Brusselse patiënten zonder vaste huisarts: gerapporteerde drempels

Gilles DEPUYDT, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Ann ROEX, Vrije Universiteit Brussel

Co-promotor: Rita VANOBBERGHEN, Vrije Universiteit Brussel

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2020 – 2023

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.

INHOUDSOPGAVE

INHOUDSOPGAVE 3
ABSTRACT 4
INLEIDING EN LITERATUURONDERZOEK 5
BRUSSELSE CONTEXT 5
HUISARTSEN IN BRUSSEL 6
ROL VAN DE HUISARTS 7
VRAAGSTELLING 9
METHODE 9
VRAGENLIJST 9
ONDERZOEKSPOPULATIE 10
RESULTATEN 11
RESULTATEN ALGEMEEN 11
RESULTATEN PER CATEGORIE 12
BESPREKING 17
ALGEMEEN 17
BEPERKINGEN 19
VOLGENDE STAPPEN 19
BESLUIT 19
ETHISCH 19
BRONNEN 20
BIJLAGEN 25

ABSTRACT

INTRODUCTIE

Recent onderzoek heeft aangetoond dat 34% van de bevolking van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest geen vaste huisarts heeft. Data hierover verschillen lichtjes door de jaren heen en tussen beschikbare rapporten, maar steeds is het aandeel patiënten dat geen vaste huisarts heeft in Brussel opmerkelijk hoger dan in het Vlaams of Waals Gewest. Dit moet gekaderd worden in de Brusselse context, gekenmerkt door een jonge en internationale bevolking, waarvan een relatief groot deel in (kans)armoede leeft. Er bestaan weinig gegevens over de redenen waarom Brusselaars geen vaste huisarts hebben. De huisartsenzorg is echter een essentieel fundament van de eerstelijnszorg, en een gebrek aan een vaste huisarts kan belangrijke gevolgen hebben. Deze studie had als doel de drempels die een Brusselaar ondervindt bij de toegang tot de huisartsenzorg in kaart te brengen.

METHODE

Er werd op gestructureerde wijze een vragenlijst ontwikkeld om een cross-sectionele kwantitatieve analyse te kunnen maken van door patiënten gerapporteerde drempels. Er werden persoonlijke karakteristieken van de patiënt bevraagd, alsook de belangrijkste ervaren drempel. Deze werden in categorieën ingedeeld waarbij werd nagegaan welke factoren het belangrijkst waren binnen elke groep. De onderzoekspopulatie bestond uit patiënten zonder vaste huisarts die de Brusselse wachtdienst van huisartsen (GBBW) consulteerden. De vragenlijst werd ofwel door de patiënt in de wachtzaal ingevuld (waar de vragenlijst vrij beschikbaar was), ofwel samen met de onderzoeker.

RESULTATEN

Het onderzoek liep van juli 2022 t.e.m. maart 2023, waarin 41 patiënten de vragenlijst invulden. De steekproefpopulatie was voornamelijk jong (86% <45 jaar), met een gelijkaardige verdeling van mannen en vrouwen, en waarvan het merendeel al meer dan 3 jaar in Brussel woonde. De belangrijkste drempels tot de huisartsenzorg die gerapporteerd werden waren de gebrekkige beschikbaarheid van de huisarts (37%), de patiënt die geen nood had aan een huisarts (29%) en persoonlijke redenen (20%). Binnen deze groepen werd respectievelijk het meest melding gemaakt van de volgende factoren: de moeilijkheid om een huisarts te vinden die nog nieuwe patiënten aanneemt (44% van deze categorie), de huisarts was moeilijk te contacteren (bv. telefonisch, lange wachttijden) (28%); de patiënt was zelden ziek (64%) of had al een huisarts in een andere regio (18%); de patiënt had slechte ervaringen met huisartsen in het verleden (50%), de werking van het gezondheidssysteem in België was onvoldoende duidelijk (22%). Verder werden verbanden tussen verschillende categorieën nagegaan, en werd gekeken of er een risicoprofiel opgesteld kon worden voor bepaalde drempels o.b.v. de persoonskenmerken.

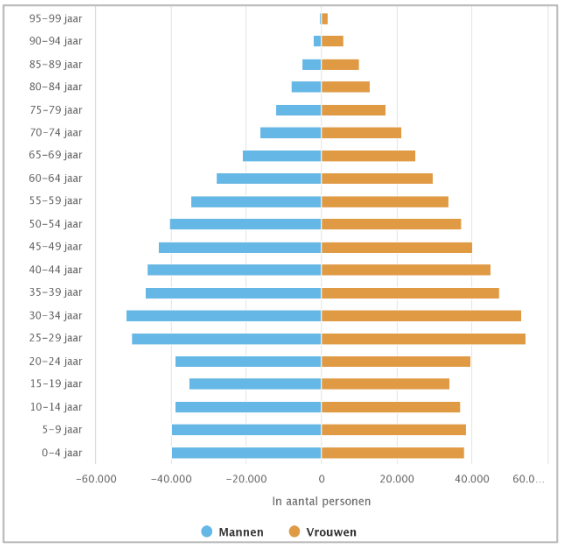
CONCLUSIE

De gerapporteerde drempels tot de huisartsenzorg vielen in een breed spectrum van categorieën. De moeilijke beschikbaarheid van de huisarts, geen nood hebben aan een vaste huisarts, en persoonlijke redenen vormden de frequentste drempels. Binnen elk van de categorieën konden gerichtere vragen een beter beeld geven van de belangrijkste factoren binnen de groepen, waardoor nuttige actiepunten voor beleidsmakers aan het licht kwamen. Ondanks de beperkingen van de studie werden belangrijke drempels geïdentificeerd waardoor hopelijk de toegang tot de gezondheidszorg voor iedereen in het Brussels Gewest geoptimaliseerd kan worden. Suggesties voor verder onderzoek werden gegeven.

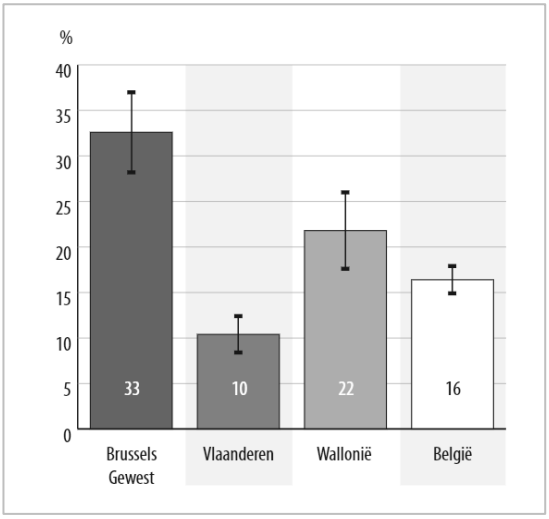
INLEIDING EN LITERATUURONDERZOEK

BRUSSELSE CONTEXT

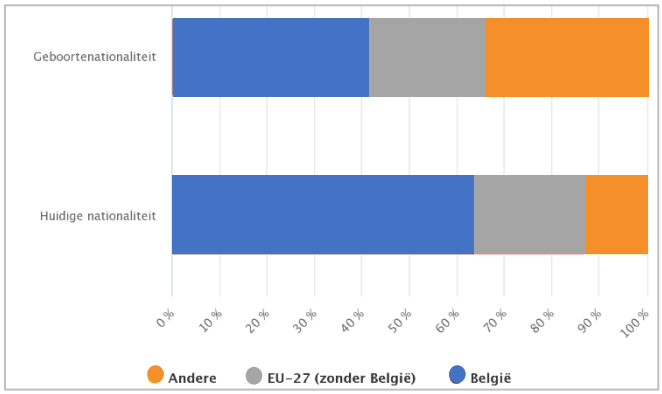
Brussel is een unieke stad om te werken als huisarts. Gekend als een van de meest diverse steden ter wereld verschilt het in grote mate van de rest van België. (1) Zo zien we dat in 2022 in deze metropool, die 1.222.637 inwoners telde, 48% van de bevolking jonger was dan 35 jaar oud met een gemiddelde leeftijd van 37 jaar (zie figuur 2). In Vlaanderen en Wallonië zijn deze cijfers respectievelijk 39% en 41%, met gemiddelde leeftijden van 43 en 41 jaar. (2,3) Bovendien is gekend dat 36% van de bevolking een andere nationaliteit dan de Belgische heeft, en 59% een andere geboortenationaliteit (2022), wat van Brussel een stad met een zeer internationale populatie maakt (zie figuur 1). (4)



Figuur 2: Vergelijking tussen de mannen en vrouwen van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest volgens leeftijdsklasse: 2022 (in aantal personen). Bron: BISA & Statbel (RR)



Figuur 3: Aandeel van de bevolking onder de armoederisicogrens, België en de gewesten, inkomens 2017. Bron: FOD Economie - Statistics Belgium, Quality Report Belgian SIILC, 2018 (zoals gepubliceerd in de Welzijnsbarometer 2019 van de GGC)



Figuur 1: Vergelijking tussen de geboortenationaliteit en de huidige nationaliteit van de Brusselse bevolking volgens nationaliteitsgroep: 2022 (in %). Bron: BISA en Statbel (RR)

Er heeft de afgelopen decennia een populatiegroei plaatsgevonden, een trend die voorspeld is door te gaan met ongeveer 1,5% tegen 2035, wat een positief cijfer is maar lager dan de voorafgaande jaren (2010-2022: 11% bevolkingstoename). (5) Verdere projecties voorspellen dat het inwonersaantal een plateau zal bereiken in de periode 2035-2045, waarna de stad een negatief groeicijfer zal kennen terwijl de bevolkingsaantallen in het Vlaams en Waals Gewest zullen blijven toenemen. (5) Daarnaast heeft Brussel een relatief hoog aantal inwoners dat in armoede leeft vergeleken met Vlaanderen of Wallonië. Zo werd in 2017 vastgesteld dat 33% van de Brusselse inwoners onder de armoederisicogrens leefden, i.v.m. 10% en 22% voor Vlaanderen en Wallonië respectievelijk (zie figuur 3). Deze combinatie van een voornamelijk jonge en internationale bevolking, met een relatief groot deel van de bevolking dat onder de armoederisicogrens leeft, maakt van het Brussels Gewest een uitdagende en unieke regio in het zorglandschap.

