

TOEGANKELIJKHEID HUISARTSGENEESKUNDE

FASE 1: ONTWIKKELING METHODIEK EN APPLICATIE

VERSIE 27/10/2022

Domus Medica:

Dr. Gert Merckx, verantwoordelijke Expertisedomein Huisartsenkringen

Dr. Stefan Teughels, medisch directeur

Emma Van Parys, verantwoordelijke Expertisedomein Praktijkorganisatie

UGent, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg:

Prof. dr. Sara Willems, hoofdpromotor

Dr. Els De Waegeneer, senior onderzoeker

Ilka Jacobs, junior onderzoeker

UGent, Vakgroep Geografie:

Prof. dr. Nico Van de Weghe, promotor

Dr. Luc Zwartjes, senior onderzoeker

Jana Verdoodt, junior onderzoeker

VIVEL:

Elien Colman, stafmedewerker Populatiemanagement en Kwaliteit

Voorliggend rapport (versie 27.10.2022) betreft een ingekorte versie van het onderzoeksrapport. Een aantal onderzoeksresultaten zijn hierin niet opgenomen omwille van de privacy van de deelnemende huisartsen of omdat zij in een vervolgstudie dienen te worden gevalideerd.

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

Voor meer informatie over dit onderzoek:

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

Inhoudsopgave

Inleiding.....	3
1 Werkpakket 1: Identificatie en selectie van indicatoren voor het in kaart brengen van de zorgvraag en het zorgaanbod.....	5
2 Werkpakket 2: Identificatie van bestaande databanken en verdere afbakening van de indicatorenset.....	6
2.1 <i>Methode.....</i>	7
2.2 <i>Relevante databanken.....</i>	8
2.2.1 Provincies.incijfers.be	8
2.2.2 IMA	9
2.2.3 IMA-Atlas	10
2.2.4 IMA – Permanente steekproef	11
2.2.5 Permamed.....	13
2.2.6 Stadsmonitor	14
2.3 <i>Toepassing: data-extractie voor twee Vlaamse testregio's.....</i>	14
3 Werkpakket 3: Aanvullende primaire dataverzameling in twee test-regio's	16
3.1 <i>Uitwerking van de methodiek voor primaire dataverzameling.....</i>	16
3.1.1 Ontwikkeling van een vragenlijst	16
3.1.2 GDPR en privacy	16
3.2 <i>Dataverzameling in twee testregio's.....</i>	17
3.2.1 Dataverzameling in Huisartsenvereniging regio Turnhout.....	18
3.2.2 Dataverzameling in Huisartsenkring IJzerstreek en Westkust.....	20
3.3 <i>Resultaten</i>	22
4 Werkpakket 4: Visualisering van de resultaten.....	24
4.1 <i>Indicatoren voor het regionaal in kaart brengen van zorgvraag en zorgaanbod van huisartsen.....</i>	24
4.2 <i>Methodiek voor dataverzameling vanuit bestaande databanken.....</i>	25
4.3 <i>Methodiek voor de bijkomende dataverzameling via vragenlijsten.....</i>	25
4.4 <i>Inpassing van de indicatoren in de data-applicatie.....</i>	26
4.5 <i>GDPR.....</i>	26
5 Aanbevelingen.....	28
5.1 <i>Verfijning van de voorgestelde set indicatoren & kwaliteitscontrole meetprotocol en indicatorenset.....</i>	28
5.2 <i>Het juridisch analyseren van de procedure voor primaire dataverzameling.....</i>	29
5.3 <i>Het creëren/verhogen van draagvlak bij de huisartsen.....</i>	29
5.4 <i>Afstemming met andere lopende initiatieven.....</i>	29
5.5 <i>Bepalen van het geografisch niveau van rapportering</i>	30
5.6 <i>Geconcerteerde actie op korte termijn.....</i>	30
6 Referenties.....	31

Bijlage 1: Longlist.....	32
Bijlage 2: Shortlist 1.0.....	38
Bijlage 3: Shortlist 2.0	57
Bijlage 4: Overzicht indicatoren shortlist 2.0 en uit welke databanken informatie kan worden geëxtraheerd	64
Bijlage 5: Detailresultaten.....	68

Inleiding

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

Een aantal ontwikkelingen zetten de huisartsenpraktijkpermanentie (verder) onder druk:

- *Discrepantie instroom-uitstroom van het beroep.* De instroom van huisartsen is, wanneer die wordt uitgedrukt in aantal uren beschikbaarheid (toename van het aantal artsen die deeltijds als praktiserend huisarts werken, minder lange werkdagen, ...), eerder beperkt. Dit terwijl de het beroep een steeds grotere uitstroom kent, niet enkel van artsen die op pensioen gaan maar ook van jonge artsen.
- *Zorgnood neemt toe.* De levensverwachting, zowel bij mannen als vrouwen, neemt gestaag toe. Ook de gezonde levensverwachting neemt toe maar in mindere mate. Het resultaat van deze discrepantie is een stijging van het aantal jaren dat wordt doorgebracht met gezondheidsproblemen of met beperkte mobiliteit. Aandoeningen worden chronisch en vragen bijkomende inspanningen van de gezondheidszorgsector, in de eerste plaats van de 1^{ste} lijn. Ook de complexiteit van zorg neemt toe. De toename van welvaartsziekten en psychische aandoeningen, ook bij jongere generaties, verscherpt deze evolutie naar complexere zorg. Zonder voortdurende aanpassing aan de zorgorganisatie komt de kwaliteit van zorg onder druk.
- *Veranderingen in de zorg.* Het toenemend belang van preventie, toenemende protocolzorg, de verschuiving van intramurale naar transmurale en eerstelijnszorg, en toenemende complexiteit van zorg betekenen een grote extra druk voor huisartsen.
- *Overbelasting in de planbare zorg.* Het werkveld signaleert dat patiënten vaak niet meer terecht kunnen in de planbare zorg in de 2^{de} en 3^{de} lijn. Hierdoor komen zij steeds vaker terecht in de niet-planbare zorg (acute zorg, dringende of spoedeisende zorg, tijdelijke zorg, ...), niet alleen in de 2^{de} en 3^{de} lijn maar ook in de 1^{ste} lijn. Deze hogere vraag aan niet-planbare zorg door huisartsen limiteert hun inzet in de planbare zorg.
- *Administratieve overlast.* Voor veel van de zorgverleners in de 1^{ste} lijn geldt dat ze een toenemend aandeel van hun werktijd bezig zijn met administratieve taken waarvoor ze bovendien niet gepast zijn opgeleid.
- *Sociologische en maatschappelijke ontwikkelingen* zoals het toenemend aantal nieuw samengestelde gezinnen, de toenemende diversiteit van de bevolking, uitdagingen in de ecologische en sociaaleconomische determinanten van gezondheid, stellen huisartsen voor nieuwe uitdagingen.

Patiënten berichten steeds vaker dat ze moeilijk een huisarts vinden omdat de huisartspraktijken in de buurt een patiëntenstop invoerden. Ook steeds meer lokale besturen uiten hun bezorgdheid over de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de huisartsenpraktijken in de regio. Zij komen aankloppen voor advies bij Domus Medica of ondernemen zelf initiatieven zoals het aanbieden van een praktijkruimte, het samenwerken met Doktr (de teleconsultatieapp van Proximus), of het tijdelijk ontlasten van praktijken door administratieve taken over te nemen. Deze initiatieven zijn vaak (tijdelijk) een ontlasting van de lokale huisartsen maar kunnen zelden of niet beschouwd worden als duurzame oplossingen. Ook huisartsenkringen behartigen actief de problematiek van de huisartsenpraktijkpermanentie en nemen hiertoe lokale initiatieven. Echter, zij ervaren de nood aan extra maatregelen en steun vanuit de overheid om die toegankelijkheid te kunnen blijven waarborgen. Een globaal plan waarin de toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde voor de burgers centraal wordt gesteld, dringt zich op. De ontwikkeling van een dergelijk plan dient uit te gaan van een gedetailleerde analyse van de huidige situatie. Hiertoe is het van primordiaal belang over cijfers te beschikken die enerzijds de zorgvraag, en anderzijds het zorgaanbod op regionaal niveau beschrijven. Deze cijfers zijn momenteel niet, onvoldoende gedetailleerd, of voor een onvoldoende gedetailleerd geografisch niveau beschikbaar voor de Vlaamse Gemeenschap.

Op 15 december 2021 kende de Minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding een subsidie toe aan Domus Medica voor het ontwikkelen van een set indicatoren en een methodiek voor dataverzameling om het huisartsentekort in de Vlaamse Gemeenschap in kaart te brengen. De uitvoering van dit project werd in de handen gelegd van een onderzoekssamenwerking tussen Domus Medica – UGent en VIVEL, met Domus Medica als penvoerende entiteit. Deze opdracht vormt de eerste fase in de ontwikkeling van een actieplan m.b.t. de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in de Vlaamse Gemeenschap.

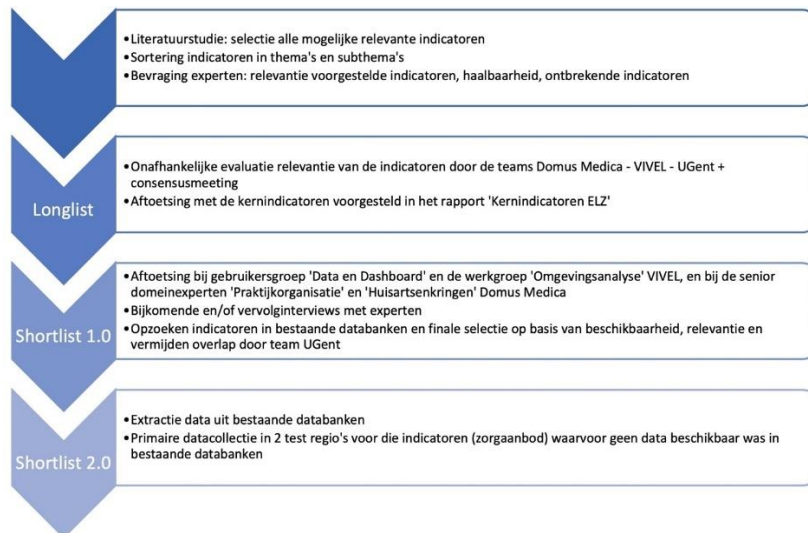
Deze opdracht liep in de periode 15/12/2021 – 15/07/2022 en omvatte volgende werkpakketten:

- In Werkpakket 1 werden relevante indicatoren geïdentificeerd om het aanbod van huisartsgeneeskunde en de zorgnood kwantitatief en kwalitatief in kaart te brengen. Op basis van literatuuronderzoek werd een eerste longlist van mogelijke indicatoren samengesteld die de verschillende aspecten van het zorgaanbod en van de zorgvraag beschrijven. Op basis van onder meer interviews met binnen- en buitenlandse experts, en overleg met domeinexperten binnen Domus Medica en VIVEL, werd de longlist in een aantal rondes gereduceerd tot een shortlist.
- In Werkpakket 2 werd ingezet op het identificeren van relevante databanken waaruit de indicatoren uit de shortlist zouden kunnen worden geëxtraheerd, het beschrijven van de kenmerken van de desbetreffende databanken en van de procedures voor data-extractie. De indicatoren waarvoor geen data beschikbaar was in bestaande databanken en waarvoor bijkomende bevraging nodig is, werden geïdentificeerd. Dit betreft hoofdzakelijk indicatoren m.b.t. het zorgaanbod.
- In Werkpakket 3 werd een methodiek voor primaire dataverzameling bij huisartspraktijken uitgewerkt en gepiloot in 2 testregio's via de lokale Huisartsenkring nl. Huisartsenvereniging regio Turnhout, en Huisartsenkring IJzerstreek en Westkust. In deze regio's werd aan de hand van een vragenlijst data verzameld en deze werd in één databank samengevoegd met de data die uit bestaande databanken kon worden geëxtraheerd.
- In een eerder project in opdracht van de Stad Kortrijk werd een elektronische applicatie gebruikt om informatie rond zorgaanbod- en vraag visueel te maken a.d.h.v. kaarten. In werkpakket 4 werd deze applicatie aangepast en verder verfijnd. De aangepaste applicatie werd getest met de data van de twee testregio's. Voor beide testregio's werden gelaagde kaarten aangemaakt die op wijkniveau informatie weergeven m.b.t. de zorgvraag en op praktijkniveau informatie m.b.t. het zorgaanbod.

