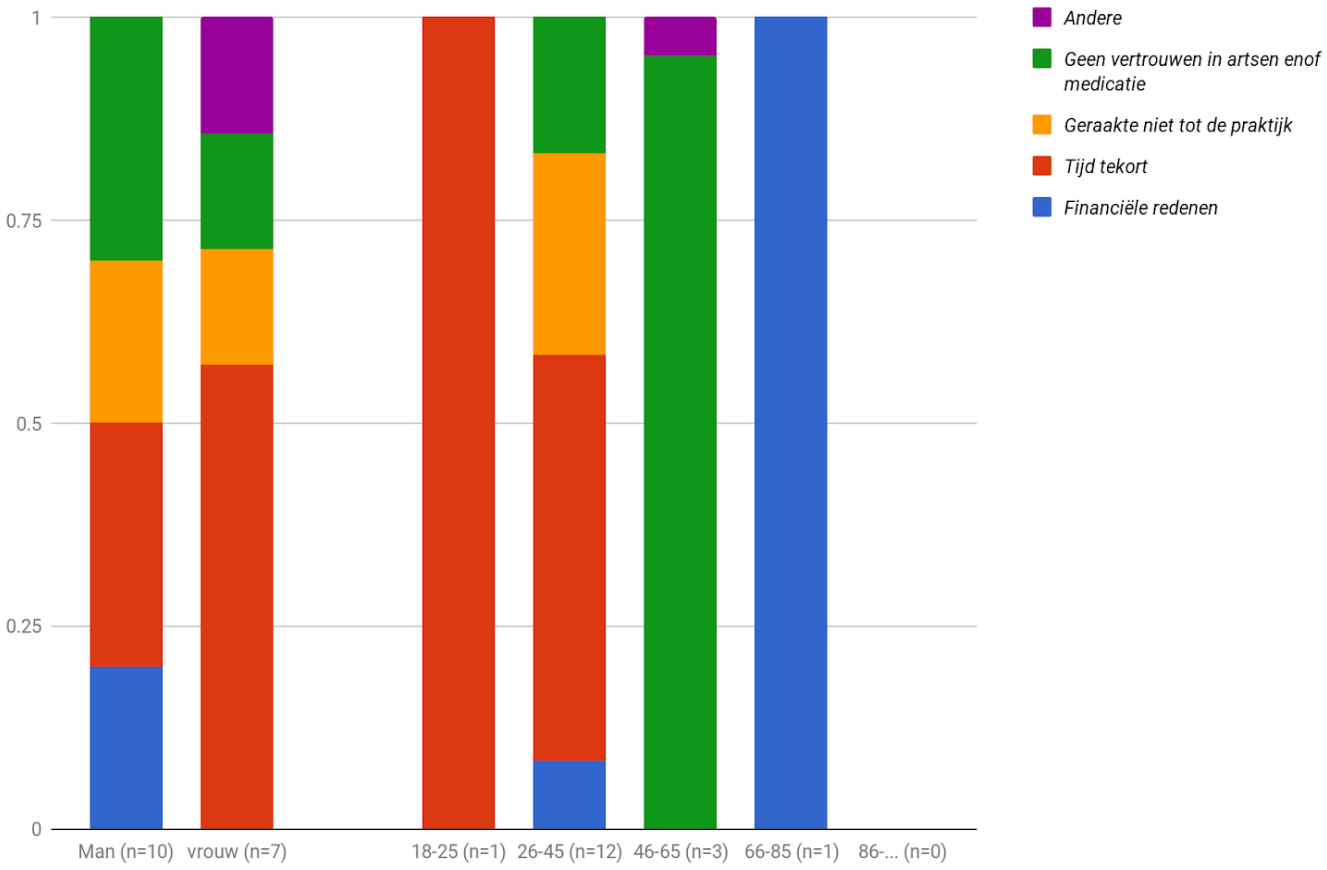
**Openbaar Centrum Maatschappelijk Welzijn.*
***Dringende Medische Hulp.*
****Fedasil, Caritas enz…*
*****Verhoogde Tegemoetkoming.*

Grafiek 3: Percentage uitstel volgens variabelen uit vragenlijsten voor de patiënten (1=100%)