HUISARTSEN IN BRUSSEL

Recent onderzoek van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, een studiedienst opgericht door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie die data over de lokale gezondheid en armoede observeert, heeft aangetoond dat bij benadering **34% van de Brusselse bevolking geen vaste huisarts heeft**, terwijl dit in Vlaanderen en Wallonië 17% is. (6) Ze meldden dit in een rapport waarbij ze de vraag probeerden te beantwoorden 'Is er een tekort aan huisartsen in Brussel?'. (7) Er werd geen definitie gegeven van een vaste huisarts, maar algemeen wordt aangenomen dat dit de huisarts is die het medisch dossier van de patiënt kent en/of bij wiens (groeps)praktijk het dossier geregistreerd is (Globaal Medisch Dossier; zie verder). Vanuit het perspectief van de patiënt is het de huisarts die hij/zij als eerste zou contacteren bij een gezondheidsprobleem of -controle. De onderzoekers stelden vast dat er geen tekort is aan huisartsen, maar dat dit er met de algemene vergrijzing van het artsenkorps wel zit aan te komen. Ze observeerden algemeen een goede spreiding van de huisartsen over het grondgebied, maar toch werden enkele wijken geïdentificeerd waar er te weinig huisartsen actief zijn (volgens de federale norm van minimaal 9 artsen per 10.000 inwoners). Bij een bevraging van Sciensano uit 2018 werd ook nagegaan hoeveel patiënten een vaste huisarts hebben in België, en zij vermeldden dat in Brussel 83.9% van de populatie een vaste huisarts heeft, wat een ander percentage is dan wat het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn noteerde datzelfde jaar. (8) Wanneer men dit vergeleek met de andere Gewesten werd echter dezelfde vaststelling genoteerd, namelijk dat het Brussels Gewest een lager percentage inwoners met een vaste huisarts telde (België: 94.1%; Vlaanderen: 96.2%; Wallonië: 93.9%). Men observeerde ook dat 21.6% van de bevolking in het Brusselse Gewest hun gezondheid als slecht beoordeelt, wat overeenkomt met het percentage in Vlaanderen (21.5%), maar lager is dan in Wallonië (26.2%). (9)

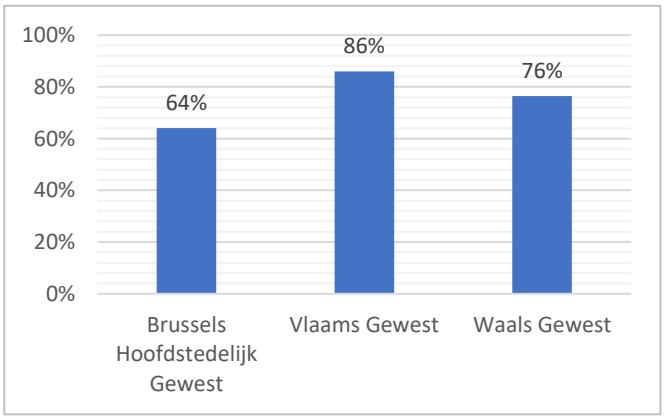
Een ander aandachtspunt is dat Brusselaars **meer gebruik maken van specialistische zorg** en de spoedgevallendienst in ziekenhuizen, en dit vaker zonder doorverwijzing van de huisarts. (3) Als we specifiek de spoeddiensten bekijken, zien we dat slechts 7.8% van de consultaties na doorverwijzing door de huisartsen plaatsvinden, en dit aantal blijft afnemen. (10) Een groot deel van deze patiënten zou behandeld kunnen worden door de huisarts, waaruit afgeleid kan worden dat de spoedgevallendienst wordt gebruikt als alternatief voor huisartsenzorg. (11) Zo werd ook vastgesteld dat patiënten zonder vaste huisarts vaker de spoedgevallendienst consulteren. (12) Dit hoog gebruik van de spoedgevallendienst in Brussel wordt gecompenseerd door een proportioneel hoger aantal ziekenhuizen per aantal inwoners, en dit vooral in de armere zones van de hoofdstad waar de inwoners meer beroep doen op de spoeddienst, hetgeen een associatie tussen (kans)armoede en minder efficiënt (eerstelijns)zorggebruik suggereert. (10,11)

Deze gegevens tonen aan dat er ruimte is voor verbetering in de eerstelijnszorg van het Brussels Gewest. Maar **waarom zijn er zoveel mensen die hun weg niet lijken te vinden naar de huisarts?** En waarom zou dit in hun voordeel zijn? Onderzoekers stelden op de spoedgevallendiensten vast dat de toename in consultaties o.a. te verklaren was door de gebrekkige beschikbaarheid van de huisartsen (vooral in het weekend/feestdagen), het feit dat algemeen gezien huisartsen het aantal huisbezoeken aan het afbouwen zijn (wat in heel Europa een trend is (13)), en de nood van veel mensen om onmiddellijk gerustgesteld te kunnen worden terwijl ze moeilijkheden rapporteren om de huisarts te bereiken. (10) Internationale studies toonden ook een verband aan tussen het (gebrekkig) functioneren van de huisartsenzorg en het aantal aanmeldingen op de spoedgevallendienst. (14,15)

ROL VAN DE HUISARTS

Om te achterhalen waarom mensen geen vaste huisarts hebben is het allereerst belangrijk om de **werking van het Belgische gezondheidszorgsysteem** goed te begrijpen. Deze is georganiseerd in verschillende lijnen. (16) De toegankelijke en laagdrempelige lokale zorg vormt de 1e lijn (huisarts, thuisverpleging, maatschappelijk werker, …). We definiëren de 2e lijnszorg als gespecialiseerde zorg (arts-specialisten, GGZ, …), al dan niet na doorverwijzing door de huisarts, en onderscheiden die van de 3e lijnszorg die gevormd wordt door "super"gespecialiseerde zorg in het ziekenhuis of centra (revalidatie, gespecialiseerde ingrepen, …) die vaak enkel gebeuren na doorverwijzing. Bijkomend kunnen we nog een 'nulde' of '0.5e' lijn onderscheiden voor extra laagdrempelige zorg, vaak door niet-medisch geschoolden (zelfzorg, mantelzorg (familie, vrienden, etc.), jeugdwerkers, crisiscentra, humanitaire hulp, zelfmoordlijn, …). De huisarts is een spilfiguur in de eerstelijnszorg en dient als eerste contactpersoon bij gezondheidsklachten. Vele Belgen hebben dan ook een vaste huisarts die hen kent en die ze consulteren in geval van ziekte of ongeval. Wanneer nodig speelt de huisarts een essentiële rol in het verwijzen van de patiënt naar de betreffende ziekenhuisdiensten van de 2e en 3e lijn, hetgeen belangrijk is gezien het gelaagde karakter van de gezondheidszorg, zowel lokaal als globaal. (17).

In België beheert de vaste huisarts ook het **Globaal Medisch Dossier** (GMD) van de patiënt. (18) Dit dossier bevat alle bestaande medische gegevens van de patiënt en geeft een overzicht van de gezondheidssituatie. Zo kan er een betere individuele begeleiding plaatsvinden doordat alle gegevens centraal bewaard worden, en kan er ook een correctere en volledigere samenwerking tussen de 1e en 2e/3e lijn plaatsvinden (met hulp van o.a. up-to-date medicatieschema's, medische voorgeschiedenis, …). De patiënt dient steeds zijn/haar geïnformeerde toestemming te geven om het GMD te registreren, en heeft ook de vrijheid om te kiezen welke zorgverleners toegang hebben tot dit dossier. (19) Dankzij de registratie van een GMD weten de arts-specialisten welke huisarts ze kunnen contacteren voor overleg aangezien deze info zichtbaar is bij de persoonsgegevens van de betreffende patiënt. Zo is voor iedereen duidelijk wie de vaste huisarts is. Als de patiënt geen GMD heeft, en telkens naar een willekeurige huisarts gaat bij gezondheidsklachten, dan zal het bij nood aan interdisciplinaire samenwerking tussen de verschillende gezondheidslijnen veel moeilijker zijn om goede en doelgerichte zorg te verlenen. Bovendien krijgt de patiënt een financieel voordeel om deze opvolging aan te gaan, in de vorm van een lagere prijs per consultatie. Dit financieel voordeel is er niet enkel voor de patiënt, want ook de huisarts krijgt een vergoeding voor de verantwoordelijkheid die deze opneemt in het beheer van het GMD. (20) De patiënt is volledig vrij om te kiezen bij welke huisarts het GMD geregistreerd wordt, en kan dit indien gewenst ook verzetten naar een andere huisarts. In 2017 lag het aandeel inwoners met een GMD in Brussel (55%) lager dan in Wallonië (63%) of Vlaanderen (80%). (3) Wanneer we de data van het IMA (Intermutualistisch Agentschap) bekijken zien we dat het percentage patiënten dat een GMD heeft uit het actieve patiëntenbestand van een gemiddelde huisartsenpraktijk in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 68% bedraagt, waarmee het de



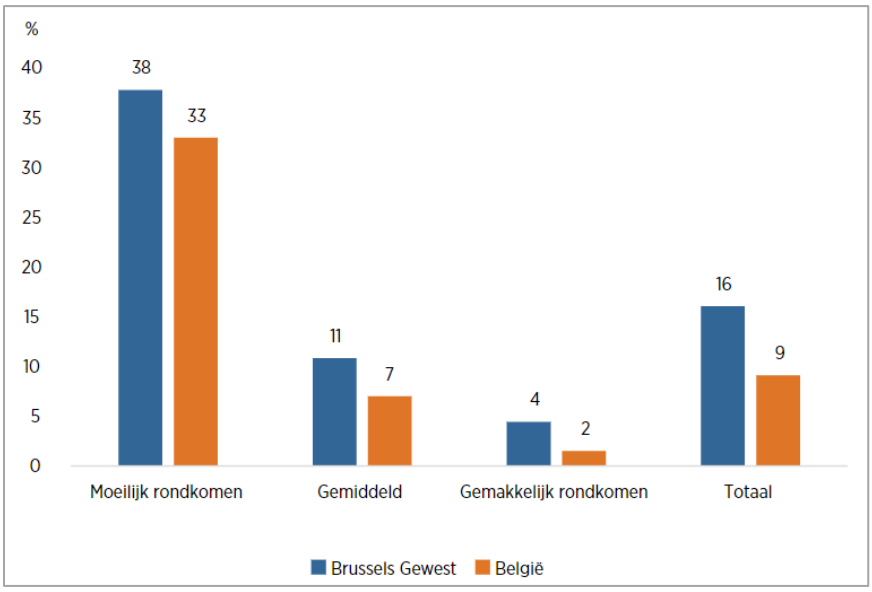
Figuur 4: percentage rechthebbenden met een Globaal Medisch Dossier bij een huisarts (2020). Bron: Atlas IMA-AIM

slechtst scorende regio in België is (2022) (zie figuur 4). (21) Maar hoe zit het in de andere grootsteden van België? In Antwerpen bijvoorbeeld zien we ook een jonge en internationale bevolking, maar constateren we op basis van dezelfde cijfers van het IMA dat 80% van de gerechtigde populatie een GMD bij een huisarts heeft. In Luik zien we dat 74.4% van de bevolking een GMD bij de huisarts heeft. (21) Als we een vergelijking maken van de eerstelijnszones zien we dat regio Brussel (Bruzel) opnieuw onderaan de lijst staat, gevolgd door de Druivenstreek (71% GMD's) (waar dit resultaat mogelijks verklaard kan worden door een groot aandeel werknemers van de Europese instellingen die geen Belgische mutualiteit hebben en dus ook geen GMD, maar deze veronderstelling kan niet onderbouwd worden met kwantitatieve gegevens). (21,22) Algemeen kan geconcludeerd worden dat in zo goed als alle mogelijke vergelijkingen er minder patiënten in het Brussels Gewest een GMD-houdende huisarts hebben dan in de rest van België.