In voorliggend rapport worden de verschillende werkpakketten in detail beschreven. Hoofdstuk 1 beschrijft hoe tot een selectie van relevante indicatoren werd gekomen. Hoofdstuk 2 identificeert relevante databronnen, en past deze kennis toe op de data-extractie voor de twee testregio's. De selectie en het profiel van de betreffende regio's worden eveneens in dit hoofdstuk toegelicht. Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 weergegeven hoe de primaire dataverzameling in twee testregio's werd opgezet en uitgevoerd. Hoofdstuk 4 beschrijft de ontwikkeling van de elektronische applicatie. De bevindingen van dit pilootproject worden besproken in hoofdstuk 5, gevolgd door aanbevelingen in hoofdstuk 6.

1 Werkpakket 1: Identificatie en selectie van indicatoren voor het in kaart brengen van de zorgvraag en het zorgaanbod

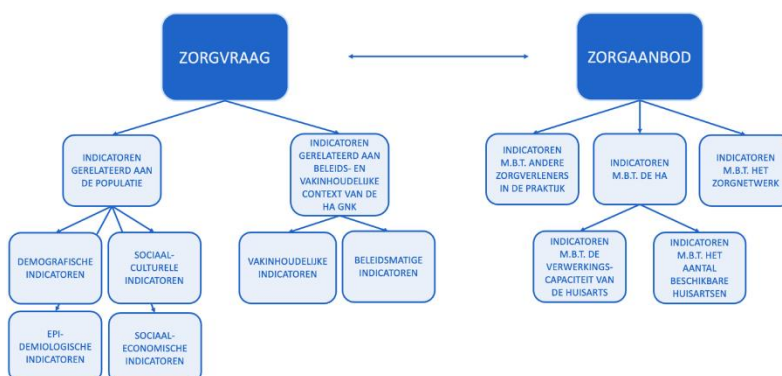
Werkpakket 1 had tot doel om een set van relevante indicatoren te definiëren om verschillende aspecten m.b.t. het aanbod van huisartsgeneeskunde enerzijds, en de zorgnood anderzijds op regionaal niveau in kaart te brengen. Figuur 1 beschrijft de stappen die werden ondernomen om hiertoe te komen.



Figuur 1: Flowchart werkpakket 1

Een eerste set van relevante indicatoren werd samengesteld op basis van **literatuuronderzoek**. Hierbij werd zowel internationale wetenschappelijke literatuur als zogenaamde grijze literatuur (zoals rapporten en verslagen van lokale projecten in België en van een vergelijkbaar project in Nederland) gescreend.

De indicatoren werden vervolgens **gesorteerd** in thema's en subthema's. Voor wat betreft zorgvraag werd hierbij een onderscheid gemaakt tussen (1) indicatoren die een aanwijzing geven over populatiekenmerken die een invloed kunnen hebben op de zorgvraag zoals demografische kenmerken van de populatie, sociaal-economische kenmerken, sociaal-culturele kenmerken, en epidemiologische kenmerken, en (2) indicatoren die eerder gerelateerd zijn met de vakinhoudelijke en contextgerelateerde evoluties binnen de huisartsgeneeskunde die een invloed kunnen hebben op de zorgvraag. Voor wat betreft het zorgaanbod werd een onderscheid gemaakt tussen (1) indicatoren die iets zeggen over de kenmerken van de huisartsen (zowel het aantal huisartsen als de verwerkingscapaciteit van de huisartsen), (2) de andere zorgverleners in de praktijk, en (3) het zorgnetwerk (figuur 2).



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

Deze lijst van indicatoren werd vervolgens voorgelegd aan een **panel van experts** uit binnen- en buitenland (Tabel 1).

Expert	Expertisedomein
Dr. Harrie De Witte	Gepensioneerd huisarts Genk, project HA-tekort Genk Huisartsgeneeskunde, KU Leuven
Ronald Ratenburg	NIVEL Nederland
Prof. Dr. Jan De Maeseneer	Federale Planningscommissie Medisch Aanbod Huisartsgeneeskunde UGent
Prof. Dr. Erik Schokkaert	Departement Economie, KU Leuven
Roos Wouters	Directeur huisartsenkring, wachtpost, coronaposten Oost-Brabant (Khobra vzw)
Dr. Sarah Missine	Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel- Hoofdstad
Prof. Dr. Jean Macq	Health System Research, UC Louvain
Prof. Dr. Bert Vaes, drs. Ine Van den Wyngaert	Huisartsgeneeskunde/Vaccinatiebarometer, KU Leuven

Tabel 1: geïnterviewde experten

In een face-to-face interview werden alle indicatoren overlopen en werd de experten gevraagd om de relevantie en de geschiktheid van elke indicator voor het gegeven doel te beoordelen. Er werd eveneens gevraagd naar ontbrekende of meer geschikte indicatoren. Ook werd gepeild naar de haalbaarheid om de indicatoren te verzamelen. Het resultaat hiervan is een **longlist** van mogelijke indicatoren die resp. de zorgvraag en het zorgaanbod in kaart brengen (bijlage 1).

In de interviews met de experten werd ook besproken welk **geografisch niveau** het meest relevant is voor het in kaart brengen van de zorgvraag. Experten raadden unaniem aan om hiervoor het wijkniveau te hanteren. Het gemeenteniveau of het niveau van de eerstelijnszone omvat een gebied dat te groot is om lokale verschillen in zorgvraag zichtbaar te maken (uitmiddeling van resultaten). Daarnaast is deze keuze ook vanuit pragmatisch oogpunt te verdedigen. Om de visualisatie van de verzamelde gegevens overzichtelijk en betekenisvol af te leveren, enerzijds is het minimaal detail van het wijkniveau wenselijk, en anderzijds ligt ook daar de begrenzing. Het zou praktisch moeilijker zijn om op meer gedetailleerd niveau (vb. statistische sector) alle data te verzamelen. Bovendien zou dit ten koste gaan van duidelijkheid in de visualisatie in kaarten. Een uitdaging hierbij bleek de afbakening van de wijken. In deze studie werd de wijkindeling gebruikt zoals die wordt gehanteerd in de databank provincies.in.cijfers.be. De indeling in wijken volgt hierbij een clustering van statistische sectoren (zie Hoofdstuk 4 voor een uitgebreide beschrijving). Deze kan afwijken van de ruimtelijke realiteit zoals die wordt ervaren door de inwoners (inwoners definiëren hun wijk volgens andere grenzen) en ze kan verschillen van de definiëring van wijken in andere datacollecties. De implicaties van deze keuze voor de resultaten van de dataverzameling komen verder aan bod bij het bespreken van de bevindingen in dit rapport.

De longlist bleek te uitgebreid voor verder gebruik en een verdere afbakening drong zich op. Eerst en vooral werden de indicatoren uit de longlist vergeleken met de kernindicatoren voorgesteld in het **rapport 'Kerncijfers voor de Eerstelijnszones (ELZ)'**. Dit rapport werd opgesteld om bij de start van de ELZ de zorgnoden binnen een ELZ in kaart te brengen. Het rapport bundelt kernindicatoren over verschillende thema's die relevant en beschikbaar zijn voor de eerstelijnszones: bevolking en huishoudens; socio-economische positie van de bevolking; sociaal wonen; onderwijs; zorg en gezondheid; en kansarmoede. Het beschrijft voor elk van de kernindicatoren in welke databank zij beschikbaar zijn, hoe deze tot stand gekomen zijn, wat de beperkingen zijn bij het gebruik van de data en stelt deze ter beschikking via provincies.incijfers.be. De thema's en kerncijfers uit dit rapport bleken in belangrijke mate te overlappen met de indicatoren uit de longlist. Op basis van deze oefening werden een aantal indicatoren in de longlist geschrapt of verfijnd. Ook beoordeelden de verschillende partners van het consortium (Domus Medica, VIVEL, Ugent) onafhankelijk van elkaar de relevantie van alle indicatoren in de longlist. In een consensusmeeting werden vervolgens alle indicatoren besproken en werd de longlist gereduceerd tot de **shortlist 1.0**. Deze is opgenomen in bijlage 2.

2 Werkpakket 2: Identificatie van bestaande databanken en verdere afbakening van de indicatorenset

Een volgende fase in dit project betrof het identificeren van databanken waarin data beschikbaar is m.b.t. de indicatoren uit de **shortlist 1.0**, het beschrijven van de kenmerken van die databanken, evenals de procedures voor data-extractie.

2.1 Methode

Voor verschillende indicatoren uit de shortlist 1.0 werd data gevonden in meerdere databanken. In dat geval was het vaak zo dat een indicator in de verschillende databanken op een verschillende manier werd geoperationaliseerd (bijv. voor de indicator etnisch-culturele diversiteit: huidige nationaliteit versus geboorte nationaliteit) of dat de informatie op een verschillend geografisch detail beschikbaar was (bijv. enkel beschikbaar op gemeenteniveau versus beschikbaar op niveau statistische sector). Voor elke indicator in de shortlist 1.0 werd beschreven in welke databank(en) informatie beschikbaar was, op welke manier de indicator werd geoperationaliseerd, op welk niveau de data beschikbaar was, en eventueel voor welke periode. Dit overzicht werd opnieuw voorgelegd aan een breed panel van experts met de vraag om de indicatorenset verder in te korten. Concreet werden volgende experts geraadpleegd: de gebruikersgroep 'Data en Dashboard' en de werkgroep 'Omgevingsanalyse' van VIVEL, bijkomende interviews met de experts die ook in voorgaande stap werden betrokken (zie tabel 1), en domeinexperts verbonden aan Domus Medica. Op basis van hun input werden de indicatoren verder geselecteerd en werd voor elke indicator de meest gepaste operationalisatie bepaald. Deze finale lijst van indicatoren, de zgn. "**shortlist 2.0**", vormde de basis voor de ontwikkeling van de kaarten in werkpakket 4 (zie hoofdstuk 6). In bijlage 3 & 4 is de shortlist 2.0 opgenomen, alsook informatie over de databank waarin informatie mbt de indicator beschikbaar is, en de voorgestelde operationalisering van de indicator. Indien voor een indicator geen data beschikbaar is in bestaande databanken (en er dus primaire dataverzameling nodig is), wordt dit vermeld.