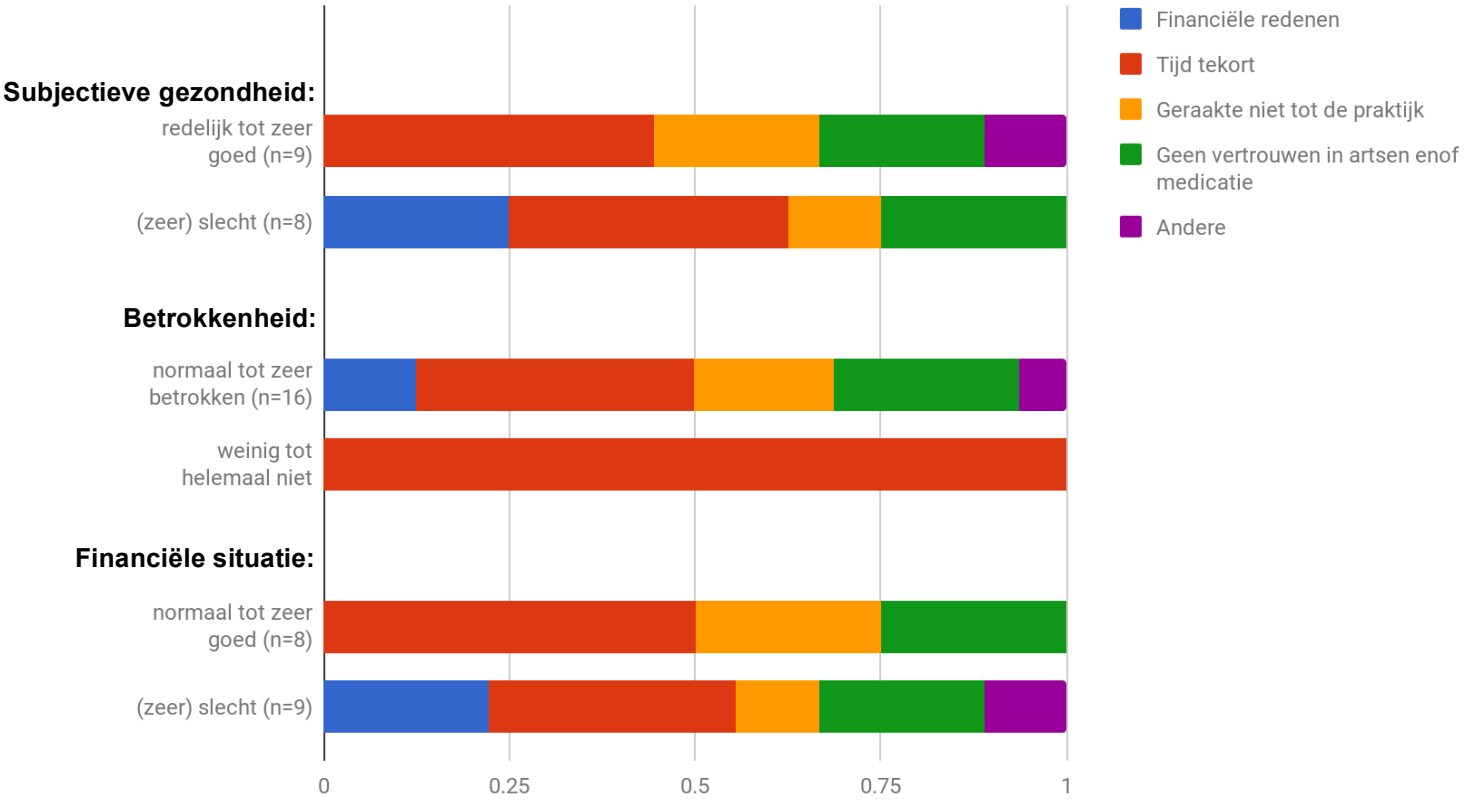


**Subjectieve gezondheid:*	*score 1-3 komt overeen met "redelijk tot zeer goed"*
	score 4-5 komt overeen met "slecht tot zeer slecht"
***Betrokkenheid:*	*score 1-3 komt overeen met "redelijk tot zeer betrokken"*
	score 4-5 komt overeen met "weinig tot helemaal niet betrokken"
****Financiële situatie:*	*score 1-3 komt overeen met "redelijk tot zeer goed"*
	score 4-5 komt overeen met "slecht tot zeer slecht"