Wat zijn de **voordelen van een vaste huisarts te hebben**? Onderzoek heeft aangetoond dat een regelmatig contact met een vaste huisarts een grote impact kan hebben, zoals bijvoorbeeld een lager aantal ziekenhuisopnames. (23) Essentieel is de vertrouwensrelatie en goede communicatie tussen de huisarts en de patiënt. Zo stelden ze vast dat er bij patiënten met een vaste huisarts een betere kennis van het gezondheidszorgsysteem bestond waardoor er minder wantrouwen sluimerde, en de zorg niet in het gedrang kwam door foute verwachtingen. Ook kan de arts zo optimaal zijn rol als 'wegwijzer' in de gezondheidszorg uitvoeren, door advies op maat te geven en kostenbesparingen voor de patiënt in het achterhoofd te houden bij verwijzing, door de correcte en gesubsidieerde diensten te betrekken. Daarnaast zien we ook een correcter medicatiegebruik en betere therapietrouw bij patiënten die een vaste huisarts hebben of regelmatig contact hebben met de huisarts. (24) Bovendien kan men stellen dat van alle medische specialiteiten de huisarts het meest betrokken is bij preventieve zorg en het opvolgen van de gezondheidsdeterminanten. (25). Hiervoor is het belangrijk voor de patiënt om een regelmatig contact bij eenzelfde vaste huisarts te hebben zodat deze een correct en voldoende uitgebreid medisch dossier heeft, inclusief opvolging van de nodige parameters, en zo zijn preventieve rol zo goed mogelijk kan uitvoeren. De huisarts onderscheidt zich bovendien van gespecialiseerde gezondheidsdisciplines door een holistische benadering van de gezondheid aan te nemen, en niet enkel te focussen op een bepaald aspect van een aandoening. Door deze brede kijk heeft de huisarts een uniek zicht op de gezondheidstoestand van de patiënt en kan deze advies bieden op een gepersonaliseerde manier. (26)

Een van de nadelen wanneer een patiënt geen vaste huisarts heeft, is dat belangrijke zorg uitgesteld zou worden wat tot complicaties kan leiden en ernstigere presentaties geeft bij het eerste zorgcontact. (10) Uitstel van zorg kent vaak een financiële oorzaak. Zo werd er in de Gezondheidsenquête van 2018 aangetoond dat 16% van de Brusselse populatie gezondheidszorg had uitgesteld o.w.v. financiële redenen. (27) Er werd vastgesteld dat hierdoor gezondheidszorg in Brussel 5% vaker werd uitgesteld dan in Vlaanderen (met Wallonië was er geen significant verschil). Bovendien toonde men een sociale gradiënt aan waarbij huishoudens die moeilijk rondkomen opvallend meer zorg uitstellen dan huishoudens die het gemakkelijker hebben, waarbij we opnieuw hogere percentages zien in Brussel vergeleken met het Belgische gemiddelde (zie figuur 5). (27) Desondanks dat zorg vaker uitgesteld wordt kunnen er op dit moment echter geen grote verschillen vastgesteld worden tussen de verschillende gewesten wat betreft de subjectieve gezondheid, prevalentie van chronische ziekten en langdurige invaliditeit. (8,28,29) Dit suggereert dat de beschreven nadelen van geen regelmatig

contact met een vaste huisarts te hebben actueel een beperkte impact hebben in het Brusselse Gewest, mogelijks door de grote concentratie aan ziekenhuisdiensten die de zorgnood opvangt.



Figuur 5: Percentage huishoudens dat verklaart in het afgelopen jaar gezondheidszorg te hebben moeten uitstellen om financiële redenen, naargelang financiële draagkracht, Brussels Gewest en België, 2018 (zoals gepubliceerd in de Welzijnsbarometer 2020 van de GGC). Bron: Sciensano, Gezondheidsenquête 2018; berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel.

VRAAGSTELLING

Er bestaat beperkte info over de redenen waarom minder mensen een vaste huisarts hebben in het Brussels Gewest vergeleken met Vlaanderen of Wallonië. Gezien de essentiële rol die de huisarts heeft in het gezondheidszorgsysteem worden hierdoor belangrijke kansen gemist om de werking van de zorgsector te optimaliseren. Het **doel van deze studie was dan ook om de drempels te identificeren die Brusselaars zonder GMD-houdende arts ondervinden bij toegang tot de huisartsenzorg.**

METHODE

Er werd een **cross-sectioneel kwantitatief onderzoek** uitgevoerd door middel van een **vragenlijst** met gesloten vragen die peilde naar de drempels die Brusselaars ervaren om een vaste huisarts te hebben. Daarnaast werd er een optie toegevoegd om in vrije tekst de ervaren drempel(s) te beschrijven als geen van de door de onderzoeker aangeboden opties gepast was. Deze vragenlijst werd opgesteld o.b.v. bestaande argumenten en beschreven barrières in de literatuur.

VRAGENLIJST

Voor het kiezen van een vragenlijst werd een **gestructureerde methode** gebruikt zoals beschreven in de literatuur (30,31), met als doel de representativiteit en de relevantie te maximaliseren. In een eerste stap werd bekeken of het format van een vragenlijst wel de beste onderzoeksvorm was voor de onderzoeksvraag. Gegeven de cross-sectionele aard van het onderzoek werd besloten dat dit inderdaad het beste format was. In een volgende stap werd er een review van bestaande literatuur over het onderwerp uitgevoerd (zie ook vorig hoofdstuk). Naast het opdoen van contextuele kennis werd er gezocht naar een bestaande vragenlijst die gebruikt zou kunnen worden in dit onderzoek. Aangezien er geen “kant-en-klare” vragenlijst bestond werd gekozen zelf een vragenlijst op te stellen,

waarbij elementen van bestaande enquêtes geïmplementeerd werden. Concreet betreft het de Barriers to Care Questionnaire (BCQ) en de General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ). (32,33) Om het geheel te vervolledigen werden ook items geëxtrapoleerd uit bestaande literatuur over de verschillende aspecten van toegang tot de gezondheidszorg. Zo werd een vragenlijst ontwikkeld bestaande uit 3 delen. In het **eerste deel** werden de persoonlijke kenmerken van de patiënt nagevraagd**:** de leeftijd van de patiënt in kwestie (in categorieën), het geslacht en hoelang de patiënt al in het Brusselse Gewest verblijft (in categorieën). Dit laatste item werd toegevoegd gezien de hoge turnover van de populatie in de hoofdstad, wat ervoor zorgt dat het patiëntenbestand van een Brusselse huisarts constant verandert. (3) Zo was er bijvoorbeeld in 2021 een bevolkingsmigratie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest naar andere gewesten of andere gemeenten binnen Brussel van 110.809 personen. (34) In een **tweede deel** van de vragenlijst werd de patiënt gevraagd om uit een lijst van 6 opties de belangrijkste reden te kiezen die ervaren werd als drempel tot de huisartsenzorg (financieel (kostprijs consultatie (35,36), medicatie (35)), beschikbaarheid huisarts (wachttijden (35–37), bereikbaarheid via telefoon of email (15,38), huisarts in de buurt (15,38), huisarts doet geen huisbezoeken (10), voorkeur taal of geslacht (36,39)), persoonlijk (onduidelijke rol huisarts (15,36,40), cultureel bepaald (37,39,41,42), slechte ervaringen in verleden (43–45), afhankelijk van anderen (39), taalbarrière (39)), geen nood aan vaste huisarts (jong en gezond (15), vaste huisarts elders (15), kort verblijf (15), voorkeur zelfbehandeling (46)), administratief (aansluiting ziekteverzekering (38,47,48), verblijfsdocumenten (38,47)), andere).. In het **laatste deel** van de vragenlijst werd de patiënt gevraagd om uit de verschillende categorieën 1 of meer redenen te selecteren die van toepassing zijn op de eigen situatie, zonder beperking tot een bepaalde categorie. Hierdoor kon een correctere inschatting gemaakt worden van in welke categorie het meeste drempels ervaren werden, aangezien er zelden slechts 1 bepaalde factor betrokken is en een breder beeld dit beter in kaart kan brengen. Ook werd hierdoor duidelijk of er binnen bepaalde categorieën meerdere factoren meespelen, waardoor die categorie een relatief groter gewicht heeft en dus meer potentieel heeft voor beleidsinterventies. Daarnaast werd de complexiteit van de taal in de vragenlijst aangepast zodat het ook begrijpelijk zou zijn voor patiënten met een lagere (medische) geletterdheid. (49) De vragenlijst werd door de onderzoeker vertaald naar het Engels en Frans, zodat het in 3 talen aangeboden kon worden (Ned. - Fr. - Eng). Tenslotte werd de vragenlijst gevalideerd door de promotoren verbonden aan deze studie (A. Roex, R. Vanobberghen). Beide promotoren zijn verbonden aan de Vrije Universiteit Brussel, en hebben een professor- en/of doctoraatstitel. De vooruitgang van de vragenlijst werd door hen opgevolgd en ze werden op de hoogte gehouden bij elke fase. De vragenlijst werd in totaal na feedback driemaal gereviseerd met aandacht voor structuur, begrijpelijkheid, en analytische opties voor de resultaten. De vragenlijst is terug te vinden in bijlage 3.

ONDERZOEKSPOPULATIE

Patiënten uit de doelgroep werden gerekruteerd op de wachtdienst georganiseerd door de huisartsenkringen van Brussel (**Garde Bruxelloise/Brusselse Wachtdienst (GBBW)**). Als huisarts is dit de plaats waar men het meest in contact komt met patiënten zonder vaste huisarts, en de onderzoeker was zelf actief lid van deze dienst tijdens de duur van het onderzoek. Het zou interessant geweest zijn om de resultaten van het onderzoek te vergelijken met interne datasets van de GBBW, maar helaas was dit niet mogelijk voor hen. Zij houden deze gegevens wel bij maar ze waren niet vrij beschikbaar. Daarnaast hadden ze op het moment van dit onderzoek onvoldoende personeel om deze gegevens op te vragen en te analyseren. Andere locaties werden overwogen maar konden o.w.v. praktische redenen niet geïncludeerd worden (o.a. spoedgevallendienst(en), humanitaire hubs). Exclusiecriteria

waren domicilie buiten het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en een bestaand GMD. Alle leeftijden werden geïncludeerd.

Om de **doelgroep te identificeren en contacteren** werden 2 methodes gebruikt: registratie van rijksregisternummer en GMD-houdende arts, en aanbieding van de vragenlijst in de wachtzaal. Bij aanmelding op de wachtpost werd zoals gebruikelijk bij de GBBW steeds de identiteitskaart uitgelezen om persoonsgegevens te bekomen. Zo ziet de dienst het rijksregisternummer en andere belangrijke info, waaronder de informatie van de GMD-houdend arts (als er een is). De onderzoeker kon dus per consultatie bij patiënten zonder GMD het initiatief nemen om de vragenlijst voor te leggen, zowel op de wachtpost als op huisbezoeken. Bij deze methode werd erop gelet het medische aspect van de consultatie altijd prioriteit te geven, en dat de patiënt het onderzoek zelfstandig invulde zonder dat de onderzoeker de resultaten beïnvloedt. Het invullen zou slechts enkele minuten in beslag nemen. De patiënt werd steeds op een correcte manier op de hoogte gebracht van de opzet en het doel van de studie vooraleer werd overgegaan tot het eerste deel van de vragenlijst. Als tweede manier werd de vragenlijst in de wachtzaal beschikbaar gemaakt door deze op een zichtbare plaats te leggen met een verduidelijkende en aandachtstrekkende poster (zie bijlage 4). Zo konden wachtende patiënten op eigen initiatief deelnemen wanneer ze tot de doelgroep behoorden. De vragenlijst werd voorafgegaan door een introductiebrief zodat het voor de patiënt duidelijk was wat de doelgroep was en hoe de vragenlijst ingevuld kon worden (zie bijlage 5). Bij de instructies werd de focus ook verlegd van een bestaand GMD naar een bredere definitie van een vaste huisarts, zodat patiënten geëxcludeerd konden worden die geen geregistreerd GMD hadden maar wel een bepaalde huisarts als hun vaste huisarts zagen (aangezien niet alle patiënten een geregistreerd GMD hebben (55% van alle Brusselaars, zie supra)). Een bijkomend voordeel van het aanbieden van de vragenlijst in de wachtzaal was dat zo een breder publiek bereikt kon worden aangezien de vragenlijsten permanent aanwezig waren (in tegenstelling tot de persoonlijke afnames door de onderzoeker zelf), doch er uiteraard gerekend moest worden op het initiatief van de patiënten. De ingevulde vragenlijsten konden in een beveiligde brievenbus in de wachtzaal geplaatst worden.