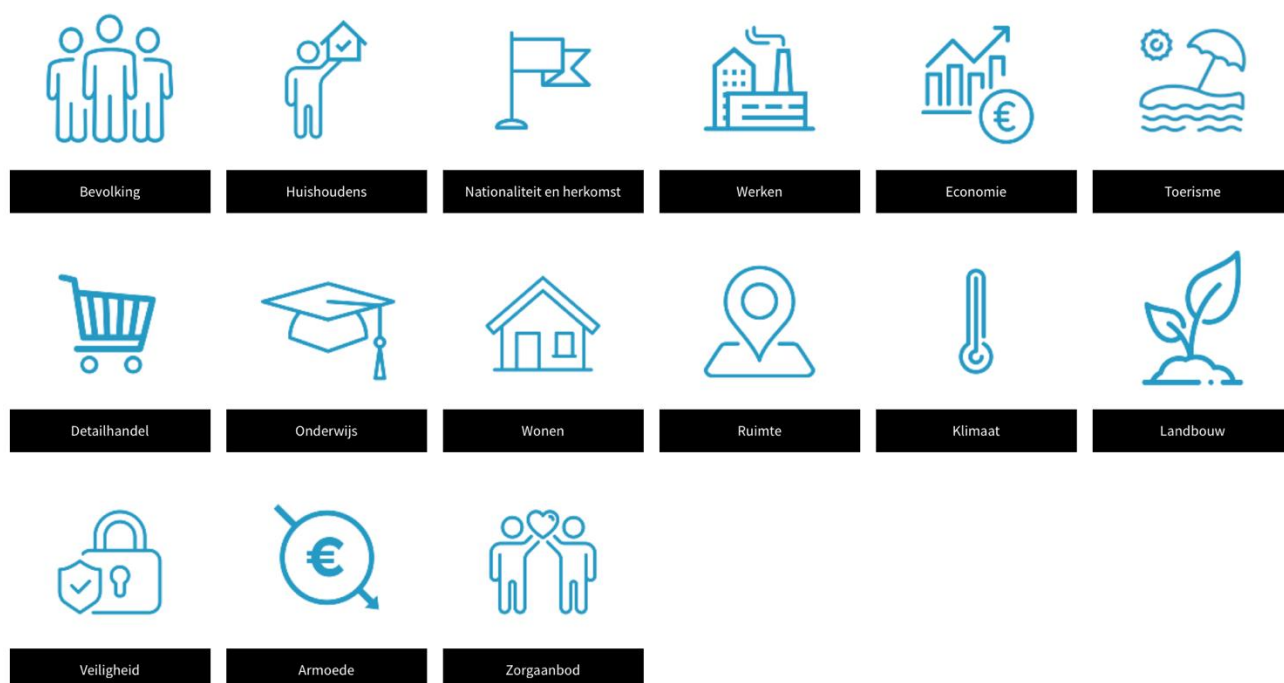
2.2 Relevante databanken

Voor de doelstelling van dit project bleken de databanken van provincies.incijfers.be, het Intermutualistisch Agentschap (IMA), Permamed, en de Stadsmonitor het meest bruikbaar. Hieronder beschrijven we deze databanken in detail.

2.2.1 Provincies.incijfers.be

Beschrijving

Provincies.incijfers.be is een website die tot stand kwam door een samenwerking tussen de diensten Data & Analyse van de vijf Vlaamse provincies. De diensten Data & Analyse bouwen, in samenwerking met en op vraag van andere provinciale diensten, externe partners (zoals het Kenniscentrum Vlaamse Steden) en lokale besturen, het fundamentele aanbod van kerncijfers en (kant-en-klare) rapporten voortdurend uit via provincies.incijfers.be. **De kerncijfers** die provincies.incijfers.be ter beschikking stelt, zijn onderverdeeld in verschillende thema's (bijv. bevolking, huishoudens, nationaliteit en herkomst, onderwijs etc.), worden op een visuele manier weergegeven (figuur 3) en kunnen opgevraagd worden voor één of meer gebieden (gemeenten of provincies) naar keuze.



Figuur 3: provincies.incijfers.be - Thema's kerncijfers

De databank presenteert een aantal kant-en-klare rapporten per gemeente rond specifieke onderwerpen zoals nationaliteit of sociaaleconomische status. Daarnaast is het ook mogelijk om als externe gebruiker de cijfers in de databank te raadplegen. Over tal van onderwerpen, voor verschillende jaren en voor verschillende gebiedsniveaus (van statistische sectoren tot en met gewest) kunnen cijfers opgevraagd worden. Deze kunnen vervolgens gepresenteerd worden als tabellen, grafieken en kaarten. De opgevraagde cijfers kunnen gedeeld worden via verschillende kanalen en in verschillende bestandsformaten aangeleverd worden. Het opzoeken van cijfers in de databank wordt ondersteund a.d.h.v. instructiefilmpjes op de website. Er is ook een uitgebreide handleiding voorzien en een live chat functie, waarin hulp gevraagd kan worden bij het raadplegen van de databank en het presenteren van de beschikbare data. De periode die de databank bestrijkt, verschilt per indicator. Voor bepaalde indicatoren zoals de bevolkingsdata gaat dit terug tot 1990, maar voor heel wat indicatoren zijn er slechts sinds een paar jaar gegevens beschikbaar. Deze informatie is per indicator beschikbaar op de website.

In provincies.incijfers.be wordt data samengebracht uit verschillende bronnen. Dit brengt een aantal restricties met zich mee (hieronder beschreven bij de voor- en nadelen). Mede daarom is het belangrijk dat bij gebruik van de data de

uitgebreide metadatafiches raadpleegd worden die bij elke databron horen. Die metadatafiches geven tekst en uitleg bij de cijfers, hoe ze verzameld en berekend worden en wat ze precies in kaart brengen.

Procedure voor data-extractie

De databank is volledig beschikbaar via de website. De gewenste data kan worden opgezocht in de zoekbalk en vervolgens worden aangevinkt om zo in een tabel op de website te worden voorgesteld. Er kan gekozen worden op welke ruimtelijke resolutie (het geografisch niveau) deze data moet worden gerapporteerd, gaande van het statistische sectorniveau tot het niveau van het gewest. Op het laagste niveau (statistische sector) is de data niet altijd voor handen, soms start dit pas vanaf het gemeenteniveau. Nadat de gewenste data is aangevinkt, kan de resulterende tabel worden gedownload van de website in meerdere bestandsformaten. Hierbij zijn er in totaal negen opties, waaronder Microsoft Excel, komma-gescheiden bestand (csv), Microsoft Word en pdf. Eens de tabel is gedownload, kan de data in andere softwareprogramma's worden geïmputeerd.

Voor- en nadelen

- Provincies.incijfers.be omvat een uitgebreide databank, waar cijfergegevens over verschillende thema's, over de jaren heen en voor verschillende geografische niveaus (van statistische sectoren tot gewesten), opgevraagd kan worden.
- Er zijn kant-en-klare rapporten beschikbaar binnen bepaalde thema's, maar de gebruiker kan ook zelf cijfermateriaal raadplegen in de databank.
- De cijfergegevens kunnen opgevraagd worden als tabellen, grafieken en kaarten, kunnen geëxporteerd worden in verschillende bestandsformaten (bijv. csv, ods, pdf, xlsx, docx, xml, etc.) en kunnen gedeeld worden via verschillende kanalen (bijv. Facebook, Twitter en LinkedIn).
- De website voorziet verschillende bronnen voor technische ondersteuning bij de raadpleging van cijfers (instructiefilmpjes, een handleiding, een chatfunctie).
- Voor nog meer doorgedreven gebruik zijn er services beschikbaar zoals bulk-download en continue synchronisatie.
- Door het samenbrengen van diverse bronnen in de databank, is er nood aan harmonisering. Heel wat bronnen zijn gebaseerd op een momentopname rond nieuwjaar. In de helft van de gevallen beschouwen die bronnen dat als 31 december, in de andere helft als 1 januari. De keuze werd gemaakt om deze steeds weer te geven alsof het om 1 januari gaat. Daarom kan het zijn dat er bij de oorspronkelijke bronnen een ander jaartal zichtbaar is voor dezelfde data.
- Elke bron heeft haar inhoudelijke en technische beperkingen. Om een voorbeeld te geven: in het cijfer 'aantal inwoners van een gemeente' zitten dak- en thuislozen niet vervat.
- Sommige data betreffen registratiedata voor de volledige bevolking. Andere data komen uit bevragingen, waarbij moet rekening gehouden worden met een foutenmarge, of betreffen modellen met assumpties.
- Tot op heden is er geen duidelijkheid wat betreft de hergebruiksvoorwaarden van de data. Op dit moment geldt dat de data gratis hergebruikt mag worden voor alle doelstellingen op voorwaarde dat de bron steeds vermeld wordt. Er kan contact opgenomen worden met Data & Analyse voor het bekomen van informatie over de licentie per databron.

2.2.2 IMA

Het Intermutualistisch Agentschap (IMA) is een data-expertisecentrum dat is opgericht eind 2002 en gezondheidsdata aangeleverd door de ziekenfondsen, beheert.

De IMA-databanken vormen op de toegangspoort tot gegevens van de ziekenfondsen voor zowel onderzoek als beleid. Deze databanken omvatten zowel demografische-, socio-economische-, als facturatiegegevens van de terugbetaalde gezondheidszorgen en geneesmiddelen van alle inwoners aangesloten bij één van de zeven Belgische ziekteverzekeringen. Het aansluiten bij één van deze zeven ziekteverzekeringen is wettelijk verplicht voor alle inwoners in België waardoor de IMA-databanken data bevatten van bijna de volledige Belgische bevolking. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de

databank 'populatie' die demografische en socio-economische gegevens omvat, de databank 'Gezondheidszorgen' die gegevens over de terugbetaalde gezondheidszorg bevat, en de databank 'Farmanet' die gegevens over de terugbetaalde geneesmiddelen omvat.

Het IMA biedt verschillende diensten aan zoals het ter beschikking stellen van ruwe, anonieme facturatiegegevens; verwerkte bestanden; en anonieme resultaatsbestanden; maar ook het uitvoeren van analyses op de ruwe data. Het IMA streeft naar een efficiënt gebruik van haar data voor beleid en onderzoek, met respect voor de privacy en de veiligheid van de gegevens. Persoonsgegevens zoals voor- en/of achternaam of het adres van de leden van de ziekenfondsen zijn niet opgenomen in de databanken van het IMA. De missie en doelstellingen van het IMA bepalen het kader waarbinnen projecten en opdrachten worden uitgevoerd.

2.2.3 IMA-Atlas

Beschrijving

Via de IMA-Atlas biedt het IMA aan een breed publiek een bron van open data met statistieken en gezondheidsindicatoren vrij aan. De IMA-atlas omvat indicatoren rond socio-demografische kenmerken en het gebruik van gezondheidszorgen en zijn onderverdeeld onder 8 thema's: Demografie en sociale rechten, Zorggebruik, Gezondheidsaanbod, Financiële toegankelijkheid, Gezondheidstoestand bij Proxy, Doelgroepen zorg, Geneesmiddelengebruik, en Preventie. Per thema werd door het IMA een selectie van indicatoren gemaakt die nuttig zijn voor beleidsmakers, onderzoekers, zorgverstrekkers en patiënten. Jaarlijks worden nieuwe indicatoren toegevoegd aan de IMA Atlas. Externen kunnen aanbevelingen doorgeven aan het IMA voor nieuwe op te nemen indicatoren. Dit kan mogelijk zinvol zijn in het kader van deze oefening rond het in kaart brengen van de toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde.

De IMA-atlas verleent toegang tot data op verschillende geografische niveaus. Indien statistisch relevant worden indicatoren tot op niveau van wijk en statistische sector berekend. Er kan per indicator gekozen worden tussen verschillende niveaus: België, Gewest, Provincie, Arrondissement en Gemeente. In de toekomst zal ook het niveau ELZ beschikbaar worden. Omwille van privacy worden sommige indicatoren niet weergegeven tot op dit detailniveau. Bij de gebieden België, Gewest, Provincie, Arrondissement is het mogelijk om uit te splitsen tot op gemeente. Uitsplitsen van bijvoorbeeld alle arrondissementen tot op gemeenten is echter af te raden als de data in tabelvorm zal gebruikt worden. De tabel wordt namelijk gesorteerd per gemeente en niet per arrondissement. Bij selectie van het gebied 'Gemeente' is uitsplitsing tot 'Wijk' van een willekeurige selectie binnen de gemeente mogelijk en bij t.e.m. 20 geselecteerde gemeenten zelfs de uitsplitsing naar 'Wijk' of 'Statische sector'. Tot slot kan het gekozen gebied vergeleken worden met de waarden van de stad Brussel algemeen en eventueel met de waarden van ruimere gebiedsniveaus waartoe het gekozen gebied behoort.