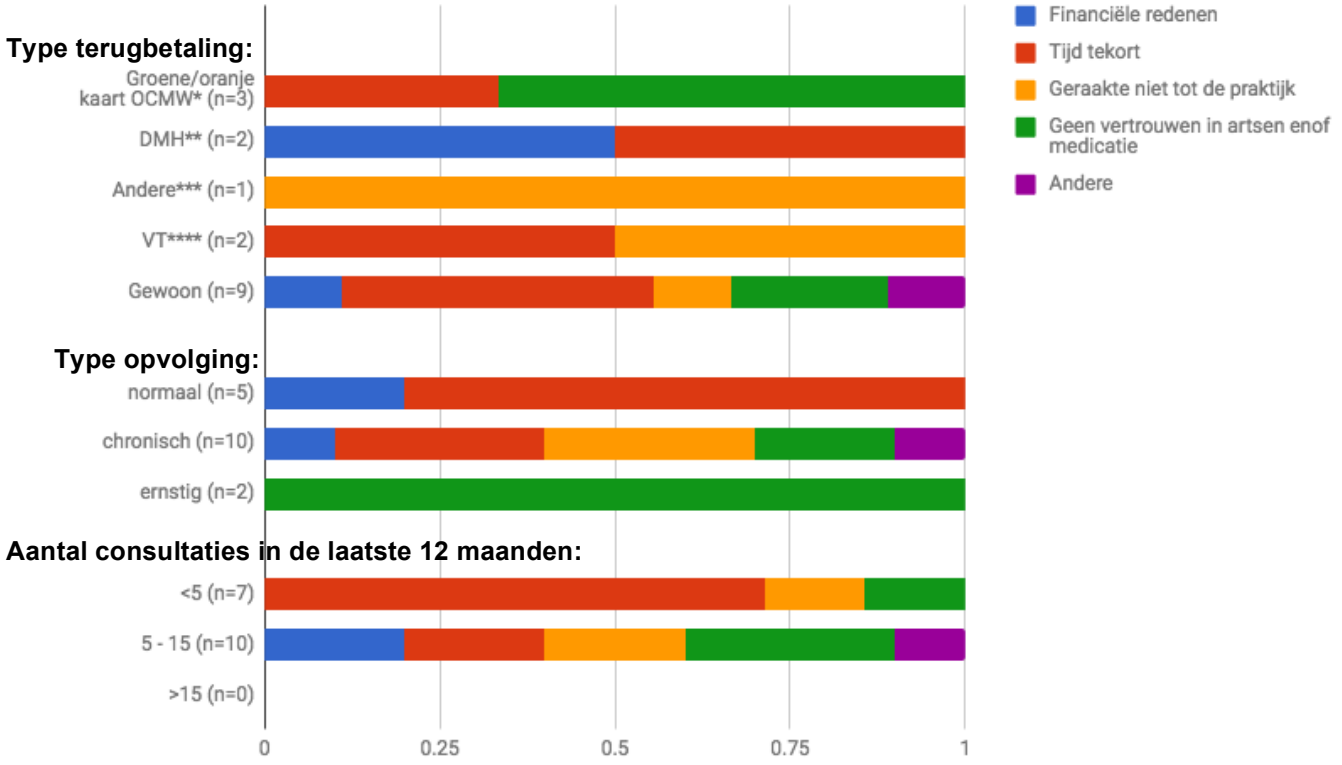
Grafiek 4: Redenen voor uitstellen afhankelijk van demografische gegevens (1=100%)



Grafiek 5: Redenen voor uitstellen afhankelijk van de antwoorden uit de patiëntenvragenlijsten (1=100%)



Grafiek 6: Redenen voor uitstellen afhankelijk van de antwoorden uit de artsenvragenlijsten (1=100%)



**Openbaar Centrum Maatschappelijk Welzijn.*
***Dringende Medische Hulp.*
****Fedasil, Caritas enz…*
*****Verhoogde Tegemoetkoming.*

Bijlage 3:

Vragenlijst (Nederlandstalige versie)

INITIALEN PATIËNT: GESLACHT PATIËNT: GEBOORTEJAAR:
DATUM:

BIEDT EEN WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM EEN ANTWOORD OP UITSTELLEN VAN CONSULTATIES BIJ DE HUISARTS IN ANDERLECHT?

DEEL ARTS

1. WELK TYPE OPVOLGING BETREFT DIT?

   - NORMALE OPVOLGING TER PREVENTIE EN BEHANDELING VAN INTERCURRENTE ZIEKTEBEELDEN.
   - OPVOLGING VAN CHRONISCHE AANDOENINGEN (DIABETES, AHT ENZ..)
   - ERNSTIGE ZIEKTEN DIE NABIJE OPVOLGING VEREISEN (KANKER, HIV, ENZ..)

2. HOE VAAK HEEFT U DEZE PATIËNT GEZIEN IN DE AFGELOPEN 6 MAANDEN?
   - <5
   - 5-15
   - >15

3. PATIËNT IS:
   - IN HET BEZIT VAN EEN MEDISCHE KAART VAN OCMW (GROENE OF ORANJE KAART)
   - IN HET BEZIT VAN EEN DMH KAART
   - TERUGBETALING VIA EEN ANDER SYSTEEM (BV FEDASIL, CARITAS) NAMENLIJK: .....
   - VERHOOGDE TEGEMOETKOMING
   - GEEN VAN DE BOVENSTAANDE

INITIALEN PATIËNT: GESLACHT PATIËNT: GEBOORTEJAAR:
DATUM:

BIEDT EEN WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM EEN ANTWOORD OP UITSTELLEN VAN CONSULTATIES BIJ DE HUISARTS IN ANDERLECHT?