De totale bevolking van Brussel bedraagt 1.222.637 personen (2022). (50) Als we ons baseren op de gegevens van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, en er dus van uitgaan dat 34% geen vaste huisarts heeft, komt dit neer op 415.696 inwoners zonder vaste huisarts. Voor deze studie werd een realistisch doel van 100 ingevulde vragenlijsten opgesteld, wat zou leiden tot een analyse met een foutenmarge van 10% (95% BI). Onafhankelijk van het feit of dit doel zou worden bereikt was het zeker dat dit onderzoek interessante info aan het licht zou kunnen brengen en als wegwijzer voor toekomstig onderzoek zou kunnen dienen.

RESULTATEN

RESULTATEN ALGEMEEN

Het onderzoek liep van juli 2022 t.e.m. maart 2023. Van de doelgroep vulden 41 patiënten een vragenlijst in die gebruikt kon worden in de analyse. Deze groep bestond uit 20 mannen, 15 vrouwen en 6 personen die hun geslacht niet aangegeven hebben. Van deze groep viel 2% in de leeftijdscategorie 0-18, 37% in 19-29, 49% in 30-44, 7% in 45-64, 2% in 65-79 en 2% in 85+. 46% van de populatie woonde al langer dan 3 jaar in het Brusselse Gewest, 20% tussen 1 en 3 jaar, 12% minder dan 1 jaar en 22% heeft de vraag blanco gelaten. Als voornaamste reden waarom ze geen vaste huisarts

hadden gaf 37% aan dat de beschikbaarheid van de huisarts een probleem was, 29% had geen nood aan een vaste huisarts, 20% had geen huisarts o.w.v. persoonlijke redenen, 5% gaf een financiële reden aan, 5% ervaarde een administratieve barrière en 5% antwoordde 'andere' (met als meest voorkomende reden dat ze voor de Europese Instellingen werkten en daar medische zorgen ontvingen). Wanneer de resultaten op het laatste onderdeel van de vragenlijst geanalyseerd werden (waar de patiënt meerdere opties kon aanduiden om een breder beeld te krijgen van alle drempels die van toepassing zijn), werden de volgende resultaten bekomen: in de categorie van de beschikbaarheid van huisartsen werd in totaal 43 keer een optie aangeduid (42% van totaal), 22 opties (21%) werden aangeduid in de categorie 'geen nood aan vaste huisarts', 18 opties (17%) werden aangeduid als persoonlijke drempel, 16 opties (16%) betreffende financiële drempels, 2 opties (2%) werden aangeduid als een administratieve drempel en 2 patiënten (2%) antwoordden 'andere' (met opnieuw als meest voorkomende reden een medische opvolging binnen de EU). De algemene resultaten zijn terug te vinden in bijlage 1 en tabel 1.

RESULTATEN PER CATEGORIE

Bij het analyseren van de resultaten binnen elke categorie werd zichtbaar welke specifieke barrières tot de huisartsenzorg een belangrijke factor speelden. Daarnaast kon er met een beperkte analyse van de persoonsgegevens per categorie en per specifieke barrière bekeken worden welk soort persoon een bepaalde drempel ervaart, zodat een risicoprofiel opgesteld kan worden (zie tabel 2). Tenslotte werd ook nog per categorie waarvan dat de patiënten aangaven dat het de belangrijkste drempel tot de huisartsenzorg was, bekeken in welke andere categorieën deze patiënten ervaren drempels vermeldden. Zo kon geanalyseerd worden of bepaalde drempels gelinkt waren, of met andere woorden of een patiënt die een bepaalde drempel ervaart ook een grotere kans heeft om een andere drempel te ervaren (zie bijlage 2).

Er werd aangetoond dat van de patiënten die aangaven dat als voornaamste drempel de **beschikbaarheid** van de huisarts een probleem was (n=15), er een gelijke verdeling man/vrouw was (40%-40%), de meesten in de leeftijdscategorie 19-29 vielen (47%) en al meer dan 3 jaar in het Brusselse Gewest woonden (47%). Wanneer het totaal aantal vermeldingen binnen deze categorie geanalyseerd werd (n=43), zag men dat de meeste patiënten die een drempel ervaarden in de gebrekkige beschikbaarheid van de huisarts man waren (53%), in de leeftijdscategorie 30-44 vielen (40%), en al meer dan 3 jaar in het Brusselse Gewest woonden (47%). Als meest gerapporteerde redenen in deze categorie zag men dat het moeilijk is om een huisarts te vinden die nog nieuwe patiënten aanneemt (44% van totaal binnen deze categorie), en dat de huisarts moeilijk te bereiken is, hetgeen lange wachttijden inhoudt of moeilijk telefonisch contact (28%). Er werd ook vastgesteld dat deze patiënten naast de beschikbaarheid van de huisarts het meest last hadden van persoonlijke redenen bij toegang tot de huisartsenzorg (zie verder) (33% van patiënten binnen deze groep).

Wanneer dezelfde analyse gemaakt werd voor de groep die als hoofdreden waarom ze geen vaste huisarts hebben aangaf dat ze er **geen nood** aan hadden (n=12), zag men dat de meesten man waren (58%), in de leeftijdscategorie 19-29 vielen (58%) en al meer dan 3 jaar in het Brusselse Gewest woonden (42%). Wanneer het opgetelde aantal vermeldingen binnen deze categorie geanalyseerd werd (n=22), zag men dat de meesten man waren (59%), in de leeftijdscategorie 19-29 vielen (55%) en tussen 1 en 3 jaar of al meer dan 3 jaar in het Brusselse Gewest woonden (32%-32%). Als meest gerapporteerde redenen in deze categorie werd aangegeven dat de meesten zelden ziek waren en dus

geen vaste huisarts nodig hadden (64%) of dat ze al een huisarts hadden in een andere regio of land (18%). De patiënten die geen nood hadden aan een vaste huisarts, vermeldden daarnaast het meest dat de gebrekkige beschikbaarheid van huisartsen voor hen een drempel tot de gezondheidszorg vormde (33%).

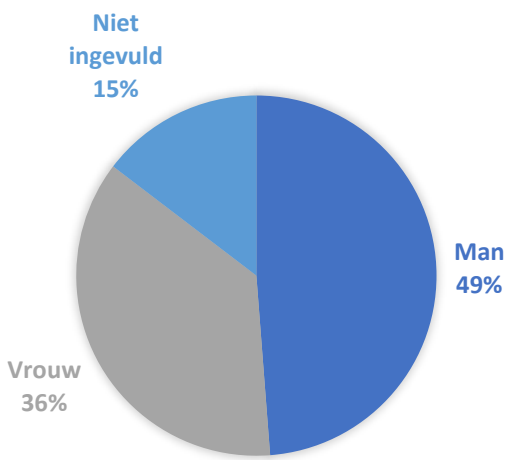
In de groep die **persoonlijke redenen** aangaf als voornaamste drempel (n=8) werd geconstateerd dat de meesten man waren (63%), in de leeftijdscategorie 30-44 vielen (88%) en al meer dan 3 jaar in het Brusselse Gewest woonden (63%). Bij vergelijking met de opgetelde vermeldingen binnen de categorie (n=18) werd vastgesteld dat de meesten vrouw waren (50%), in de leeftijdscategorie 30-44 vielen (56%) en al meer dan 3 jaar in het Brusselse Gewest woonden (56%). Als meest gerapporteerde redenen in deze categorie werd gemeld dat de patiënt slechte ervaringen had gehad met huisartsen in het verleden (opvallend: 67% vrouwen) (50% van totaal binnen deze categorie) of dat de patiënt de werking van het Belgische gezondheidssysteem onvoldoende begreep (22%). De patiënten die o.w.v. persoonlijke redenen geen vaste huisarts hadden, vermeldden ook het meest dat de gebrekkige beschikbaarheid van huisartsen voor hen een drempel tot de gezondheidszorg vormde (75%).

Er waren slechts 2 personen die **financiële drempels** tot de huisartsenzorg als voornaamste barrière ervaarden en zij waren mannen (100%), behorende tot de leeftijdscategorie 0-18/30-44 (50/50%) en woonden sinds 1 tot 3 jaren, of al langer dan 3 jaren in het Brusselse Gewest (50/50%). Bij vergelijking met het totaal aantal vermeldingen binnen deze categorie (n=16) werd vastgesteld dat de meesten man waren (69%), in de leeftijdscategorie 30-44 vielen (56%) en al meer dan 3 jaar in het Brusselse Gewest woonden (44%). Als meest gerapporteerde redenen in deze categorie werd vermeld dat de consultaties te veel kosten (56% van het totaal binnen deze categorie) en dat de medicatie te veel kost (44%). Een toevoeging van 1 patiënt in vrije tekst vermeldde dat de kosten van de mutualiteit te hoog waren. De patiënten die financiële drempels ervaarden bij het vinden van een vaste huisarts, vermeldden ook het meest dat de gebrekkige beschikbaarheid van huisartsen en persoonlijke redenen voor hen een drempel tot de gezondheidszorg vormden (100%).

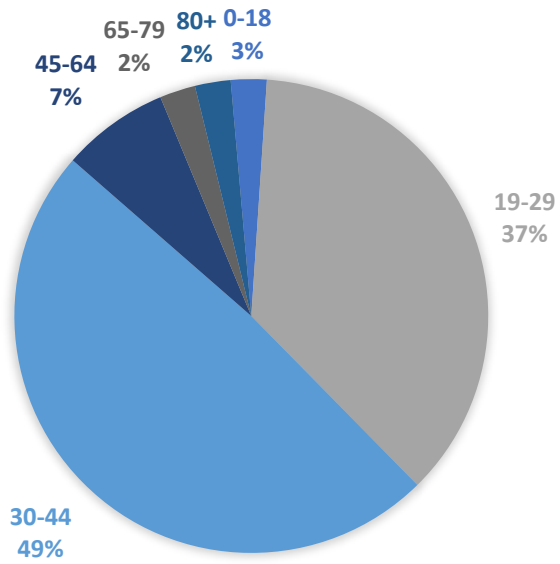
Ten slotte waren er 2 patiënten die **administratieve redenen** als voornaamste drempel tot de huisartsenzorg aangaven: geen van hen gaf hun geslacht aan, beiden vielen in de leeftijdscategorie 30-44, en 1 van hen gaf aan minder dan 1 jaar in het Brusselse Gewest te wonen, terwijl de andere hier geen antwoord op gaf. Deze laatste antwoordde dat hij/zij (nog) niet aangesloten was bij een Belgische mutualiteit. Zij waren ook de enigen die vermelding maakten van administratieve drempels, wat dus voor hetzelfde resultaat zorgt bij het totaal aantal vermeldingen binnen deze categorie. Voor deze patiënten waren er naast administratieve redenen vooral financiële drempels die ze ervaarden bij het vinden van een vaste huisarts (100%).