De raadpleging van de IMA-Atlas wordt op verschillende manieren begeleid en ondersteund op de website. Er zijn instructies beschikbaar die snel kunnen ingezet worden voor assistentie bij de eerste kennismaking met de databank. Via een hulpfunctie wordt het zoekproces stap voor stap begeleid. Daarnaast is er ook een omvangrijke handleiding voorzien, die alle mogelijkheden in detail bespreekt. Voor verdere vragen kan bovendien contact opgenomen worden met het IMA via volgende link: <https://ima-aim.be/Contact-143>.

Om meer te weten over het gekozen onderwerp en de bron waarvan dit onderwerp afkomstig is, zijn de Metadatafiches nodig. Deze zijn eenvoudig te consulteren per onderwerp en bieden ook informatie over de geografische niveaus.

Procedure voor data-extractie

De procedure voor de extractie van data van de IMA-Atlas is volledig identiek aan deze van Provincie in Cijfers. Beide website gebruiken dezelfde soort databank, waarop dezelfde handelingen kunnen worden uitgevoerd (zie dus "Procedure voor data-extractie – Provincie.incijfers.be").

Voor- en nadelen

- De beschikbare indicatoren en bijhorende cijfergegevens uit de IMA-atlas kunnen vrij geraadpleegd worden via <http://atlas.ima-aim.be>, die grotendeels beschikbaar zijn tot op het geografische niveau van wijk en statistische sector (indien deze als statistische relevant gezien worden door het IMA en geen inbreuk vormen op de privacy).
- De IMA-Atlas voorziet ondersteuning voor het raadplegen van de databank en er kan ook contact opgenomen worden in geval van bijkomende vragen of onduidelijkheden.
- Cijfergegevens uit de IMA-atlas kunnen opgevraagd worden als tabellen, grafieken (bijv. taartgrafiek, lijngrafiek, vlakgrafiek, scatterplot, radar) diagrammen (bijv. staafdiagram, stapeldiagram, puntdiagram, stroomdiagram, blokkendiagram) en kaarten.
- Deze cijfergegevens kunnen worden opgeslagen, afgedrukt of geëxporteerd in verschillende bestandsformaten (bijv. xml) en kunnen gedeeld worden via verschillende kanalen (bijv. Facebook).
- Het gekozen gebied kan vergeleken worden met de waarden van ruimere gebiedsniveaus waartoe het gekozen gebied behoort.
- Verder biedt de IMA-atlas ook de mogelijkheid om zelf aan de slag te gaan met de cijfergegevens en een aantal bewerkingen (bijv. percentages, groeicijfers, Z-scores) te berekenen.

Bij het interpreteren van de cijfergegevens uit de IMA-Atlas is voorzichtigheid geboden:

- De IMA-Atlas bevat cijfergegevens voor alle personen die recht hebben op terugbetaling uit de verplichte ziekteverzekering met een domicilie in België. De getelde personen in de IMA Atlas verschillen daardoor van de huidige bevolkingscijfers. De getelde personen voor de IMA Atlas zijn alle personen die tijdens het jaar leefden, inclusief nieuwgeborenen, overleden personen, en migranten waarvan de laatst gekende situatie tijdens het desbetreffende jaar was dat ze een domicilie hadden in België en aangesloten waren bij de verplichte ziekteverzekering. Deze populatie rechthebbenden komt in 2020 voor 98,0% overeen met de populatie op basis van het Rijksregister. Voor Brussel en grensgemeenten moet er rekening gehouden worden met kleine verschillen.
- Conform de privacywetgeving, worden cijfers met betrekking tot vijf personen of minder verborgen. Dit biedt echter geen bescherming tegen verkeerde interpretaties. Indien cijfers geraadpleegd worden voor geografische eenheden met een klein aantal inwoners, moet extra voorzichtig worden omgegaan met de interpretatie ervan.

2.2.4 IMA – Permanente steekproef

Beschrijving

De permanente steekproef (EPS) is een longitudinale dataset van het IMA die de indicatoren en bijhorende cijfergegevens uit de databanken Populatie, Gezondheidszorgen, Farmanet en Hospitalisatie omvat (datasets beschikbaar per kalenderjaar). De EPS bevat gegevens van een steekproef van 1 op 40 verzekerden en een bijkomende steekproef van 1 op de 40 verzekerden van 65 jaar of ouder (oversampling). In 2019 telt de eerste ongeveer 285.000 personen en de tweede ongeveer 56.000. De steekproef is gestratificeerd naar leeftijd en geslacht. Binnen elk stratum is de trekking willekeurig. De steekproef is willekeurig, gestratificeerd naar leeftijd en geslacht en gebeurt op basis van ofwel het Rijkregisternummer, ofwel het BIS-nummer (voor personen die niet zijn opgenomen in het Rijksregister). Voor elk referentiejaar wordt de steekproef aangevuld met nieuwe personen om de verhouding van 1 op de 40 per stratum te behouden. De EPS-gegevens zijn beschikbaar in afzonderlijke datasets per kalenderjaar Y. De populatiegegevens komen overeen met de eerste versie (vs1) van de dataset Populatie van jaar Y. De gegevens uit Gezondheidszorgen en Farmanet hebben betrekking op de zorgprestaties of geneesmiddelen die verstrekt werden in de loop van jaar Y. De hospitalisatiegegevens zijn eveneens gebaseerd op zorgprestaties uit de dataset Gezondheidszorgen verstrekt in jaar Y. De EPS-databank wordt jaarlijks bijgewerkt. De geactualiseerde gegevens van de jaren 2002 tot en met Y worden beschikbaar gesteld in februari van jaar Y+2. De jaarlijkse bijwerking van de databank gebeurt als volgt: de onbewerkte gegevens worden rechtstreeks geïmporteerd uit de brondatabanken. Vervolgens worden afgeleide variabelen berekend. De gegevens worden jaarlijks herberekend voor alle voorgaande jaren vanaf 2002, en dit op basis van de meest recente referentiebestanden die jaarlijks wijzigingen ondergaan. Bij elke update wordt een nieuw versienummer toegekend aan de EPS-dataset.

Procedure voor data-extractie

Er kunnen door externen analyses uitgevoerd worden op de cijfergegevens van het IMA. Meer bepaald kunnen ruwe microdata of afgeleide data op persoonsniveau aangevraagd worden. Enkel relevante data (subset van de IMA-databanken) voor eigen onderzoek kan ter beschikking gesteld worden.

De **ruwe microdata** betreffen gepseudonomiseerde data op persoonsniveau. Aangezien de cijfergegevens van het IMA op persoonsgegevens betrekking hebben, dient hiervoor steeds toestemming gevraagd te worden aan het Informatieveiligheidscomité van het IMA. Gegevensverwerking dient ook steeds te gebeuren onder het toezicht en de verantwoordelijkheid van een arts. IMA-medewerkers bieden volgende dienstverlening aan:

- Intakegesprek met uitleg over de procedures, mogelijkheden en limieten van de IMA-data. Op basis van de onderzoeksvraag doen de IMA-medewerkers suggesties met betrekking tot een optimaal gebruik van de IMA-databanken.
- Als de IMA-data gekoppeld moeten worden met andere databronnen worden andere partners betrokken bij het overleg.
- Begeleiding bij de aanvraagprocedure: welke subsets van de databanken zijn er nodig? Welke variabelen zijn noodzakelijk om de onderzoeksvraag te beantwoorden?
- Ondersteuning bij het schrijven van de machtigingsaanvraag voor het Informatieveiligheidscomité.
- Uittekenen van het datatraject voor koppeling met andere databronnen met de noodzakelijke toelichting.
- Coördinatie en operationeel uitvoeren van het datatraject in samenwerking met de betrokken partners voor andere databronnen.
- Selectie van de gegevens uit de IMA-databanken.
- Ter beschikking stellen van de gegevens (gekoppeld indien van toepassing) via een beveiligde VPN-verbinding.
- Ter beschikking stellen van gestandaardiseerde procedures of macro's en actuele referentiebestanden (codetabellen, aggregatietabellen, conversietabellen...).
- Begeleiding tijdens de analyse van de data: onderzoekers kunnen met hun vragen terecht bij IMA-analisten en experts.
- Validatie van interpretatie van de resultaten.

Sommige cijfergegevens zijn niet rechtstreeks beschikbaar in één van de databanken van het IMA, maar kunnen er wel uit afgeleid worden zoals bijvoorbeeld het aantal contacten met een huisarts, de ligduur bij een bevalling, of het chronisch gebruik van antidepressiva. Deze **afgeleide data op persoonsniveau** kunnen, indien gewenst, door IMA-medewerkers geconstrueerd worden. IMA-medewerkers bieden hiervoor volgende dienstverlening aan:

- Ondersteuning voor gebruikers: intakegesprek, hulp bij de procedures, overleg, etc..
- Ontwikkelen van algoritmes voor de afgeleide data: om correcte informatie te garanderen worden deze algoritmes opgesteld in overleg met gezondheidsexperts van de verzekeringsinstellingen, op basis van eigen expertise verworven in andere studies, of op basis van eigen onderzoek.
- Valideren van de definities in overleg met de gebruiker.
- Creëren van patiëntenbestanden voor de gewenste populaties en periodes.
- Creëren van metadata voor de nieuwe variabelen: definities, concrete uitwerking, toelichting.
- Ter beschikking stellen van de gegevens via een beveiligde VPN-verbinding.
- Begeleiding tijdens de analyse van de data: onderzoekers kunnen met hun vragen terecht bij IMA-analisten en experts.
- Valideren van de interpretatie van de resultaten.

De (micro)data van het IMA worden via een beveiligde internetverbinding beschikbaar gesteld (Remote Access – via een persoonsgebonden token) zodat eigen onderzoek op deze cijfergegevens uitgevoerd kan worden. Dit gebeurt in een beveiligde en afgeschermd werkomgeving waarin tussentijdse bestanden, syntaxen en output opgeslaan kunnen worden. Alle microdata dienen binnen de beveiligde omgeving van het IMA te blijven. Anonieme resultaatsbestanden mogen de beveiligde omgeving wel verlaten.

De kosten voor microdata-onderzoek zijn vooral afhankelijk van de complexiteit, de gevraagde ondersteuning van de IMA-medewerkers en de duur van het project. Het aantal effectief noodzakelijke werkdagen bepaalt de kostprijs voor statistieken, tabellen of afgewerkte rapporten. Als IMA de vraag kan beantwoorden op basis van de Permanente Steekproef blijft het aantal werkdagen meestal beperkt (1-3 dagen).

Wanneer toegang tot gecodeerde individuele data (microdata) gewenst is, dan bedraagt de forfaitaire bijdrage in de kosten 4.660 euro. Volgende kosten zijn inbegrepen in de forfaitaire bijdrage:

- De werkuren nodig voor de opstart van een project zoals vergaderingen, methodologische verfijning, advies i.v.m. specificiteit van de facturatedatabanken, uitwerken van datatrajecten met koppelingsprocedures, advies bij schrijven van de machtigingsaanvraag voor het Informatieveiligheidscomité en finaal nazicht.
- De werkuren voor het klaarzetten van de data: selectie van de projectdata, opvolgen van koppelings- en coderingstrajecten.
- Projectgebonden dienstverlening van de Trusted Third Party van het IMA.
- Ter beschikking stelling van de projectdata op de beveiligde omgeving van het IMA met VPN-toegang.

Naast de forfaitaire bijdrage komen de effectief gepresteerde werkdagen. Deze zijn afhankelijk van de projectduur, de gewenste ondersteuning van de IMA-medewerkers en de complexiteit van de gevraagde datamanipulaties (bijv. het voorbereiden van afgewerkte analysevariabelen). Zodra een projectfiche of machtigingsaanvraag voldoende in detail is uitgewerkt, kan het IMA een kostenraming opstellen. Het huidige dagtarief voor een analist van het IMA (2022) bedraagt € 650. Het huidige (2022) dagtarief voor een medisch expert van het IMA bedraagt € 1156.