DEEL PATIËNT

HET BEANTWOORDEN VAN DEZE VRAGENLIJST GEBEURT VOLLEDIG ANONIEM, WIJ WETEN NIET WIE DEZE VRAGENLIJST INGEVULD HEEFT.

1. HOE SCHAT U UW EIGEN GEZONDHEIDSTOESTAND IN? (SLECHTS 1 ANTWOORD MOGELIJK)
   - 1. ZEER GOED
   - 2. GOED
   - 3. REDELIJK
   - 4. SLECHT
   - 5. ZEER SLECHT

2A.HEEFT U IN DE AFGELOPEN 12 MAANDEN EEN CONSULTATIE BIJ UW HUISARTS UITGESTELD?
   - 1. 1-2 MAAL
   - 2. MEER DAN 2 MAAL
   - 3. NEEN

2B.ZO JA, OM WELKE REDEN HEEFT U MEDISCHE ZORG UITGESTELD? (KRUIS AAN)
   - 1. FINANCIEEL (KOSTEN MEDICATIE, CONSULTATIE SPECIALIST, ENZ…)
   - 2. CONSULTATIE-UREN PASSEN NIET, GEEN TIJD
   - 3. KON NIET TOT HET KABINET KOMEN/GEEN HUISBEZOEK MOGELIJK
   - 4. ER WAS TOEN GEEN NOOD TOT HET OPZOEKEN VAN MEDISCHE ZORG
   - 5. TE WEINIG VERTROUWEN IN DE ARTSEN OF MEDICATIE
   - 6. ANDERE: ……
     ……...

3.HOE SCHAT U UW EIGEN BETROKKENHEID IN, IN UW MEDISCHE OPVOLGING?
   - 1. ZEER BETROKKEN
   - 2. BETROKKEN
   - 3. NEUTRAAL
   - 4. NIET ECHT BETROKKEN
   - 5. HELEMAAL NIET BETROKKEN

4.HOE SCHAT U UW EIGEN FINANCIËLE SITUATIE IN?
   - 1. ZEER GOED
   - 2. GOED
   - 3. NEUTRAAL
   - 4. SLECHT
   - 5. ZEER SLECHT.

IK HEB HET BIJGEVOEGD INFORMATIEFORMULIER GELEZEN EN BEGREPEN EN GEEF TOESTEMMING OM DE HIERBOVEN AANGEDUIDE ANTWOORDEN OP EEN GEHEEL ANONIEME MANIER TE VERWERKEN MET ALS DOEL ONDERZOEK NAAR

DATUM:
HANDTEKENING:

INFORMATIE BEDOELD VOOR DE DEELNEMENDE PATIËNT:

IN BRUSSEL IS ER NOOD AAN TOEGANKELIJKE EERSTELIJNSZORG VOOR IEDEREEN. WE ZIEN ONDER ANDERE DAT STEEDS MEER MENSEN CONSULTATIES BIJ DE HUISARTS UITSTELLEN WEGENS FINANCIËLE REDENEN WAARDOOR ER MEER DRUK KOMT OP ANDERE DIENSTEN (ZOALS DE SPOEDGEVALLEN). MAAR ER ZIJN ANDERE REDENEN OM MEDISCHE ZORG UIT TE STELLEN DIE NOG NIET GOED GEKEND ZIJN. MET DEZE STUDIE TRACHTEN WE EEN BETER BEELD TE KRIJGEN VAN DE TOEGANKELIJKHEID VAN DE EERSTELIJNSZORG EN HET UITSTELLEN VAN MEDISCHE ZORG DOOR PATIËNTEN.
DE ANTWOORDEN OP DE VRAGENLIJSTEN ZULLEN GEDURENDE 2 MAANDEN GECOLLECTEERD EN VERDER GEANALYSEERD EN GEÏNTERPRETEERD WORDEN DOOR DR VANGRINSVEN GUILLAUME EN DR AERTGEERTS BERT.

ETHISCHE ASPECTEN:
DE VRAGENLIJSTEN WORDEN GEHEEL ANONIEM INGEVULD EN WORDEN OOK ANONIEM VERWERKT. HET ONDERZOEK WERD ALVORENS VAN START TE GAAN VOORGELEGD AAN EEN ETHISCHE COMITÉ.

Vragenlijst (Franstalige versie)

INITIALES PATIËNT: SEXE PATIËNT: ANNÉE DE NAISSANCE:
DATE:

LA MAISON MÉDICALE: UNE SOLUTION POUR LES CONSULTATION POSTPOSÉES?

PARTIE POUR LE MÉDECIN.