Bijlage 1: overzicht van de algemene resultaten

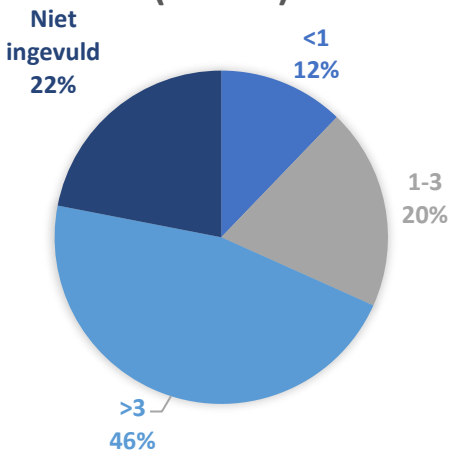
GESLACHT



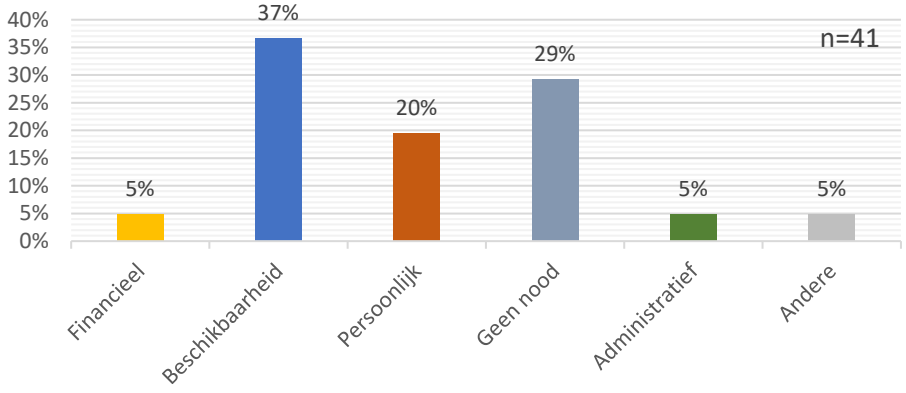
LEEFTIJD



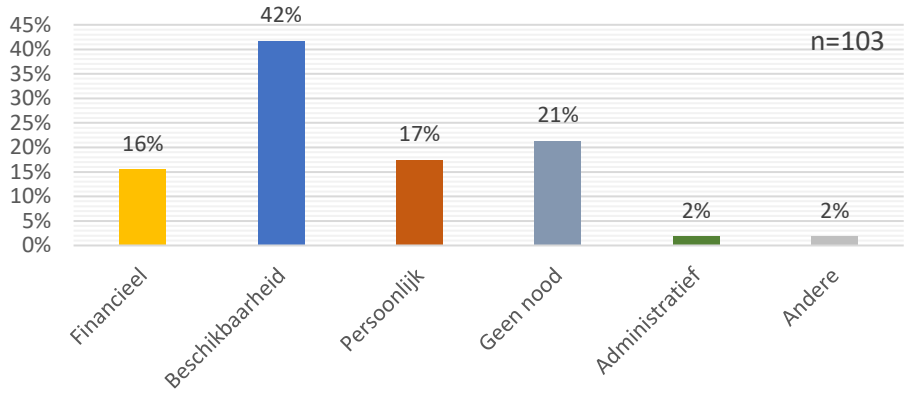
VERBLIJFSDUUR IN BRUSSEL (JAREN)



BELANGRIJKSTE DREMPEL



TOTAAL AANTAL VERMELDINGEN PER CATEGORIE



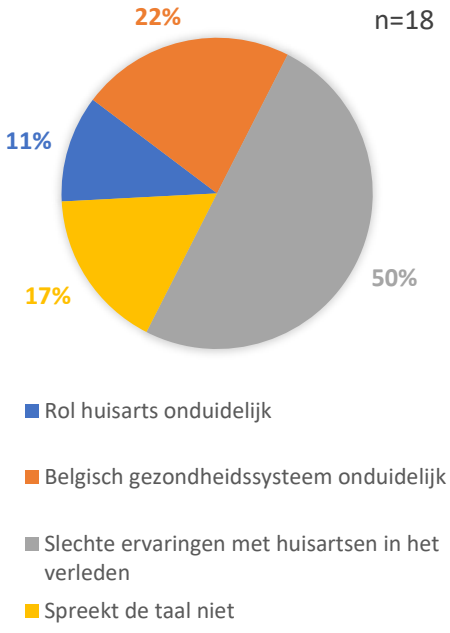
<u>Bijlage 2:</u> overzicht van de belangrijkste resultaten binnen elke categorie (aandeel van totaal aantal vermeldingen binnen categorie) (links) en de verbanden die elke categorie (hoofddrempel) met andere categorieën heeft (% patiënten van deze groep dat een bepaalde andere drempel vermeldde) (rechts)