Voor- en nadelen

- Er kan zelf onderzoek uitgevoerd worden met de cijfergegevens van het IMA.
- Sommige cijfergegevens zijn niet rechtstreeks beschikbaar in één van de databanken van het IMA, maar kunnen er wel uit afgeleid worden zoals bijvoorbeeld het aantal contacten met een huisarts, de ligduur bij een bevalling, of het chronisch gebruik van antidepressiva.
- (Hoge) kostprijs.
- Alle microdata dienen binnen de beveiligde omgeving van het IMA te blijven. Anonieme resultaatsbestanden mogen de beveiligde omgeving wel verlaten.

2.2.5 Permamed

Beschrijving

Permamed is een softwareprogramma dat in eerste instantie werd ontwikkeld om huisartsenkringen ondersteuning te bieden bij het organiseren van de wachtdienst- en/of permanentieregeling. Elke kring heeft zijn aparte databank die elektronisch raadpleegbaar is voor de betrokken artsen. Het systeem bestaat uit verschillende modules. De voornaamste modules zijn: wachtroosters, online kalenders, beheer leden, analyse tools, online desiderata, wachtwissels, onthaal, communicatie, verdelen, herinnering, medega (toekennen wachtdienstvergoeding) en uitwisseling data. De artsen zien er onder andere hun eigen wachtrekening en de volledige kalender van wachtdiensten. Er is voor hen ook beperkte informatie beschikbaar voor het raadplegen van collega's. De leden beheren de eigen informatie (gegevens zoals het rekeningnummer) aangezien dit van belang is voor de uitbetaling van honoraria en de beschikbaarheidsvergoeding. De beheerders hebben toegang tot alle informatie (bijv. gegevens fiscale fiche).

Procedure voor data-extractie

Tot op heden is het niet mogelijk voor externen om gegevens te extraheren vanuit Permamed. De gegevens beschikbaar in Permamed zijn eigendom van desbetreffende huisartsenkring(en) die gebruik maakt/maken van de software.

Voor- en nadelen

- Permamed biedt de mogelijkheid om het ledenbestand van de huisartsenkring centraal te beheren. Dit wil zeggen dat onder andere persoonlijke gegevens van de huisarts(en), desiderata (bijv. (zwangerschaps)verlof, vrijstellingen) up-to-date gehouden kunnen worden in deze centrale databank. Dit zorgt ervoor dat, indien

Permamed correct, consistent en op regelmatige basis ingevuld wordt door de huisarts(en), hier steeds de meest up-to-date gegevens over de arts en de praktijk online beschikbaar zijn, met toegang voor de artsen en de beheerders van de huisartsenkring zoals hierboven beschreven.

- Ook persoonsgegevens van andere teamleden in de praktijk zoals verantwoordelijken en/of het onthaalpersoneel kunnen worden bijgehouden in Permamed.
- Permamed is generiek opgebouwd waardoor eventuele basic aanpassingen eenvoudig kunnen worden aangepast in het systeem door de huisarts en/of huisartsenkring(en) zonder tussenkomst van de ontwikkelaar.
- Permamed beschikt ook over verschillende communicatietools zoals contactformulieren, ledenbevragingen via polls, mailing, etc. en is een platform waar documenten zoals bijv. belangrijke verslagen beschikbaar gemaakt kunnen worden voor de huisarts en/of verantwoordelijk(en) van de huisartsenkring(en). Dit zorgt ervoor dat Permamed een interessante databank is waar relevante cijfergegevens rond het aanbod van huisartsen in raadpleegbaar zijn.
- Daarnaast bieden de verschillende tools voor communicatie interessante mogelijkheden voor het verzamelen van bijkomende cijfergegevens en/of het verspreiden van informatie en/of resultaten.

2.2.6 Stadsmonitor

Beschrijving

De Gemeente-Stadsmonitor is een databank van de Vlaamse overheid met meer dan 300 indicatoren, verspreid over 13 beleidsrelevante thema's. De gegevens zijn vrij toegankelijk en kunnen vlot geëxtraheerd worden. Het PDF-rapport 'Jouw gemeentescan' brengt de brede omgeving van een gemeente in beeld aan de hand van 178 kernindicatoren. Naast het uitgebreide rapport met grafieken en kaarten is er ook een samenvattend rapport beschikbaar. De gekozen gemeente wordt standaard vergeleken met het Vlaamse Gewest. De interactieve toepassing laat toe om te vergelijken met om het even welke benchmark. De indicatoren uit de burgerbevraging Gemeente-Stadsmonitor worden driejaarlijks geactualiseerd en zijn voor het laatst gepubliceerd in juni 2021. De indicatoren uit centrale databanken krijgen in principe jaarlijks een update.

Procedure voor data-extractie

De procedure voor de data-extractie uit de databank Gemeente-Stadmonitor is erg toegankelijk. Nadat de webpagina, die de data van de gewenste indicator bevat, geopend is, verschijnt onderaan de webpagina een link waarmee de dataset in Excel-formaat gedownload kan worden.

Voor- en nadelen

- De rapporten worden regelmatig geactualiseerd. De cijfers worden up-to-date gehouden op basis van de publicatiekalender, die aangeeft wanneer we een update voor een indicator ontvangen van onze bronleveranciers.
- De gegevens zijn vrij toegankelijk en kunnen vlot geëxtraheerd worden.
- Er is een interactieve toepassing beschikbaar.

2.3 Toepassing: data-extractie voor twee Vlaamse testregio's

Selectie van testregio's

De data-extractie uit bestaande databanken werd toegepast voor twee testregio's. In deze oefening werd ervoor gekozen om de regio af te bakenen volgens de regio van huisartsenkringen. Deze keuze lag voor de hand omdat in de regio's ook primaire data werd verzameld (zie verder) en hierin bleek de huisartsenkring een erg belangrijke partner.

Om de testregio's te selecteren werden een aantal criteria gehanteerd:

- De huisartsenkring is gemotiveerd tot deelname aan deze testfase en is bereid om zich actief in te zetten voor het verzamelen van data en het uittesten van de ontwikkelde methodiek.
- De twee huisartsenkringen liggen verspreid in Vlaanderen.
- De twee huisartsenkringen zijn niet gelegen in een grootstedelijke context .

Dit leidde tot de selectie van de werkingsgebieden van Huisartsenvereniging regio Turnhout en van Huisartsenkring IJzerstreek en Westkust, hieronder afgebeeld (figuren 4 en 5).



Figuur 4: Werkingsgebied Huisartsenvereniging regio Turnhout



Figuur 5: Werkingsgebied Huisartsenvereniging IJzerstreek (groen) en Westkust (blauw)

Data-extractie voor de testregio's

Voor het in kaart brengen van de zorgvraag in de twee geselecteerde Vlaamse testregio's werden data geëxtraheerd uit de databanken provincies.incijfers.be, de IMA-atlas en de Stadsmonitor. De cijfergegevens werden geëxtraheerd naar een .xlsx format en nadien geïntegreerd in de interactieve kaarten.

3 Werkpakket 3: Aanvullende primaire dataverzameling in twee test-regio's

Voor het in kaart brengen van de zorgvraag konden voor alle indicatoren uit de shortlist 2.0 gegevens worden gevonden in de bestaande databanken. Echter, voor het in kaart brengen van het zorgaanbod bleken bestaande databanken ontoereikend: ofwel zijn de gegevens onbetrouwbaar en niet up-to-date (bijv. RIZIV lijst met adresgegevens van alle huisartsen in Vlaanderen), ofwel zijn de gegevens onbestaande (bijv. teamsamenstelling in praktijken) of niet toegankelijk (bijv. zorgnetwerk). Deze moeten daarom bijkomend verzameld worden ahv primaire dataverzameling. Hiervoor werd een methodiek ontwikkeld. Om inzicht te krijgen in de haalbaarheid van het verzamelen van bijkomende data op regionaal niveau, de aanvaardbaarheid van de ontwikkelde vragenlijst en de kwaliteit van de gegevens, werd een dataverzameling in de twee testregio's opgezet, met name Huisartsenvereniging regio Turnhout en Huisartsenkring IJzerstreek en Westkust.

3.1 Uitwerking van de methodiek voor primaire dataverzameling

3.1.1 Ontwikkeling van een vragenlijst

Voor het bijkomend verzamelen van cijfergegevens rond het zorgaanbod werd een **vragenlijst ontwikkeld** die kan worden ingezet voor dataverzameling in huisartsenpraktijken. Het team van UGent ontwikkelde een eerste versie ervan op basis van de shortlist 2.0, en die werd nagekeken door de teams van Domus Medica en VIVEL. De vragenlijst werd vervolgens voorgelegd aan een aantal huisartsen a.d.h.v. **cognitieve interviews**. De cognitieve interviewmethode geeft inzicht in de conceptuele equivalentie van instrumenten (Barofsky, 2000). Met conceptuele equivalentie wordt bedoeld dat informatie zoals weergegeven in items of instructieteksten op dezelfde manier geïnterpreteerd worden door de respondenten als door de onderzoekers. Op basis van de uitkomsten van de cognitieve interviewmethode kunnen items of instructieteksten gereviseerd worden of nieuwe items ontwikkeld worden zodat deze beter geschikt zijn voor gebruik in de praktijk. De cognitieve interviews leidden in deze studie tot een aantal mineure herwerkingen in bewoording, structuur en introductietekst. Ten slotte werd de herwerkte vragenlijst voorgelegd aan de Huisartsenvereniging regio Turnhout en aan Huisartsenkring IJzerstreek en Westkust voor **feedback**.

Initieel was het plan om een deel van de gegevens op te vragen via **Permamed**. Echter, omwille van de beperkingen van Permamed (supra) werd er toch voor gekozen om alle data via de vragenlijst te verzamelen.

De te bevragen indicatoren kunnen onderverdeeld worden in twee niveaus: (1) indicatoren die betrekking hebben op de huisartspraktijk (**praktijkniveau**) en (2) indicatoren m.b.t. elke individuele huisarts in de praktijk (**individueel huisartsniveau**). Het gedeelte in de vragenlijst over de praktijk diende slechts door 1 praktijkmedewerker (al dan niet een huisarts te worden ingevuld).

De vragenlijst werd op vraag van de Huisartsenvereniging regio Turnhout en Huisartsenkring IJzerstreek en Westkust aangevuld met een aantal vragen ifv een reeds eerder geplande bevraging. Deze vragen zijn opgenomen in de finale vragenlijst, maar werden in deze studie niet verwerkt.

3.1.2 GDPR en privacy

Voor het verzamelen van bijkomende data aan de hand van de nieuw ontwikkelde methodiek in de twee testregio's werd samengewerkt met de Data Protection Officer (DPO) van de Universiteit Gent. In deze dataverzameling traden de huisartsenkringen op als de verwerkingsverantwoordelijke en de Universiteit Gent als de verwerker. Een verwerkingsovereenkomst tussen de Universiteit Gent en de twee huisartsenkringen in de testregio's regelde de transfer van data. De belangrijkste rationale voor deze keuze lag in de korte looptijd van dit project waarbinnen het uitwerken van een GDPR conforme procedure voor dataverzameling door de Universiteit Gent en het bekomen van de nodige goedkeuringen voor dataverzameling onmogelijk was. Een dataverzameling door de huisartsenkringen kon snel worden opgezet gezien er reeds een wettelijke grond voor dataverzameling (BVR) beschikbaar is waarop deze dataverzameling bij de huisartsen kon worden gebaseerd. Dit betekende wel dat de huisartsenkringen eigenaar blijven van de verzamelde data en de Universiteit Gent enkel in hun opdracht de data kan verwerken.