1. DE QUEL TYPE DE SUIVI S'AGIT-IL?
   - SUIVI NORMAL: PRÉVENTION ET TRAITEMENT DE MALADIES “BANALES”.
   - SUIVI POUR MALADIES CHRONIQUE (DIABÈTE, HTA, ETC…)
   - MALADIES GRAVES NÉCESSITANT UN SUIVI ERNSTIGE ZIEKTES DIE NABIJE OPVOLGING VEREISEN (KANKER, HIV, ENZ..)

2. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS VU CE PATIENT DANS LES 6 DERNIERS MOIS?
   - <5
   - 5-15
   - >15

3. PATIËNT EST:
   - DÉTENTEUR D’UNE CARTE MÉDICALE DU CPAS (CARTE VERTE OU ORANGE)
   - DÉTENTEUR D’UNE CARTE MÉDICALE AMU
   - TIERS PAYANT PAR LE BIAIS D’UN AUTRE SYSTÈME (P.E. FEDASIL, CARITAS ETC ...): ……..
   - INTERVENTION MAJORÉE.
   - AUCUN DES SUS-MENTIONNÉS

INITIALES PATIËNT: SEXE PATIËNT: ANNÉE DE NAISSANCE:
DATE:

LA MAISON MÉDICALE: UNE SOLUTION POUR LES CONSULTATION POSTPOSÉES?

PARTIE POUR LE PATIENT.

CE FORMULAIR EST ENTIÈREMENT ANONYME.

1. COMMENT ÉVALUEZ-VOUS VOTRE PROPRE SANTÉ? (1 RÉPONSE POSSIBLE).
   - TRÈS BIEN
   - BIEN
   - NORMAL
   - MAUVAISE
   - TRÈS MAUVAISE

2A. AVEZ-VOUS POSTPOSÉ UNE CONSULTATION CHEZ VOTRE GÉNÉRALISTE DANS LES 12 MOIS PRÉCÉDENTS?
   - 1-2 FOIS
   - PLUS DE 2 FOIS
   - NON

2B. SI OUI, POUR QUELLE RAISONS AVEZ-VOUS POSTPOSÉ UNE CONSULTATION CHEZ VOTRE GÉNÉRALISTE? (COCHEZ)
   - FINANCIÈRES (COÛT DES MÉDICAMENTS, DE LA CONSULTATION CHEZ UN SPÉCIALISTE ETC…)
   - LES HEURES DE CONSULTATION NE ME CONVENAIENT PAS, PAS LE TEMPS.
   - PAS POSSIBLE DE SE RENDRE AU CABINET MÉDICALE/PAS DE VISITE À DOMICILE POSSIBLE.
   - VOUS NE TROUVIEZ PAS CELA NÉCESSAIRE.
   - TROP PEU DE CONFIANCES DANS LES MÉDECINS OU MÉDICAMENTS.
   - AUTRES: ……
     ……...

3. COMMENT ESTIMEZ-VOUS VOTRE PARTICIPATION DANS LE SUIVI CHEZ VOTRE MÉDECIN TRAITANT.
   - TRÈS IMPLIQUÉ
   - IMPLIQUÉ
   - NEUTRE
   - PEU IMPLIQUÉ
   - PAS IMPLIQUÉ DU TOUT

4. COMMENT ÉVALUEZ-VOUS VOTRE SITUATION FINANCIÈRE?
   - TRÈS BIEN
   - BIEN
   - NEUTRE
   - MAUVAIS
   - TRÈS MAUVAIS

J'AI LU ET COMPRIS LE DOCUMENT INFORMATIF EN ANNEXE ET DONNE L'AUTORISATION D'UTILISER LES RÉPONSE CI-DESSUS DANS LE CADRE D'UNE ÉTUDE SUR L'ACCÈS DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE À BRUXELLES. LES RÉPONSES SERONT TRAITÉES DE MANIÈRE ANONYME.

DATE:
SIGNATURE:

INFORMATION POUR LE PARTICIPANT

VUE LE CONTEXT SOCIO-ÉCONOMIQUE, BRUXELLES A BESOIN DE SOINS MÉDICAUX ACCESSIBLE À TOUT LE MONDE. SEULEMENT, MÊME AVEC LES EFFORTS DÉPLOYÉS BEAUCOUP DE PATIENTS POSTPOSENT LEURS SOINS, SOUVENT POUR DES RAISONS FINANCIÈRES. CECI A COMME CONSÉQUENCES LA SURCHARGES D'AUTRES SERVICES COMME LES SERVICES D'URGENCES. MAIS IL Y A D'AUTRES RAISONS DE POSTPOSER UNE VISITE CHEZ LE MÉDECINS GÉNÉRALISTE ET CELLE-CI SONT MOINS CONNUES. PAR LE BIAIS DE CETTE ÉTUDE NOUS VOULONS AVOIR UNE MEILLEURE IDÉE DE L'ACCESSIBILITÉ DES SOINS ET DES CONSULTATIONS REPORTÉES PAR LES PATIENTS. LES RÉPONSES AU QUESTIONS SERONT RASSEMBLÉES PENDANT 2 MOIS ET ANALYSÉES PAR LE DR VANGRINSVEN GUILLAUME ET LE DR AERTGEERTS BERT.