DREMPELS BINNEN CATEGORIE

BESCHIKBAARHEID

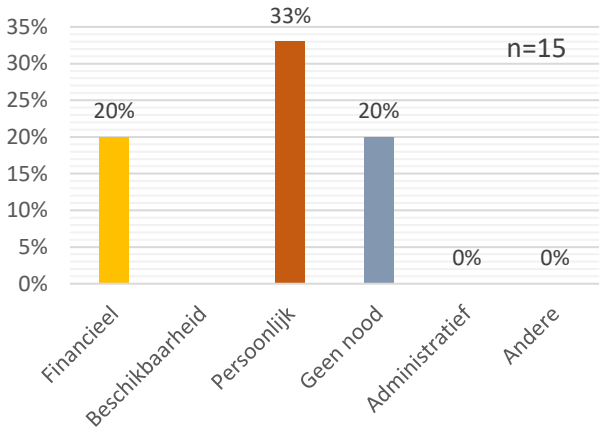


PERSOONLIJKE REDENEN

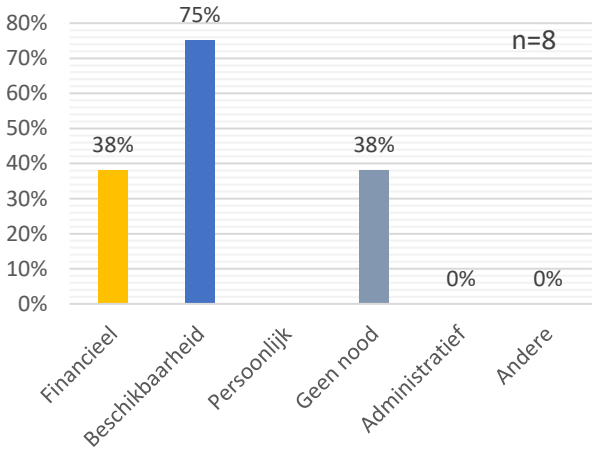


VERBANDEN MET ANDERE CATEGORIEEN

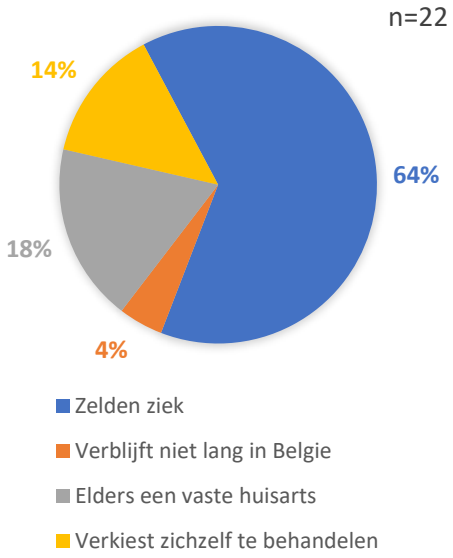
BESCHIKBAARHEID



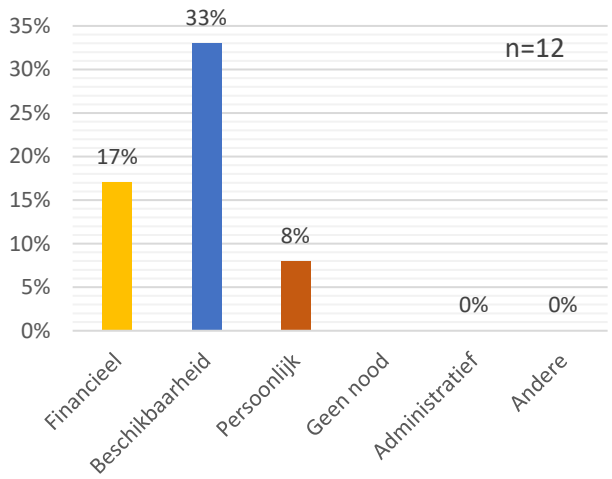
PERSOONLIJKE REDENEN



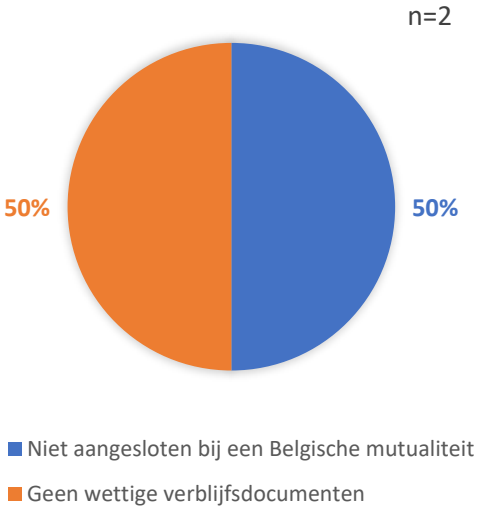
GEEN NOOD AAN HUISARTS



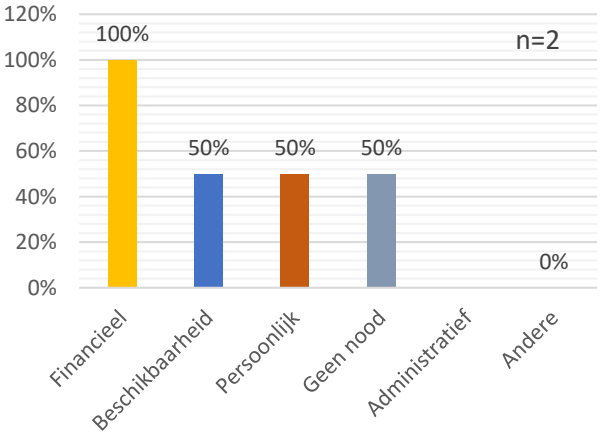
GEEN NOOD AAN HUISARTS



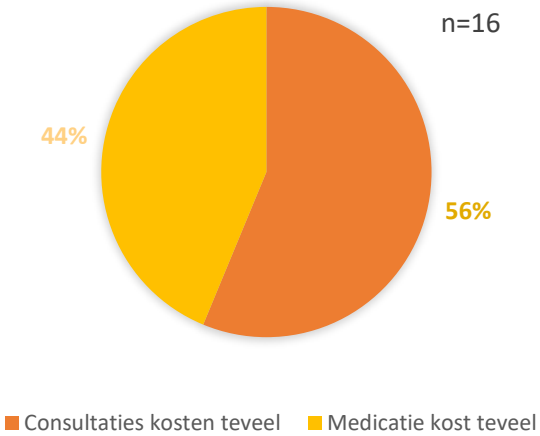
ADMINISTRATIEF



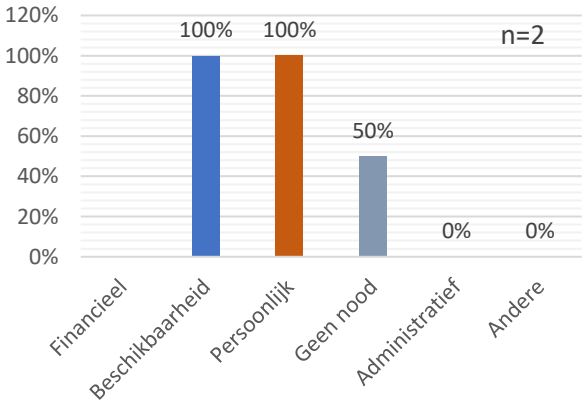
ADMINISTRATIEF



FINANCIEEL



FINANCIEEL



BESPREKING

ALGEMEEN

Uit de resultaten kunnen we afleiden dat Brusselse patiënten zonder vaste huisarts verschillende drempels ervaren die verklaren waarom ze geen vaste huisarts hebben. Alle barrières tot de (eerstelijns)gezondheidszorg die we in de literatuur hebben kunnen terugvinden en waarmee de vragenlijst was opgesteld, werden in verschillende mate door de studiepopulatie aangeduid als ervaren drempels. De meest frequente redenen waarom Brusselaars aangeven geen vaste huisarts te hebben zijn de gebrekkige beschikbaarheid van de huisarts, persoonlijke redenen en het feit dat ze geen nood hebben aan een (vaste) huisarts**.** Meer specifiek werd in deze categorieën het meest melding gemaakt van de volgende barrières: de moeilijkheid om een huisarts te vinden die nog nieuwe patiënten aanneemt, de huisarts is moeilijk te contacteren (bv. telefonisch, lange wachttijden); de patiënt is zelden ziek of heeft al een huisarts in een andere regio; de patiënt heeft slechte ervaringen met huisartsen in het verleden, de werking van het gezondheidssysteem in België is onvoldoende duidelijk.

Eerder onderzoek op de spoedgevallendiensten in het Brussels Gewest toonde al aan dat patiënten vaker de spoedgevallendienst consulteren wegens de gebrekkige **beschikbaarheid van de huisarts**, wat deze studie ook bevestigt. (10) Daarnaast werd er op de spoeddiensten ook vaak aangegeven dat het gebrek aan huisartsen die huisbezoeken uitvoeren een drempel is, wat zich niet weerspiegelt in de resultaten van dit huidig onderzoek. (10) Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de onderzoekspopulatie gemiddeld een jonge leeftijd had, terwijl huisbezoeken vaker nodig zijn bij patiënten van een hogere ouderdom (zo was in België in 2019 het aantal huisbezoeken per 1000 rechthebbenden 30 keer hoger bij mensen ouder dan 80 jaar vergeleken met degenen jonger dan 65 jaar oud). (3) Ook werd het grootste deel van de vragenlijsten in de consultatieruimte of wachtzaal afgenomen, en niet op huisbezoek in dienst van de GBBW, wat de resultaten ook kan beïnvloeden (exacte verhouding niet opgenomen in analyse). In een recent rapport van het FOD Volksgezondheid over de tijdsbesteding van huisartsen in België (2023) werd aangegeven dat in Brussel 14% van de huisartsen geen nieuwe patiënten aanneemt (België: ±20%; Vlaanderen: <16%; Wallonië: ±20%; er werden wel grote verschillen vastgesteld per regio binnen de provincies). (51) Een belangrijke nuancering bij deze resultaten was dat veel huisartsen die nog nieuwe patiënten aannemen dit doen onder specifieke voorwaarden (bv. wonende in dezelfde gemeente als de praktijk, familie van reeds geregistreerde patiënt). Dit zou kunnen verklaren waarom de zoektocht naar een vaste huisarts die nog nieuwe patiënten aanneemt in realiteit moeilijker verloopt, wat door de onderzoekspopulatie in dit huidig onderzoek ook werd aangegeven. Een korte zoekpoging op het internet bevestigde dat wanneer we zoeken naar een huisarts in het Brusselse Gewest, we wel resultaten krijgen maar dat deze sterk versnipperd zijn. Vooral een overzicht van huisartsen die nog nieuwe patiënten aannemen of de voorwaarden waaronder nieuwe patiënten aangenomen worden ontbreekt. In de informatiebrief voor dit onderzoek werd de patiënt doorverwezen naar de website van de Brusselse Huisartsenkring (BHAK; Nederlandstalig) en die van de Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles (FAMGB; Franstalig). Waar deze websites wel een uitgebreid overzicht geven van hun leden, ontbreekt er helaas informatie over welke huisartsen nog nieuwe patiënten aannemen. (52,53)

Het is aannemelijk dat personen die **zelden ziek** zijn geen regelmatig contact met een vaste huisarts hebben en de nood hier ook niet van inzien. Het grootste deel van de onderzoekspopulatie dat aangaf zelden ziek te zijn was jonger dan 30 jaar (57%). Dit resultaat sluit aan bij de vaststelling dat het gemiddeld aantal contacten met de huisarts pas echt toeneemt vanaf 30 jaar (gebaseerd op gegevens van de Gezondheidsenquête). (7) Desondanks zijn er zelfs in deze leeftijdscategorie specifieke gezondheidszorgen waarbij de huisarts een belangrijke rol speelt (bv. seksuele gezondheid, mentale gezondheid, managen van gezondheidsrisico's bij risicovol gedrag zoals drugsgebruik, nationale preventieschema's). (54) Daarnaast kan ook vermoed worden dat het aantal patiënten dat nog een **huisarts heeft in een andere regio** gelinkt is aan de moeilijkheid om een nieuwe huisarts in Brussel te vinden, en aan de hoge turnover van de algemene populatie in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. (3)

Een opmerkelijke vaststelling was dat een groot deel van de patiënten een **slechte ervaring** heeft gehad met een huisarts in het verleden en dit als drempel ervaarde om een nieuwe zorgrelatie met een andere huisarts aan te gaan. 67% van de patiënten binnen deze categorie waren vrouwen. Enkelen onder hen vulden als vrije tekst aan dat ze geen vertrouwen hadden in de competentie van huisartsen, of dat ze zich niet comfortabel voelden om intieme gezondheidsproblemen te bespreken. Dit is uiteraard een zeer jammere vaststelling en is zeker iets om verder onderzoek naar te doen zodat dit probleem correct aangepakt kan worden. Nog een opmerkelijke vaststelling was dat voor een aantal patiënten de **werking van het Belgische zorgsysteem niet duidelijk** was. Dit kan mogelijks verklaard worden door de complexe gelaagde structuur van de Belgische zorg (zie inleiding), die kan verschillen van de zorgstructuur in andere landen die de patiënt misschien beter kent. (55) Verdere verdieping over welke onderdelen juist niet duidelijk zijn zou een interessante toevoeging aan dit onderzoek kunnen vormen.

Een minderheid van de patiënten in deze populatie gaf aan dat **financiële redenen** een drempel tot de huisartsenzorg vormde. We weten dat in Brussel een relatief groot aandeel van de bevolking zorgen uitstelt o.w.v. de financiële kost die eraan verbonden is (16% in Brussel, vergeleken met het Belgische gemiddelde van 9%). (27) Een mogelijke verklaring waarom dit voor de huidige patiëntenpopulatie minder belangrijk was, is dat het onderzoek plaatsvond op de wachtdienst, en dat de patiënt zich dus comfortabel moest voelen met de kost die met een consultatie en de medicatie nadien gepaard gaat.

Het was moeilijk om op basis van de persoonsgegevens een bepaald **risicoprofiel** per drempelcategorie op te stellen, mede doordat het beoogde aantal ingevulde vragenlijsten niet behaald werd en zo de steekproef niet groot genoeg was om uitspraken over de algemene bevolking te doen. Wel werd vastgesteld dat binnen zo goed als elke categorie de grote meerderheid van de patiënten al meer dan 3 jaren in Brussel woont. Dit toont aan dat het probleem van het lager aantal inwoners zonder vaste huisarts niet enkel toe te schrijven is aan nieuwkomers en de hoge turnover van de populatie in de stad, maar dat het een fenomeen is dat we ook terugvinden bij inwoners die al langere tijd in het Brussels Gewest verblijven. Zo kunnen we bijvoorbeeld zien dat van de patiënten die geen huisarts vinden die nieuwe patiënten aanneemt, 47% al meer dan 3 jaar in Brussel woont, wat insinueert dat deze patiënten al jaren hun weg niet vinden naar de eerstelijnszorg of dat hun huisarts recent op pensioen gegaan is.

Ten slotte werd er vastgesteld dat buiten de categorie die door de patiënten als belangrijkste drempel aangegeven werd, er zeer vaak vermelding werd gemaakt van drempels betreffende de suboptimale

beschikbaarheid van huisartsen, en dit meer dan andere categorieën. Uit de resultaten kan zo afgeleid worden dat dit mogelijks het belangrijkste actiepunt vormt om het beleidsplan te verbeteren.

BEPERKINGEN

Het is belangrijk om de beperkingen van het huidige onderzoek te duiden zodat deze resultaten correct geïnterpreteerd kunnen worden. Zo bestond er een zekere selectiebias doordat de steekproefpopulatie enkel gerekruteerd werd op de huisartsenwachtpost van de huisartsen in Brussel (GBBW), en zij zo dus al op de hoogte moesten zijn van het bestaan van de huisartsenwachtpost en zich moesten kunnen vinden in de kosten en werking van een consultatie. Bovendien werd het beoogde aantal ingevulde vragenlijsten niet behaald, hetgeen de foutenmarge naar 15% brengt (95% BI). De representativiteit van het onderzoek werd echter wel ondersteund door het feit dat de kenmerken van de deelnemers binnen elke groep aansloten bij de verwachtingen (bv. jonge mensen die minder nood hebben aan een vaste huisarts). Het risico op bias door het invullen van de vragenlijst in nabijheid van de onderzoeker werd zo laag mogelijk gehouden door minimale betrokkenheid en anonimiteit te garanderen, maar is in deze studie niet uit te sluiten. Het risico bestaat nog steeds dat de patiënt zijn antwoorden wijzigt omdat hij/zij denkt dat de onderzoeker meekijkt.

VOLGENDE STAPPEN

Dit onderzoek brengt al veel nuttige informatie aan het licht, en met verder onderzoek kan er een groot verschil gemaakt worden om de gezondheidszorg in het Brusselse Gewest voor iedereen te optimaliseren. Zo zou het een meerwaarde zijn om (een variant van) dit onderzoek op grote(re) schaal en met meer middelen te herhalen, met als doel een grotere steekproefpopulatie en meer representativiteit te behalen. Het zou hierbij nuttig zijn om de selectiebias te minimaliseren door resultaten te bekomen in zo veel mogelijk sectoren waar men in contact komt met patiënten zonder vaste huisarts (huisartspraktijken, wachtdiensten, ziekenhuisdiensten, nulde lijn). Daarnaast zijn er zoals eerder al aangehaald specifieke onderwerpen waar men bijvoorbeeld met focus groups meer info over zou kunnen bekomen. Het zou nuttig zijn om te weten waarom patiënten die slechte ervaringen hebben gehad met huisartsen deze mening hebben, en om dit verder uit te diepen. Het is ook belangrijk om verder na te gaan wat de patiënt juist bedoelt wanneer deze zegt dat de huisarts onvoldoende beschikbaar is en om dit in kaart te brengen (bv. contactgegevens niet te vinden, onduidelijk wie nog nieuwe patiënten aanneemt, lange wachttijden, etc.). Ten slotte verwijst deze studie naar de noodzaak om bij patiënten die de Belgische zorgstructuur niet begrijpen en die hun weg er niet in vinden na te gaan welke elementen moeilijk zijn en hoe we de toegang tot de eerstelijnszorg kunnen verbeteren.