De huisartsen gaven toestemming voor hun deelname aan het onderzoek via een geïnformeerde toestemming. Wat het delen van gegevens betreft werd dit als volgt beschreven:

"Uw huisartsenkring is de eigenaar van de verzamelde persoonsgegevens en heeft toegang tot alle verzamelde gegevens. De huisartsenkring treedt op als Verwerkingsverantwoordelijke. UGent, de Verwerker, zal de persoonsgegevens, aangeleverd door de huisartsenkring, verwerken tot interactieve kaarten. Op deze kaarten zullen de volgende persoonsgegevens zichtbaar zijn: uw praktijkadres aangeduid als een punt op een kaart (niet het volledige adres), uw geslacht, en uw leeftijdscategorie (uitgedrukt in categorieën van 10 jaar + uitgedrukt als <50 jaar, 50-60 jaar, 60-65 jaar, 65-70 jaar, > 70 jaar). Deze persoonsgegevens kunnen niet worden gepseudonimiseerd of geanonimiseerd bij de verwerking. Indien dit wel zou gebeuren, zou het niet mogelijk zijn de interactieve kaarten in zijn volledigheid te ontwikkelen. Op de kaart zullen mogelijks ook praktijkgegevens zichtbaar zijn: praktijkvorm (solo, duo, groep), betalingssysteem (forfaitair/betaling per prestatie), grootte van de huisartsenpraktijk (uitgedrukt in categorieën van 1000 patiënten met een GMD/forfaitpatiënten), al dan niet een patiëntenstop, samenstelling van het praktijkteam, beschikbare uren patiëntencontact, afspraakstelsel, huisartspraktijknetwerken, zorgcontinuïteit. De interactieve kaart blijft eigendom van de huisartsenkring die deze kunnen gebruiken voor het analyseren en het verhogen van de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in de regio. De data kunnen ook verwerkt worden in tabellen die de verzamelde gegevens uitdrukken op het niveau van de regio bijv. x% van de huisartsen in de regio plant om binnen de 5 jaar op pensioen te gaan. Hierbij worden de gegevens geaggregeerd en is een identificatie van uzelf als persoon of van de praktijk niet langer mogelijk. De tabellen en kaart kunnen worden opgenomen in de eindrapportage naar het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid."

3.2 Dataverzameling in twee testregio's

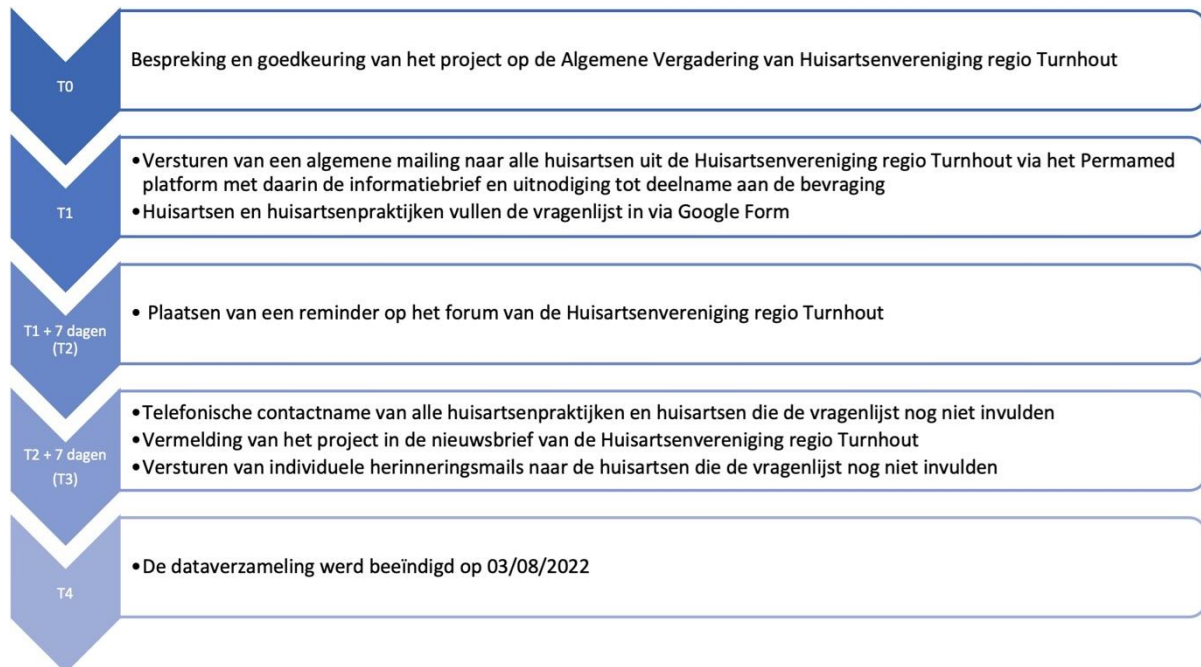
De huisartsenkringen stonden zelfstandig in voor de contactname met zowel de praktijken (voor het bevragen van de indicatoren op praktijkniveau), als de huisartsen (voor het bevragen van de indicatoren op individueel niveau), als voor de dataverzameling. De twee regio's hanteerden hierin een verschillende werkwijze, die hieronder in detail wordt beschreven. Het onderzoeksteam bestudeerde nadien grondig het verloop van de dataverzameling en bracht de knelpunten en sterktes van de twee gehanteerde werkwijzen in kaart.

De data bekomen a.d.h.v. de vragenlijst (zowel op praktijk- als individueel niveau) werd samengevoegd met de data uit de reeds bestaande databanken. Deze gegevens werden door de Universiteit Gent verwerkt tot interactieve kaarten die het zorgaanbod en de zorgvraag in deze twee regio's in kaart brengen.

3.2.1 Dataverzameling in Huisartsenvereniging regio Turnhout

Procedure

In Huisartsenvereniging regio Turnhout verliep het verzamelen van data (zowel op praktijk- als op individueel niveau) stapsgewijs (figuur 6). De dataverzameling vond plaats tussen 23/05/2022 en 03/08/2022.



Figuur 6: Flow dataverzameling in Huisartsenvereniging regio Turnhout

Voorafgaand aan de dataverzameling werd het project en de bijhorende dataverzameling voorgesteld en besproken op de **Algemene Vergadering (AV)** van Huisartsenvereniging regio Turnhout (29/03/2022, T0). Op deze AV waren 61 artsen fysiek aanwezig waren en 48 artsen werden vertegenwoordigd door een volmacht. De AV werd geleid door dr. Wim Schippers, voorzitter van de Huisartsenvereniging regio Turnhout. De details van het project werden niet op voorhand gedeeld, maar voorgesteld en besproken tijdens de AV. Er werden enkele bijkomende vragen gesteld, maar deze leidden niet tot een discussie en/of stemming. Er werd door de leden geen bezwaar geformuleerd voor het gebruiken van gevoelige data (zoals het aantal GMD's, continuïteit, etc.).

Op 23/05/2022 (T1) werd vanuit de Huisartsenvereniging regio Turnhout een algemene mailing verzonden naar alle huisartsen uit de vereniging (164 huisartsen, uit 69 praktijken) via het Permamed platform met daarin de uitnodiging tot deelname aan de bevraging. Huisartsen en huisartsenpraktijken kunnen via deze uitnodiging de vragenlijst invullen via Google Form.

Één week later (T2) werd door de Huisartsenvereniging regio Turnhout een herinnering geplaatst op het forum van de huisartsenvereniging. Dit forum is een communicatiekanaal voor een gesloten groep waartoe alle leden van de huisartsenvereniging behoren. Wanneer nieuwe informatie op dit forum geplaatst wordt, krijgen de leden hiervan een melding via e-mail. De herinnering nodigde de huisarts uit om de vragenlijst in te vullen en vermeldde dat wanneer de vragenlijst niet werd ingevuld binnen de 7 dagen, de huisarts telefonisch zou worden gecontacteerd voor een eventuele telefonische bevraging.

Één week later (T3) vond telefonische contact plaats tussen de Huisartsenvereniging regio Turnhout en alle huisartsenpraktijken (n=46) en huisartsen (n=94) die de vragenlijst nog niet invulden. Verder werden in deze periode ook individuele herinneringsmails verzonden naar huisartsen en werd de bevraging vermeld in de twee maandelijkse nieuwsbrief van de huisartsenvereniging regio Turnhout.

Om de deelname te monitoren, werd een lijst bijgehouden waarin voor alle aangesloten huisartsen en huisartsenpraktijken de deelname werd bijgehouden.

De dataverzameling werd afgerond **op 03/08/2022 (T4)**.

Werklast

De werklast van deze aanpak omvatte:

- +/- 40 uur tijdsinvestering door het personeel van de Huisartsenkring.
- +/- 64 uur (16 uur per week gedurende vier weken) door een jobstudent.

Deelname

80% (55/69) van de **praktijken** vulden het praktijkgedeelte van de vragenlijst in, waarvan de gegevens van 54/69 praktijken bruikbaar was (respons rate van 78%):

- 10 praktijken vulden de vragenlijst in na de eerste uitnodiging.
- 14 praktijken vulden de vragenlijst in na de herinnering op het forum.
- 31 praktijken vulden de vragenlijst in na de reminder via mail en de telefonische contactname.
- 1/69 praktijken vulden de vragenlijst in maar gaven geen consent voor het delen van de data. Deze gegevens werden uit de databank verwijderd en deze praktijken worden voor het berekenen van de response rate beschouwd als weigering.
- 2/69 praktijken weigerden deelname (= actieve weigering), en 12/69 praktijken reageerden niet op de mails en telefoons. Een aantal ervan vulden wel het gedeelte m.b.t. de individuele huisarts in.

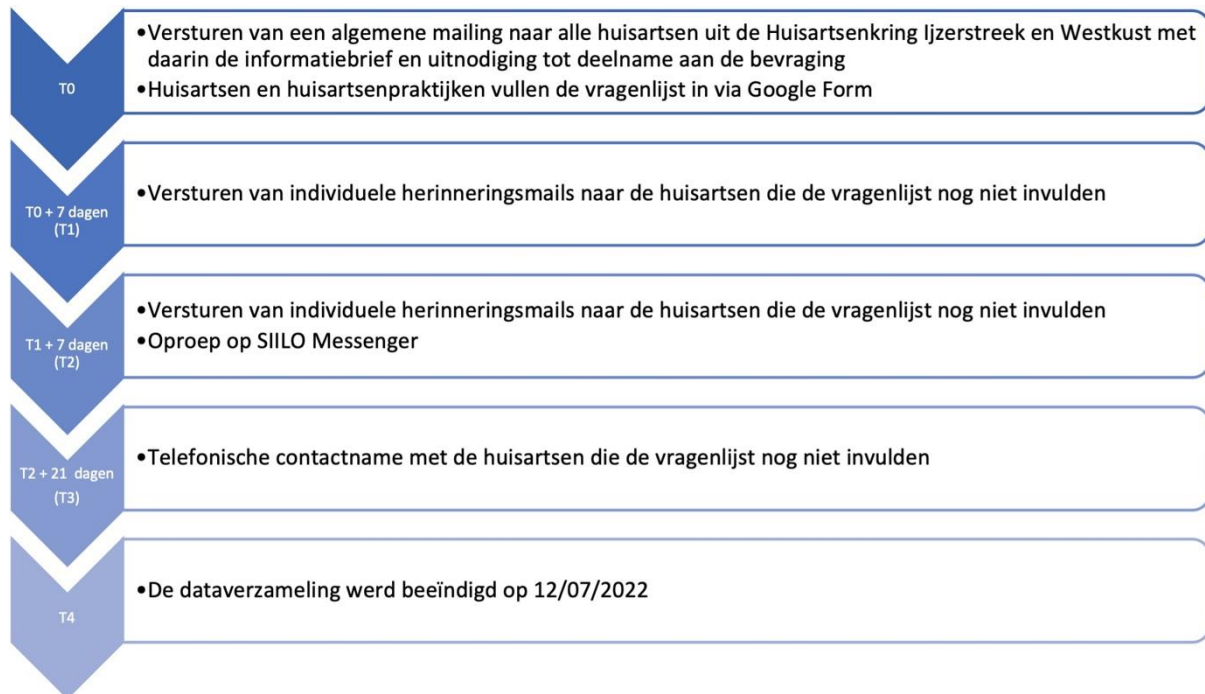
93% (152/164) van de **huisartsen** vulden het huisartsgedeelte van de vragenlijst in, waarvan de gegevens van 149/164 huisartsen bruikbaar was (respons rate van 91%):

- 37 huisartsen vulden de vragenlijst in na de eerste uitnodiging.
- 39 huisartsen vulden de vragenlijst in na de herinnering op het forum.
- 76 huisartsen vulden de vragenlijst in na de reminder via mail en de telefonische contactname.
- 3/152 huisartsen vulden de vragenlijst in maar gaven geen consent voor het delen van de data. Deze gegevens werden uit de databank verwijderd en deze huisartsen worden voor het berekenen van de response rate beschouwd als weigering.
- 2/164 huisartsen weigerden deelname (= actieve weigering), en 13/164 huisartsen reageerden niet op de mails en telefoons. De huisartsen die de vragenlijst niet invulden maar waarmee wel telefonisch contact was, gaven hiervoor 'tijdsgebrek' als reden.