ETHIQUE:
LES QUESTIONNAIRES RESTENT TOTALEMENT ANONYMES PENDANT TOUTE LA DURÉE DE L'ÉTUDE. CETTE ÉTUDE A ÉTÉ APPROUVÉ PAR UN COMITÉ D'ÉTHIQUE.

KU LEUVEN

Biomedische Wetenschappen

Ethische begeleiding masterproeven

mp19720	ZORGT DE MEDISCHE KAART VOOR EEN BETERE TOEGANG TOT EERSTELIJNSZORG EN MEDICATIE VOLGENS ARTS EN PATIËNT

Student(en):
Guillaume Vangrinsven
Promotor:
Ann Roex (ann.roex@kuleuven.be - u0043765 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)
Hoofdonderzoeker:
Vangrinsven Guillaume
Faculteit:
Geneeskunde

Opleiding:
Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is:
multicentrisch
De opdrachtgever is:
academisch (universiteit,...)

Het onderzoek is:
Het onderzoek is (gedeeltelijk) prospectief.
Het onderzoek is:
Prospectief observationeel onderzoek
Gebruikte methode:
prospectief onderzoek waarbij interviews of vragenlijsten worden gebruikt

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:

Brussel heeft te maken met een problematiek in de gezondheidssector die eigen is aan de stad. Armoede, beperkte sociale opvang en illegaal verblijf zorgen ervoor dat een groot aantal mensen niet zo vanzelfsprekend aan hun gezondheid kunnen werken als de doorsnee Belg. Brussel plaatst zich in België als eerste als het om armoedepercentages gaat en ook de subjectieve gezondheid is in Brussel bij de laagste van het land (1,2). Dat een lagere socio-economische toestand gecorreleerd is met een slechtere gezondheidstoestand is overigens veelvuldig bewezen en dus als een feit te beschouwen. Doorheen de jaren zijn verschillende initiatieven in gang gezet om de gezondheidszorg dan ook voor deze mensen toegankelijker te maken, denk maar aan de OMNIO-statuut (nu Verhoogde Tegemoetkoming (VT)), de medische kaart, de DMH enz… De patiënten in het bezit van een medische kaart genieten van een verhoogde tegemoetkoming voor gezondheidszorg met tussenkomst van niet

alleen hun mutualiteit maar ook de OCMW's. De medische kaart krijgt bij elk OCMW een andere invulling, aangepast aan de bevolking van de gemeente (3).

De patiënten in het bezit van een medische kaart betalen geen remgeld en komen in een systeem bijna vergelijkbaar met een forfaitaire praktijk. Op dit moment telt Sint-Jans-Molenbeek meer dan 5000 medische kaart-houders, met andere woorden niet minder dan 5% van de bevolking van de gemeente (4). In een periode waarin armoede stijgt in brussel (1), en waarschijnlijk ook het aandeel van deze patiënten in de praktijken, is het interessant te weten hoe armoede en de medische kaart in wisselwerking het consulteergedrag beïnvloeden. Uit een gezondheids-enquête uit 2008 weten we dat patiënten uit een lagere socio-economische klasse meer bij de huisarts terecht komen en meer huisbezoeken aanvragen zowel in Brussel als in de 2 andere gewesten (5). We weten ook dat uitstel van zorg binnen Brussel een groter probleem is dan in de andere gewesten en dat de prevalentie hiervan volgens de gegeven van de laatste welzijnsbarometer zelfs stijgt tot 40% bij gezinnen met een laag inkomen. Het verlagen van de financiële drempel leidt volgens tegenstanders van het systeem tot verder overmatig gebruik van de eerstelijnszorg terwijl anderen huisartsen dit zien als een oplossing voor het eerder genoemde uitstelgedrag. Verschillende studies hebben zich al over de vraag gebogen maar deze zijn hoofdzakelijk gebaseerd op rapportering van artsen en interviews (6,7,8).De studie heeft als doel de medische kaart van het OCMW van Sint-Jans-Molenbeek, en dan vooral ook zijn voor- en nadelen, beter in kaart te brengen. Meer specifiek willen we proberen te achterhalen of de medische kaart uit het standpunt van de arts en patiënt leidt tot een betere toegang tot de eerstelijnszorg en tot medicatie. In dit onderzoek willen we ons hoofdzakelijk beperken tot de financiële toegankelijkheid gezien de medische kaart hier het meeste op zal inspelen. We zullen hierbij deze patiënten vergelijken met een populatie dat geen recht heeft tot een verhoogde tegemoetkoming en waarvan verwacht wordt een goede toegang te hebben tot eerselijnszorg en medicatie.