BESLUIT

Brusselse patiënten zonder vaste huisarts rapporteren verschillende belangrijke drempels bij de toegang tot de huisartsenzorg, die in dit onderzoek geanalyseerd werden. Het is essentieel om deze aandachtspunten te adresseren om de werking van dit fundamenteel onderdeel van de eerstelijnszorg in België te optimaliseren.

ETHISCH

Cruciaal in dit onderzoek is dat alle gegevens anoniem werden verwerkt en dat medische zorgen steeds prioriteit hadden boven het invullen van de vragenlijst. Er werd steeds tot een gepast moment gewacht

alvorens over te gaan tot het invullen van de vragenlijst. Dit onderzoek werd uitgevoerd als thesisproject om de MaNaMa Huisartsgeneeskunde (Vrije Universiteit Brussel) te voltooien. Goedkeuring van de Ethische Commissie werd bekomen alvorens de studie te starten.

BRONNEN

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

2. Leeftijdsstructuur [Internet]. Leeftijdsstructuur | IBSA. [geciteerd op 2023Apr2]. Beschikbaar op: https://bisa.brussels/themas/bevolking/leeftijdsstructuur.

3. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (2022). Huisbezoeken en werklast: de ervaring van Brusselse huisartsen voor en tijdens de COVID-19-pandemie. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, Brussel. [Internet]. 2022. Available from: http://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil

4. Nationaliteiten [Internet]. Nationaliteiten | IBSA. [geciteerd op 2023Apr2]. Beschikbaar op: https://bisa.brussels/themas/bevolking/nationaliteiten.

5. Bevolkingsprojecties [Internet]. Bevolkingsprojecties | IBSA. [geciteerd op 2023Apr2]. Beschikbaar op: https://bisa.brussels/themas/bevolking/bevolkingsprojecties.

6. Missine S. Het Brussels Gewest brengt zijn huisartsen in kaart. Observatorium voor Welzijn en Gezondheid, Brussel, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Vol. Persberich, Observatorium voor Welzijn en Gezondheid, Brussel, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. 2018.

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

8. J. Tafforeau, S. Drieskens, R. Charafeddine, J. Van der Heyden. Gezondheidsenquête 2018: Subjectieve gezondheid. Brussel, België: Sciensano. Rapportnummer: D/2019/14.440/35. Beschikbaar op: www.gezondheidsenquete.be. 2018.

9. Gezondheidsenquête 2018: gezondheid en kwaliteit van leven. Samenvatting van de resultaten. Brussel, België: Sciensano. Rapportnummer: D/2019/14.440/33 Beschikbaar op: www.gezondheidsenquete.be.

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

11. Van den Heede K., Dubois C., Devriese S. et al. Organisation and payment of emergency care services in Belgium: current situation and options for reform. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), 2016.

12. Clumeck N., De Spiegelaere M., Deguerry M. et al. (2015). Rapport betreffende het onderzoek naar het profiel van de Brusselse patiënten die voor een dringend medisch probleem twee zorgcircuits bezoeken: de ziekenhuiswachtdienst en de huisartsen. IRIS netwerk in samenwerking met het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2005.

13. Efstathopoulou A, David S, Herzig L. Visite à domicile par le médecin de famille : état des lieux en Europe et en Suisse. Rev Med Suisse. 2016 Nov 2;537:1874–8.

14. Hurst K, Kelley-Patterson D, Knapton A. Emergency department attendances and GP patient satisfaction. London J Prim Care (Abingdon) [Internet]. 2017 [cited 2023 Apr 1];9(5):69–72. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29081838/

15. Minderhout RN, Venema P, Vos HMM, Kant J, Bruijnzeels MA, Numans ME. Understanding people who self-referred in an emergency department with primary care problems during office hours: A qualitative interview study at a Daytime General Practice Cooperative in two hospitals in the Hague, the Netherlands. BMJ Open [Internet]. 2019 Jun 1 [cited 2021 May 15];9(6):e029853. Available from: http://bmjopen.bmj.com/

16. Wat is een eerstelijnszone? [Internet]. Eerstelijnszones. Vlaanderen; 2023 [geciteerd op 2023Apr1]. Beschikbaar op: https://www.eerstelijnszone.be/wat-een-eerstelijnszone.

17. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The Ecology of Medical Care Revisited. New England Journal of Medicine. 2001 Jun 28;344(26):2021–5.

18. Globaal Medisch Dossier [Internet]. RIZIV/INAMI. 2023 [geciteerd op 2023Apr1]. Beschikbaar op: https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/globaal-medisch-dossier.aspx.

19. Geïnformeerde toestemming geven Om Gezondheidsgegevens Te Delen [Internet]. www.vlaanderen.be. Vlaamse overheid; [geciteerd op 2023Apr4]. Beschikbaar op: https://www.vlaanderen.be/gezondheid-en-welzijn/gezondheid/medisch-dossier/geinformeerde-toestemming-geven-om-gezondheidsgegevens-te-delen.

20. Beheer GMD [Internet]. ABSyM-BVAS. [geciteerd op 2023Apr25]. Beschikbaar op: https://www.absym-bvas.be/financiele-topics/tegemoetkomingen-huisartsen/beheer-gmd#:~:text=Als%20huisarts%20heeft%20u%20recht,opgetrokken%20tot%20%E2%82%AC%2060%2C28.

21. IMA Atlas [Internet]. IMA Atlas - Atlas AIM. 2023 [geciteerd op 2023Apr1]. Beschikbaar op: https://atlas.ima-aim.be/databanken/?rw=1&lang=nl.

22. Eerstelijnszone. Omgevingsanalyse ELZ Druivenstreek. 2022.

23. Kang M, Robards F, Luscombe G, Sanci L, Usherwood T. The relationship between having a regular general practitioner (GP) and the experience of healthcare barriers: a cross-sectional study among young people in NSW, Australia, with oversampling from marginalised groups. BMC Fam Pract [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2023 Feb 26];21(1). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33115430/

24. Chen CC, Tseng CH, Cheng SH. Continuity of care, medication adherence, and health care outcomes among patients with newly diagnosed type 2 diabetes: A longitudinal analysis. Med Care [Internet]. 2013 Mar [cited 2023 Feb 26];51(3):231–7. Available from: https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2013/03000/Continuity_of_Care,_Medication_Adherence,_and.4.aspx

25. Roberts J, Sanci L, Haller D. Global adolescent health: is there a role for general practice? Br J Gen Pract [Internet]. 2012 Nov [cited 2023 Feb 26];62(604):608–10. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23211175/

26. Starfield B, Johns F. Global Health, Equity, and Primary Care. The Journal of the American Board of Family Medicine [Internet]. 2007 Nov 1 [cited 2023 Feb 26];20(6):511–3. Available from: https://www.jabfm.org/content/20/6/511

27. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (2020). Welzijnsbarometer 2020. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. [Internet]. Available from: http://www.ccc-ggc.brussels/nl/observatbru/accueil

28. Van Der Heyden J, Charafeddine R. Chronische ziekten en aandoeningen. Sciensano. 2018;43–5.

29. Missinne, S.; Verduyckt, P.; Hercot D. Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest - Invaliditeit. 2017;1–22.

30. Artino AR, La Rochelle JS, Dezee KJ, Gehlbach H. Developing questionnaires for educational research: AMEE Guide No. 87. Med Teach. 2014;36(6):463–74.

31. Boynton PM, Greenhalgh T. Selecting, designing, and developing your questionnaire. BMJ. 2004 May 27;328(7451):1312–5.

32. Roland M, Roberts M, Rhenius V, Campbell J. GPAQ-R: Development and psychometric properties of a version of the General Practice Assessment Questionnaire for use for revalidation by general practitioners in the UK. BMC Fam Pract. 2013 Oct 20;14(1):1–7.

33. Seid M, Opipari-Arrigan L, Leticia ;, Gelhard R, Varni JW, Driscoll K. Barriers to Care Questionnaire: Reliability, Validity, and Responsiveness to Change Among Parents of Children With Asthma. Acad Pediatr. 9:106–13.

34. Loop van de bevolking [Internet]. Loop van de bevolking | IBSA. [geciteerd op 2023Apr18]. Beschikbaar op: https://bisa.brussels/themas/bevolking/loop-van-de-bevolking.

35. Baeten R, Spasova S, Vanhercke B, Coster S. Inequalities in access to healthcare. European Commission. 2018.

36. Goossens MCM, Depoorter AM. Contacts between general practitioners and migrants without a residence permit and the use of “urgent” medical care. Scand J Public Health. 2011;39(6):649–55.

37. Scheppers E, van Dongen E, Dekker J, Geertzen J, Dekker Scheppers JE, Dongen van E. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. 2006;

38. RIZIV en Dokters van de Wereld. Witboek: over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België. RIZIV. 2014. 1–17 p.

39. Kang M, Robards F, Luscombe G, Sanci L, Usherwood T. The relationship between having a regular general practitioner (GP) and the experience of healthcare barriers: a cross-sectional study among young people in NSW, Australia, with oversampling from marginalised groups. BMC Fam Pract. 2020;21:220.

40. O'donnell CA, Higgins M, Chauhan R, Mullen K. "They think we're OK and we know we're not". A qualitative study of asylum seekers' access, knowledge and views to health care in the UK. BMC Health Serv Res. 2007;

41. Isaac K, Hay J, Lubetkin E. Incorporating Spirituality in Primary Care. J Relig Health. 2016;55(3):1065–1077.

42. Richmond A, Jackson J. Cultural Considerations for Psychologists in Primary Care. J Clin Psychol Med Settings. 2018;25(3):305–15.

43. Seid M, Opipari-Arrigan L, Gelhard LR, Varni JW, Driscoll K. Barriers to Care Questionnaire: Reliability, Validity, and Responsiveness to Change Among Parents of Children With Asthma. Acad Pediatr. 2009;9(2):106–13.

44. Kreps GL. Communicating to promote justice in the modern health care system. J Health Commun. 1996;1(1):99–109.

45. Pristaš I, Bilić M, Pristaš I, Vončina L, Krčmar N, Polašek O, et al. Health care needs, utilization and barriers in Croatia - Regional and urban-rural differences. Coll Antropol. 2009;33(1 SUPPL. 1):121–30.

46. Chan Aung N, Rechel B, Odermatt P. Access to and utilisation of GP services among Burmese migrants in London: a cross-sectional descriptive study. 2010.

47. Onckelinx L, De Block M, RIZIV. Groenboek: over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België. Wolters Kluwer; 2013.