3.2.2 Dataverzameling in Huisartsenkring IJzerstreek en Westkust

Procedure

In Huisartsenkring IJzerstreek en Westkust verliep het verzamelen van data (zowel op praktijk- als op individueel niveau) stapsgewijs (figuur 7). De dataverzameling vond plaats tussen 24/05/2022 en 12/07/2022.



Figuur 7: Flow dataverzameling in Huisartsenkring IJzerstreek en Westkust

Op 24/05/2022 (T0) werd vanuit de Huisartsenkring IJzerstreek en Westkust een algemene mailing verzonden naar alle huisartsen uit de vereniging (84 huisartsen uit 52 praktijken) met daarin de uitnodiging tot deelname aan de bevraging. Huisartsen en huisartsenpraktijken konden via deze uitnodiging de vragenlijst invullen via Google Form. De huisartsenkring IJzerstreek en Westkust heeft bewust gekozen om geen gebruik te maken van Permamed (in tegenstelling tot de Huisartsenvereniging regio Turnhout) omdat de Huisartsenkring IJzerstreek en Westkust Permamed enkel gebruikt voor alles wat de wachtdienst/wachtpost aangaat. Bijkomend kunnen ook externe arts(en) zonder praktijk (bijv. spoedartsen) aangesloten zijn bij de wachtdienst. De contact- en informatiegegevens van deze arts(en) zijn bijgevolg ook geïncludeerd in Permamed. Verder kan het ook voorkomen dat huisarts(en) omwille van bepaalde redenen (bijv. medische redenen) vrijgesteld worden van de wachtdienst, maar nog steeds tewerkgesteld zijn in de huisartsenpraktijk. Deze huisartsen worden op non-actief geplaatst in Permamed en kunnen niet via Permamed bereikt worden. **Één week later (T1)** werd door de Huisartsenkring IJzerstreek en Westkust individuele herinneringsmails verzonden naar 66 huisartsen en huisartsenpraktijken. Dit proces werd **één week later (T2)** opnieuw herhaald. Op dat moment werd ook éénmalig een bericht op de SILO Messenger groep van de huisartsenkring geplaatst om de huisartsen aan te sporen de vragenlijst in te vullen. SILO Messenger is een social mediaplatform ontworpen voor zorgprofessionals (en vergelijkbaar met Whatsapp) waarin berichten, foto's, video's en bestanden volledig end-to-end versleuteld zijn. De toegang tot SILO wordt beschermd met een pincode en notificaties worden afgeschermd zodat berichten niet kunnen worden gelezen. **In de daaropvolgende drie weken (T3)** nam de Huisartsenkring IJzerstreek en Westkust telefonisch contact op met de 30 huisartsenpraktijken en huisartsen die de vragenlijst nog niet invulden.

Huisartsenkring IJzerstreek en Westkust heeft praktijken en artsen ook de mogelijkheid aangeboden om persoonlijk langs te komen naar de huisartsenpraktijk om de vragenlijst samen te overlopen en in te vullen, maar hier werd niet op ingegaan.

De dataverzameling werd afgerond op 12/07/2022 (T4).

Werklast

De werklast van deze aanpak omvatte:

- +/- 20 uur tijdsinvestering door de coördinator van de Huisartsenkring, vnl. bij de opstart van de bevraging, nadien ongeveer 2 u/week opvolging van het project.
- 5 weken x 1 dag/week een jobstudent.

Deelname

81% (42/52) van de **praktijken** vulden het praktijkgedeelte van de vragenlijst in, waarvan de gegevens van 40/52 praktijken bruikbaar was (response rate van 76%):

- 10/52 praktijken vulden de vragenlijst in na de eerste uitnodiging.
- 8/52 praktijken vulden de vragenlijst in na de eerste reminder e-mail.
- 10/52 praktijken vulden de vragenlijst in na de tweede reminder e-mail.
- 14/52 praktijken vulden de vragenlijst in na telefonische contactname, waarvan 6 tijdens het telefonische contactmoment.
- 2/52 praktijken vulden de vragenlijst in maar gaven geen consent voor het delen van de data. Deze gegevens werden uit de databank verwijderd en deze praktijken worden voor het berekenen van de response rate beschouwd als weigering.
- 3/52 praktijken weigerden deelname (= actieve weigering), en 7/52 praktijken reageerden niet op de mails en telefoons. Een aantal ervan vulden wel het gedeelte m.b.t. de individuele huisarts in.

90% (76/84) van de **huisartsen** vulden het huisartsgedeelte van de vragenlijst in, waarvan de gegevens van 73/84 huisartsen bruikbaar was (response rate van 87%):

- 19/84 huisartsen vulden de vragenlijst in na de eerste uitnodiging.
- 13/84 huisartsen vulden de vragenlijst in na de eerste reminder e-mail.
- 22/84 huisartsen vulden de vragenlijst in na de tweede reminder e-mail.
- 22/84 huisartsen vulden de vragenlijst in na telefonische contactname, waarvan 6 tijdens het telefonische contactmoment.
- 3/84 huisartsen weigerden deelname (= actieve weigering), en 5 huisartsen reageerden niet op de mails en telefoons. De huisartsen die de vragenlijst niet invulden maar waarmee wel telefonisch contact was, gaven hiervoor 'tijdsgebrek' als reden.
- 3/84 huisartsen vulden de vragenlijst in maar gaven geen consent voor het delen van de data. Deze gegevens werden uit de databank verwijderd en deze huisartsen worden voor het berekenen van de response rate beschouwd als weigering.

3.3 Resultaten

De dataverzameling in de testregio's leverde belangrijke inzichten rond het aanbod van huisartsenzorg. We bespreken hierbij de meest opvallende. In onderstaande beschrijving zijn de data van de twee regio's samengenomen. Bijlage 5 omvat eveneens een aantal detailresultaten, zowel voor de beide regio's samen als per regio afzonderlijk.

Patiëntenstop

In het grootste deel van de bevraagde praktijken is er momenteel een volledige (12.8%) of gedeeltelijke (60.6%) patiëntenstop. In geval van een gedeeltelijke patiëntenstop aanvaardt de praktijk wel nog nieuwe patiënten als ze familielid zijn van bestaande patiënten of afkomstig zijn uit een bepaald geografisch gebied (bijv. personen die in de buurt wonen).

Samenstelling team

In 59.8% van de praktijken is minstens één onthaal- of administratief medewerker werkzaam. Het totaal aantal uren administratieve of onthaalondersteuning kan worden varieert sterk van 3,5u per week tot 140u per week. Dit verschil kan deels verklaard worden door de grootte van de desbetreffende praktijken, waarbij een praktijk met meer huisartsen en patiëntencontact ook een grotere administratieve ondersteuning vraagt. Dit biedt echter geen volledige verklaring voor de uiteenlopende resultaten. Uitgedrukt als de verhouding van het aantal uren ondersteuning door deze medewerkers tegenover het aantal contacturen per week (op praktijkniveau) varieert dit nog steeds van 6% tot 65%.

In 31.9% van de huisartsenpraktijken is minstens één praktijkverpleegkundige tewerkgesteld. Ook hier is het aantal uren dat hij/zij tewerkgesteld is zeer verschillend.

Vacatures

In 35.5% van de bevraagde praktijken loopt er momenteel een vacature voor een huisarts, die voltijds (32.3%) of deeltijds (3.2%) aan de slag kan.

Vrije consultaties en huisbezoeken

In geen enkel praktijk waren er nog vrije consultaties. 96,6% van de praktijken gaven wel aan op huisbezoek te gaan.

Urgentie

Wanneer een patiënt op maandag voor 12u de praktijk contacteert voor een dringende afspraak, garandeert 95.7% van de praktijken dat de patiënt dezelfde dag nog kan langskomen. De resterende 4% van de praktijken zal de patiënt de volgende dag kunnen ontvangen.

In de meeste praktijken is er tijdens de openingsuren permanent een huisarts of HAIO beschikbaar voor urgenties via raadpleging (74.5%), via een huisbezoek (62.8%) of voor telefonisch advies (67.0%). In 17% van de praktijken is geen van deze opties gegarandeerd in geval van urgentie.

Continuïteit

Bij een ongeplande afwezigheid van één dag van een huisarts, kan de continuïteit van zorg in 10.6% van de praktijken gewaarborgd worden zonder grote inspanningen. In 31.9% van de gevallen kost dit grote inspanningen van de collega's. In de 57.5% overige praktijken komt de continuïteit van zorg in het gedrang, wat kan leiden tot uitstel van niet-dringende zorg (in 11.8% van de praktijken), uitstel van zowel dringende als niet-dringende zorg (3.2%) en vaak zelfs tot het niet zien/doorverwijzen van patiënten (41.9%).

Wanneer de ongeplande afwezigheid langer duurt, komt de zorg nog sterker in het gedrang. Zo leidt de ongeplande afwezigheid van een huisarts van één maand tot een breuk in de continuïteit in 48.4% van de praktijken. Dit houdt opnieuw in dat de patiënt geen consultatie kan krijgen, maar moet worden doorverwezen.

Een geplande afwezigheid van een huisarts heeft zeer gelijkaardige gevolgen voor de mate waarin de continuïteit van zorg in gevaar komt. Bij een geplande verlofperiode van een huisarts wordt de continuïteit in slechts 12.8% van de gevallen

gewaarborgd zonder grote inspanningen van de collega's. In 34.0% wordt de continuïteit gewaarborgd, maar weegt dit erg op de collega's in de praktijk. In het merendeel van de praktijken komt de continuïteit van zorg echter in het gedrang, wat zich vertaalt in het uitstel van niet-dringende zorg (in 8.0% van de praktijken), maar in de meerderheid van de gevallen (43.6%) zelfs tot een breuk in de continuïteit leidt, met name het niet zien/doorverwijzen van patiënten.

Netwerk

De minderheid van de praktijken (16.0%) maakt deel uit van een netwerk van praktijken. Indien de praktijk deel uitmaakt van een netwerk, werkt men hierin samen voor de organisatie van permanentie (33.3%), de vervanging tijdens geplande afwezigheden (80.0%), het delen van patiëntendossiers (60.0%) en het delen van administratieve medewerkers (6.7%).

Werkdruk

Domus Medica vangt veel signalen op van huisartsen bij wie het water aan de lippen staat, met een dreigende extra uitval van huisartsen tot gevolg. De hoge werkdruk wordt bevestigd in deze bevraging. Hierin geeft 83.7% van de huisartsen aan dat de druk verhoogd is. 43.9% geeft aan dat de verhoogde druk zwaar begint te wegen en 15.4% getuigt dat de druk onhoudbaar wordt.

Een aanzienlijk deel van de huisartsen is van plan om de praktijk stop te zetten (26.2%) of af te bouwen (29.4) in de komende zes maanden tot vijf jaar, waarbij niet enkel leeftijd maar ook de hoge werkdruk onder wordt aangehaald als reden, ook bij jongere huisartsen.