Vraagstelling:

De studie heeft als doel de medische kaart van het OCMW van Sint-Jans-Molenbeek, en dan vooral ook zijn voor- en nadelen, beter in kaart te brengen. Meer specifiek willen we proberen te achterhalen of de medische kaart uit het standpunt van de arts en patiënt leidt tot een betere toegang tot de eerstelijnszorg en tot medicatie.

Methodologie:

Methodologie:

Recrutering van Deelnemende artsen:

Artsen die een samenwerkingsverband hebben met het OCMW van Sint-Jans-Molenbeek zullen worden uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Ze zullen via e-mail en telefonisch worden gecontacteerd. Er wordt nogmaals telefonisch contact opgenomen met artsen die na 2 weken niet geantwoord hebben op e-mails. We beogen als doel een 10 à 20 deelnemende artsen.

Registratie:

Inclusie van patiënten:

Artsen worden gevraagd de gegevens van 10 à 20 gerandomiseerde patiënten te registreren. De exacte wijze tot randomisatie moet nog uitgezocht worden en zal waarschijnklijk op temporele wijze bepaalt worden. Patiënten die hiervoor in aanmerking komen zijn diegenen met een medische kaart of patiënt die de normale prijs betalen zonder 3de-betalers regeling binnen de deelnemende praktijken. De leeftijd van de deelnemende patiënten wordt op minimum 18 jaar gesteld gezien jongere patiënten niet alleen een medische kaart kunnen bezitten en het feit dat het voor kinderen moeilijker is om hieromtrent een mening te geven.

Vragenlijsten:

De registratie gebeurt aan de hand van vragenlijsten. Deze zijn meerkeuze formulieren en tweeledig. Het eerste deel van deze vragenlijst is voor de huisarts bedoeld en peilt naar de mening van de arts wat betreft de toegang tot zijn consultatie en tot medicatie. Het tweede deel is bestemd voor de patiënt zelf en peilt naar de subjectieve gezondheid van de patiënt en naar de mening van de patiënt over diezelfde toegankelijkheid. De vragenlijsten zullen gevalideerd worden door 4 huisartsen en 2 patiënten uit Sint-Jans-Molenbeek en een expert. De registratieperiode zal 3 à 6 maanden bedragen afhankelijk van hoe snel het beoogde aantal deelnemers wordt bereikt.

Ethische aspecten:

Er zijn volgens ons geen ethische bezwaren voor het onderzoek. De vragenlijsten worden geheel anoniem ingevuld met enkel vermelding van de toestand van de patiënt (al dan niet in bezit van een medische kaart) en worden ook anoniem verwerkt. De beide vragenlijsten worden door de arts van een datum en een nummer voorzien om de data correct bij te kunnen houden. Het onderzoek wordt alvorens van start te gaan voorgelegd aan het ethische comité.

Data-analyse:

De registratieperiode zal 3 à 6 maanden bedragen afhankelijk van hoe snel het beoogde aantal deelnemers wordt bereikt. Resultaten zullen geanalyseerd en geïnterpreteerd worden door Dr Vangrinsven Guillaume en Dr Roex Anne. Dit gebeurt uiteraard binnen de context van Sint-Jans-Molenbeek.

Referenties:

Referenties:

1. "Welzijnsbarometer brusselse armoederapport 2016"

2. "Welzijnsbarometer brusselse armoederapport 2015"

3. "Répertoire de l' aides médicales dans les cpas bruxellois." Commission CPAS-FAMGB édition 2009

4. Gegevens gecollecteerd na telefonisch overleg met OCMW-medewerkster

5. "Gezondheidsenquete - contacten met de huisarts" J. Van der Heyden. 2008

6. "Sociale dienstverlening en financiële tegemoetkomingen voor de patiënt: hoe ver reikt de kennis van de huisarts?" O. Broeckaert, K. De Troeyer. 2011

7. "Forfait versus Prestatiegeneeskunde De perceptie van de huisarts op de 2 grote systemen in de huisartsgeneeskunde en hun mogelijke invloed op de arts-patiënt relatie". Stefanie De Winter. 2010

8. "Regeling betalende derde in de huisartsenpraktijk. Hoe wordt dit in de praktijk toegepast? Wat zijn de pro's en de contra's van het systeem volgens huisartsen?" Hanne Everaert.