48. Verté J, Gils A, Dewispelaere S. Hoe kunnen we de gezondheidszorg toegankelijker maken voor daklozen met een niet-westerse migratieachtergrond ? Concrete tips voor de huisarts . Masterproef KU Leuven. 2018;

49. Begrijpelijke vragenlijsten - de basis voor Goede Zorg [Internet]. Pharos. 2022 [geciteerd op 2023Apr1]. Beschikbaar op: https://www.pharos.nl/infosheets/begrijpelijke-vragenlijsten-de-basis-voor-goede-zorg/.

50. Stad Brussel [Internet]. Stad Brussel | IBSA. 2023 [geciteerd op 2023Apr1]. Beschikbaar op: https://bisa.brussels/cijfers/kerncijfers-per-gemeente/stad-brussel.

51. Beersmans A, Euben T, Gils M. RAPPORT: ANALYSE TIJDSBESTEDING HUISARTSEN (in opdracht van de Minister van Volksgezondheid en de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu). 2023.

52. FAMGB [Internet]. Accueil. [geciteerd op 2023Apr28]. Beschikbaar op: https://famgb.be/fr/accueil/.

53. Zoek een huisarts [Internet]. BHAK. [geciteerd op 2023Apr28]. Beschikbaar op: https://www.bhak.be/nl/zoek-huisarts.

54. Davey A, Asprey A, Carter M, Campbell JL. Trust, negotiation, and communication: young adults' experiences of primary care services. BMC Fam Pract [Internet]. 2013 Dec 30 [cited 2023 Apr 18];14:202. Available from: /pmc/articles/PMC3880848/

55. OESO/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), België: Landenprofiel gezondheid 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. [Internet]. 2019. Available from: http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/

BIJLAGEN

Bijlage 1 en 2: zie eerder

Bijlage 3: vragenlijst

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

1. Geslacht: Man / Vrouw / Andere
2. Leeftijd:
   a. 0-18
   b. 19-29
   c. 30-44
   d. 45-64
   e. 65-79
   f. 80+
3. Hoelang woont u al in Brussel?:
   a. < 1 jaar
   b. 1-3 jaar
   c. >3 jaar
4. De belangrijkste reden waarom u geen vaste huisarts heeft is (kies 1 optie):
   a. Financieel: prijs consultatie en/of medicatie
   b. Beschikbaarheid huisarts: in de buurt, wachttijden, …
   c. Persoonlijk: werking huisarts niet duidelijk, cultureel, …
   d. Geen nood aan vaste huisarts: zelden ziek, u bent toerist, etc.
   e. Administratief: niet aangesloten bij mutualiteit, verblijfsdocumenten
   f. Andere: ……
5. Kies 1 of meerdere redenen in onderstaande categorieën die voor u van toepassing zijn (niet beperkt tot het antwoord op vraag 4):
   a. FINANCIEEL
      - De consultaties kosten te veel geld.
      - De medicatie kost te veel geld.
      - Andere: ……

   b. BESCHIKBAARHEID HUISARTS
      - Het is moeilijk een huisarts in de buurt te vinden die patiënten aanneemt
      - Het is moeilijk een huisarts te vinden die mijn taal spreekt
      - Het is moeilijk een huisarts van een bepaald geslacht te vinden
      - De huisarts is moeilijk te contacteren (lange wachttijden, moeilijk telefonisch bereikbaar, etc.)
      - Ik vind geen huisarts die huisbezoeken doet (voor mensen die zich moeilijk kunnen verplaatsen)
      - Andere: ……

   c. PERSOONLIJKE REDENEN
      - De rol van de huisarts is mij niet helemaal duidelijk
      - De werking van het Belgische gezondheidssysteem is niet duidelijk genoeg voor mij
      - In mijn cultuur/sociale kringen gaat men normaal niet naar de huisarts
      - Slechte ervaringen met huisartsen in het verleden
      - Ik spreek de landstaal niet
      - Andere: ……

   d. GEEN NOOD AAN HUISARTS
      - Ik ben nooit ziek, en heb dus geen vaste huisarts nodig
      - Ik ben niet lang in België en heb dus geen vaste huisarts nodig (bv. toeristen)
      - Ik heb in een andere regio of land al een vaste huisarts
      - Ik verzorg me liever zelf (wondverzorging, medicatie, etc.)
      - Andere: ……

   e. ADMINISTRATIEF
      - Ik ben (nog) niet aangesloten bij een Belgische mutualiteit
      - Ik heb geen geldige verblijfsdocumenten
      - Andere: ……

© 2022 Vrije Universiteit Brussel
In samenwerking met de GBBW

Vous habitez à Bruxelles?
Woon je in Brussel?
Do you live in Brussels?

Vous n'êtes pas registré chez un médecin traitant?
Je hebt geen vaste huisarts?
Are you not registered with a GP?

Aidez-nous et remplissez notre questionnaire

Help ons en vul deze vragenlijst in
Help us out and fill in the questionnaire

Merci!
Bedankt!
Thank you!

BHAK
Brusselse huisartsenkring

GARDE BRUXELLOISE
BRUSSELSE WACHTDIENST
02/201 22 22
MÉDECINS GÉNÉRALISTES - HUISARTSEN

famgb
fbhav

VUB VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

ONDERZOEK BIJ BRUSSELSE PATIËNTEN ZONDER VASTE HUISARTS

THESISONDERZOEK HUISARTSGENEESKUNDE

Beste,

Bedankt voor uw interesse in dit onderzoek. Deze vragenlijst is bedoeld voor patiënten die geen vaste huisarts hebben. Een vaste huisarts is de huisarts die uw medisch dossier kent en bij wie u geregistreerd bent, en degene die u als eerste zou contacteren bij een gezondheidsprobleem of -controle.

De Vrije Universiteit Brussel (faculteit Huisartsgeneeskunde) onderzoekt de drempels die men in het Brusselse Gewest ervaart om een vaste huisarts te vinden. Het onderzoek tracht te achterhalen waarom bepaalde patiënten geen vaste huisarts hebben. Door onderstaande vragenlijst in te vullen krijgen de onderzoekers een beter beeld van deze situatie, met als doel om de gezondheidszorg voor iedereen te optimaliseren en zo toegankelijk mogelijk te maken. Alle gegevens worden anoniem opgeslagen en verwerkt.

U kunt de onderstaande vragenlijst invullen en nadien in de brievenbus in de wachtzaal achterlaten.

Wenst u na het invullen van deze vragenlijst meer info over het aanbod van huisartsen in uw buurt (Brussel)? Dan verwijzen wij u graag door naar de volgende websites:

- Nederlandstalige huisartsen: www.bhak.be
- Franstalige huisartsen: www.famgb.be

BHAK Brusselse huisartsenkring

GARDE BRUXELLOISE BRUSSELSE WACHTDIENST 02/201 22 22 MEDECINS GENERALISTES - HUISARTSEN

famgb fbhav

© 2022 Vrije Universiteit Brussel
In samenwerking met de GBBW

Tabel 1: overzicht algemene resultaten

1. Geslacht	**Man**	**Vrouw**	**Niet ingevuld**				**Totaal**
	20	15	6				41
	49%	37%	15%				100%
2. Leeftijd	**0-18**	**19-29**	**30-44**	**45-64**	**65-79**	**80+**	**Totaal**
	1	15	20	3	1	1	41
	2%	37%	49%	7%	2%	2%	100%
3. Duur residentie Brussel	**<1**	**1-3**	**>3**	**Niet ingevuld**			**Totaal**
	5	8	19	9			41
	12%	20%	46%	22%			100%
4. Hoofdreden	**Financieel**	**Beschikbaarheid**	**Persoonlijk**	**Geen nood**	**Administratief**	**Andere**	**Totaal**
	2	15	8	12	2	2	41
	5%	37%	20%	29%	5%	5%	100%
5. Totaal aantal vermeldingen per categorie	**Financieel**	**Beschikbaarheid**	**Persoonlijk**	**Geen nood**	**Administratief**	**Andere**	**Totaal**
	16	43	18	22	2	2	103
	16%	42%	17%	21%	2%	2%	100%

Tabel 2: overzicht persoonskenmerken per categorie (totaal aantal vermeldingen binnen die categorie)

FINANCIEEL							
1. Geslacht	**Man**	**Vrouw**	**Andere**				**Totaal**
	11	4	1				16
	69%	25%	6%				100%
2. Leeftijd	**0-18**	**19-29**	**30-44**	**45-64**	**65-79**	**80+**	**Totaal**
	1	2	9	2	2	0	16
	6%	13%	56%	13%	13%	0%	100%
3. Duur residentie Brussel	**<1**	**1-3**	**>3**	**Niet ingevuld**			**Totaal**
	4	**2**	**7**	3			16
	25%	13%	44%	19%			100%

BESCHIKBAARHEID							
1. Geslacht	**Man**	**Vrouw**	**Andere**				**Totaal**
	23	16	4				43
	53%	37%	9%				100%
2. Leeftijd	**0-18**	**19-29**	**30-44**	**45-64**	**65-79**	**80+**	**Totaal**
	1	15	17	6	2	2	43
	2%	35%	40%	14%	5%	5%	100%
3. Duur residentie Brussel	**<1**	**1-3**	**>3**	**Niet ingevuld**			**Totaal**
	4	**13**	**20**	**6**			43
	9%	30%	47%	14%			100%

PERSOONLIJK							
1. Geslacht	**Man**	**Vrouw**	**Andere**				**Totaal**
	8	9	1				18
	44%	50%	6%				100%
2. Leeftijd	**0-18**	**19-29**	**30-44**	**45-64**	**65-79**	**80+**	**Totaal**
	1	6	10	1	0	0	18
	6%	33%	56%	6%	0%	0%	100%
3. Duur residentie Brussel	**<1**	**1-3**	**>3**	**Niet ingevuld**			**Totaal**
	3	**4**	10	1			18
	17%	22%	56%	6%			100%

GEEN NOOD AAN VASTE HUISARTS							
1. Geslacht	**Man**	**Vrouw**	**Andere**				**Totaal**
	13	8	1				22
	59%	36%	5%				100%
2. Leeftijd	**0-18**	**19-29**	**30-44**	**45-64**	**65-79**	**80+**	**Totaal**
	1	12	8	1	0	0	22
	5%	55%	36%	5%	0%	0%	100%
3. Duur residentie Brussel	**<1**	**1-3**	**>3**	**Niet ingevuld**			**Totaal**
	3	**7**	**7**	5			22
	14%	32%	32%	23%			100%

ADMINISTRATIEF							
1. Geslacht	**Man**	**Vrouw**	**Andere**				**Totaal**
	0	0	2				2
	0%	0%	100%				100%
2. Leeftijd	**0-18**	**19-29**	**30-44**	**45-64**	**65-79**	**80+**	**Totaal**
	0	0	2	0	0	0	2
	0%	0%	100%	0%	0%	0%	100%
3. Duur residentie Brussel	**<1**	**1-3**	**>3**	**Niet ingevuld**			**Totaal**
	1	**0**	**0**	1			2
	50%	0%	0%	50%			100%

ANDERE							
1. Geslacht	**Man**	**Vrouw**	**Andere**				**Totaal**
	1	1	0				2
	50%	50%	0%				100%
2. Leeftijd	**0-18**	**19-29**	**30-44**	**45-64**	**65-79**	**80+**	**Totaal**
	0	0	2	0	0	0	2
	0%	0%	100%	0%	0%	0%	100%
3. Duur residentie Brussel	**<1**	**1-3**	**>3**	**Niet ingevuld**			**Totaal**
	0	0	2	0			2
	0%	0%	100%	0%			100%