Nummer:
Datum:

Onderzoek naar de efficiëntie van de medische kaart in Sint-Jans-Molenbeek.
Deel arts

1.Omring welke type consultatie het beste past.
Patiënt consulteert:

A) klacht is eigenlijk al onderzocht en/of behandeld.
B) kleine kwaal (bv banale verkoudheid, buikgriep, kleine verstuiking, kleine wonde enz...). M.a.w. patiënt kon zeker nog wachten of had volgens U niet moeten komen.
C) Normale consultatie.
D) Patiënt had sneller moeten komen (uitstel van zorg).

2. Ging dit om een hoofdzakelijk administratieve consultatie? (>50% van de consultatie)

A) Ja
B) Nee

3. Is er volgens u een financiële drempel tot het aankopen van medicatie? (met therapieontrouw als gevolg)

A) Ja
B) Nee

3. Is de patiënt in bezit van een medische kaart?

A) Ja
B) Nee

Nummer:
Datum:

Onderzoek naar de efficiëntie van de medische kaart in Sint-Jans-Molenbeek.

Deel Patiënt

Het beantwoorden van deze vragenlijst gebeurt volledig anoniem, wij weten niet wie deze vragenlijst ingevuld heeft.

1.Hoe schat u uw eigen gezondheidstoestand in?

A) Zeer goed
B) Goed
C) Gaat wel (redelijk)
D) Slecht
E) Zeer slecht

3. Hoe gemakkelijk/ hoe snel gaat u in het algemeen naar de huisarts?

A) Zeer gemakkelijk, voor het minste probleem
B) Gemakkelijk, soms ook voor kleine problemen
C) Neutraal
D) Moeilijk, alleen voor grotere problemen
E) Zeer moeilijk, enkel bij ernstige problemen

4. Hoe vaak stelt u een bezoek bij de huisarts uit wegens financiële redenen?

A) Zeer vaak
B) Vaak
C) Neutraal
D) Niet vaak
E) Bijna nooit

5. Hoe vaak stelt u aankoop van medicatie uit wegens financiële moeilijkheden

A) Zeer vaak
B) Vaak
C) Neutraal
D) Niet vaak
E) Bijna nooit

Ik heb het bijgevoegd informatieformulier gelezen en begrepen en geef toestemming om de hierboven aangeduide antwoorden op een geheel anonieme manier te verwerken met als doel onderzoek naar de efficiëntie van de medische kaart in Sint-Jans-Molenbeek te bevorderen.

Datum:
Handtekening:

Informatie bedoeld voor de deelnemende patiënt:

In Brussel en zeker ook in Sint-Jans-Molenbeek bestaat er een bekende armoedeproblematiek dat hier meer uitgesrpoken is dan in de 2 andere gewesten. Omdat gekend is dat armoede een negatieve invleod kan hebben op de gezondheid is er getracht om met verschillende projecten deze invloed te verminderen. Eén hiervan is de medische kaart uitgereikt door de OCMW's. Maar of deze een deel van de oplossing biedt of gewoon de kosten van de gezondheidsector verhoogd is nog onduidelijk. De studie heeft als doel de medische kaart van het OCMW van Sint-Jans-Molenbeek, en dan vooral ook zijn voor- en nadelen, beter in kaart te brengen. Meer specifiek willen we proberen te achterhalen of de medische kaart uit het standpunt van de arts en patiënt leidt tot een betere toegang tot de eerstelijnszorg en tot medicatie.

De antwoorden op de vragenlijsten zullen gedurende een aantal maanden gecollecteerd (3-6 maanden, nog te bepalen) en verder geanalyseerd en geïnterpreteerd worden door Dr Vangrinsven Guillaume en Dr Roex Anne. Dit binnen de context van Sint-Jans-Molenbeek.

Ethische aspecten:

De vragenlijsten worden geheel anoniem ingevuld met enkel vermelding van de toestand van de patiënt (al dan niet in bezit van een medische kaart) en worden ook anoniem verwerkt. Het onderzoek werd alvorens van start te gaan voorgelegd aan een ethische comité.

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven met titel "ZORGT DE MEDISCHE KAART VOOR EEN BETERE TOEGANG TOT EERSTELIJNSZORG EN MEDICATIE VOLGENS ARTS EN PATIËNT" (mp19720)

Martine Goossens <martine.goossens@kuleuven.be>

Tue 4/25/2017 2:39 PM

To: Ann Roex <ann.roex@kuleuven.be>;

Cc: Guillaume Vangrinsven <guillaume.vangrinsven@student.kuleuven.be>;

English version below

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "ZORGT DE MEDISCHE KAART VOOR EEN BETERE TOEGANG TOT EERSTELIJNSZORG EN MEDICATIE VOLGENS ARTS EN PATIËNT" onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "ZORGT DE MEDISCHE KAART VOOR EEN BETERE TOEGANG TOT EERSTELIJNSZORG EN MEDICATIE VOLGENS ARTS EN PATIËNT" and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)