4 Werkpakket 4: Visualisering van de resultaten

Om de zorgvraag en het zorgaanbod van huisartsen regionaal visueel weer te geven op kaarten, werd een online applicatie ontwikkeld die geografisch inzicht biedt op het niveau van wijken en gemeenten.

De applicatie werd gecreëerd met behulp van de web-based mapping software van Esri, ArcGIS Online. Met ArcGIS Online is het mogelijk om interactieve kaarten te creëren en te delen met een specifieke groep of de hele wereld. Op deze interactieve kaarten is het onder andere mogelijk om zelf bepaalde kaartlagen te visualiseren of te verbergen of in en uit te zoomen om zo de gevisualiseerde data beter te begrijpen en te interpreteren.

Om de interactieve kaart te maken, is het als eerste nodig om de ruimtelijke resolutie van de rapportering te bepalen. Op advies van de experts en in samenspraak met de huisartsenkringen werd dit vastgelegd op wijkniveau. Indien de data niet tot op dit niveau voor handen was, werd het gemeenteniveau gebruikt.

Om het mogelijk te maken data te visualiseren op deze niveaus, wordt gestart met het vastleggen van de grenzen van deze ruimtelijke eenheden in een zogenaamde polygonenlaag. Vervolgens kan dan de tabel met de gevraagde data worden gekoppeld aan de bijhorende wijk of gemeente. De polygonenlaag van de wijken wordt gecreëerd op basis van de statistische sectorenlaag, die vrij voor handen is via Statbel ([Statistische sectoren 2022 | Statbel \(fgov.be\)](https://statbel.fgov.be)), dit omdat er geen open data beschikbaar is die de wijkgrenzen bevat. Door de juiste statistische sectoren met elkaar samen te voegen, wordt de ruimtelijke afbakening van de grenzen bekomen. Ook de gemeentegrenzen werden eenvoudig op basis van de statistische sectorenlaag gecreëerd, door alle statistische sectoren behorend tot dezelfde gemeente samen te voegen.

Eens de lagen met daarin de ruimtelijke grenzen van zowel de wijken als de gemeenten klaar zijn, kan de data die moet worden gevisualiseerd geëxtraheerd worden uit de bestaande databanken. Daarvoor worden enerzijds de website van provincie.incijfers.be, de IMA-Atlas en de Stadsmonitor aangewend. De nodige indicatoren worden aangeklikt en door deze websites op de gevraagde ruimtelijke resolutie in een tabel geplaatst. Deze tabel kan vervolgens in verschillende bestandsformaten worden gedownload, in dit geval werd gekozen voor een csv-bestand. Daarna kan dit csv-bestand met de gevraagde indicatoren op basis van de wijkcode of gemeentenaam worden gekoppeld aan zijn geografische component: de juiste wijk of gemeente. Tot slot is het slechts een kwestie van de te visualiseren indicator te kiezen en deze met bijbehorend symbool op de kaart te plaatsen.

Onder de data zijn twee soorten gegevens: puntgegevens en polygoongegevens. De puntgegevens worden gevisualiseerd naar type (unieke waarden) of naar grootte. In het eerste geval wordt een stijl gegeven aan de punten op de kaart, passend bij hun waarde. De waarde 'Ja' wordt bijvoorbeeld weergegeven door een groene bol, terwijl de waarde 'Nee' door een rood kruisje wordt voorgesteld. Bij het tweede geval wordt rekening gehouden met de numerieke waarde van de gegevens. Hoe groter deze waarde, hoe groter de bol waardoor deze wordt voorgesteld.

De polygoongegevens worden steeds afgebeeld door middel van een choropletenkaart. Dit is een thematische kaart die veelal percentages visualiseert door gebruik te maken van kleurverschillen. Een voorbeeld is de bevolkingsdichtheid, waarbij een donkerrode kleur hoge waarden voorstelt en een lichtrode kleur lage waarden.

4.1 Indicatoren voor het regionaal in kaart brengen van zorgvraag en zorgaanbod van huisartsen

Aan de hand van een uitgebreide literatuurstudie werd een uitgebreide lijst van indicatoren opgesteld voor het regionaal in kaart brengen van enerzijds de zorgvraag in de populatie en anderzijds het zorgaanbod van huisartsen. Om tot een relevante en werkbare indicatorenset te komen, werd een panel van binnen- en buitenlandse experts geraadpleegd. Dit leidde uiteindelijk tot een shortlist 2.0 met een selectie van 57 indicatoren die toelaten om de huidige situatie in te schatten. In de praktijk is echter gebleken dat de voorgestelde indicatorenset nog te omvattend is vanuit pragmatisch standpunt. Om te komen tot een set indicatoren die enerzijds haalbaar kan bevraagd worden in de praktijk en anderzijds toch een voldoende brede reikwijdte heeft om de zorgvraag en het zorgaanbod in kaart te brengen, is nog meer afstemming met bestaande indicatorensets nodig, evenals een nog meer doorgedreven selectie.

Een beperkt aantal indicatoren voor de zorgvraag heeft de selectie voor de shortlist 2.0 niet gehaald, desondanks deze bijzonder relevant waren. Dit komt hoofdzakelijk doordat deze niet of niet volledig toegankelijk waren, op onvoldoende

klein geografisch niveau beschikbaar waren, of omdat de betrouwbaarheid ervan twijfelachtig was. Zo beschikt het IMA bijvoorbeeld over cijfergegevens die betrekking hebben op verschillende pseudopathologieën, welke de ziektelast in kaart zouden kunnen brengen. Deze cijfergegevens zijn echter enkel tegen betaling opvraagbaar. Omdat deze variabelen afgeleid zijn van het medicatiegebruik van de aangesloten leden bij de verplichte ziekteverzekering in België kunnen ze bovendien een vertekend beeld geven door onder meer het onder- of overgebruik van medicatie. Ook gegevens om het regionaal zorgnetwerk (bijv. het aantal apotheken, ziekenhuizen, spoeddiensten, kinesitherapeuten, etc.) in kaart te brengen, bleken niet allemaal vlot beschikbaar en zijn bijgevolg voorlopig niet opgenomen in de shortlist 2.0.

4.2 Methodiek voor dataverzameling vanuit bestaande databanken

Voor de indicatoren in de shortlist 2.0 m.b.t. de zorgvraag, kon informatie gevonden worden in bestaande databanken, met name provincies.incijfers.be, de IMA-Atlas en de Stadsmonitor. Toch moeten er hierbij enkele kanttekeningen gemaakt worden:

- De gegevens uit 'provincies.incijfers.be' zijn afkomstig uit verschillende (officiële) databronnen. Dit brengt met zich mee dat elke databron zijn of haar eigen beperkingen heeft. Dit kunnen zowel inhoudelijke als technische beperkingen zijn zoals bijvoorbeeld foutenmarges, verschillende jaartallen, het gebruik van modellen met assumpties, etc. Deze beperkingen in combinatie met meer uitleg over de dataverzameling, de analyse/berekening van de cijfergegevens, etc. is telkens terug te vinden in bijhorende metadatafiche.
- Per indicator in de IMA-Atlas is een indicator-specifieke metadatafiche beschikbaar waarin bijkomende informatie en opmerkingen voor interpretatie van de cijfergegevens is opgenomen. Voor een correcte interpretatie van de cijfergegevens en indicatoren is het uiterst aangewezen deze metadatafiche grondig door te nemen alvorens aan de slag te gaan met desbetreffende cijfergegevens.

4.3 Methodiek voor de bijkomende dataverzameling via vragenlijsten

Naast de indicatoren waarvoor data beschikbaar is in bestaande databanken, bleek het ook nodig om bijkomende data primair te verzamelen. Er werd een vragenlijst ontwikkeld om deze indicatoren in kaart te brengen. Bij de primaire dataverzameling in twee test-regio's kwamen een aantal aandachtspunten naar voren.

- Het onderzoeksteam ontwikkelde de vragenlijst en werkte een procedure uit zodat de data GDPR conform konden worden verzameld. De twee Huisartsenkringen in de testregio's kregen de vrijheid om te bepalen op welke manier artsen en praktijken werden uitgenodigd tot deelname, hoe de dataverzameling werd opgevolgd, en op welke manier data werden verzameld (Permamed versus een online Google Form, schriftelijke bevraging versus aangevuld met telefonische bevraging, etc.). Zelfs in de beperkte setting van 2 Huisartsenkringen bleek het niet standaardiseren van de methodiek grote beperkingen met zich mee te brengen. Deze vrijheid impliceerde dat Huisartsenkringen zelf instonden voor de uitwerking van lokale procedures en materialen. Dit bleek binnen de gegeven man/womenpower geen evidentie. De opvolging van de vooruitgang van de dataverzameling door het onderzoeksteam bleek door niet-gestandaardiseerde manier van registratie van deelname nagenoeg niet mogelijk. Ten slotte werd de verwerking van de data ernstig bemoeilijkt omdat data op verschillende manieren werd aangeleverd.
- Er is geen koppeling mogelijk tussen enerzijds de praktijkgegevens die verzameld zijn a.d.h.v. de vragenlijst en anderzijds de gegevens van de afzonderlijke huisartsen in deze bevraging. Deze informatie kan enkel gekoppeld worden door de Huisartsenkringen die de informatie hebben verzameld. Voor de onderzoekers blijft afgeschermd tot welke praktijk een bepaalde huisarts behoort. In een volgend oefening dient de mogelijkheid van deze koppeling te worden uitgewerkt.
- De resultaten van de dataverzameling in de twee testregio's laten opmerkelijke trends zien, maar er zijn meer gegevens nodig om tot valide conclusies te komen. Uitbreiding van de steekproef zou meer gedetailleerde analyses mogelijk maken, maar ook toelaten om de kwaliteit van de indicatoren/data beter te analyseren alvorens tot een bredere uitrol van de bevraging wordt overgegaan.
- De respons rate binnen de testregio's was zeer hoog, maar dit kan niet los gezien worden van de actieve inspanningen van de beide huisartsenkringen in de geselecteerde regio's. Een grote betrokkenheid en

tijdinvestering zijn hierbij noodzakelijk maar zeker niet evident. Hiermee dient rekening gehouden worden bij het uitrollen van een dataverzameling op grotere schaal.

- De kwaliteit van de data is van groot belang en kan enkel gegarandeerd worden als het draagvlak bij de deelnemers hoog is en ze zich voldoende veilig voelen op vlak van privacy m.b.t. de geleverde antwoorden. Het verzekeren van de vertrouwelijkheid van de data speelt hierbij een belangrijke rol. Zoniet stijgt de kans op sociaal wenselijke antwoorden sterk.

4.4 Inpassing van de indicatoren in de data-applicatie

De te visualiseren data op wijkniveau is afkomstig uit verschillende databanken waarbij het opviel dat provincie.incijfers.be voor de huisartsenvereniging regio Turnhout een licht andere wijkindeling gebruikte dan de IMA-Atlas. Daarnaast bleken de codes van de wijken volledig verschillend te zijn in beide databanken. Het probleem van verschillende wijkindeling situeerde zich enkel in de huisartsenkring IJzerstreek en Westkust en niet in huisartsenvereniging regio Turnhout, daar kwamen de wijkgrenzen uit beide databanken met elkaar overeen. De verschillen situeren zich meer bepaald in regio Diksmuide en Veurne. Als oplossing hiervoor werden twee verschillende kaartlagen aangemaakt voor de wijken in de huisartsenkring IJzerstreek en Westkust: een kaartlaag met de indeling volgens provincie.incijfers.be en een kaartlaag met de indeling volgens de IMA-Atlas. Om vervolgens de data te kunnen koppelen aan zijn ruimtelijke component, moeten de wijkcodes van deze ruimtelijke component en de wijkcodes in de datatabel met elkaar overeenkomen om zo de tabellen correct met elkaar te verbinden. Dit was enkel mogelijk door het handmatig overnemen van codes uit provincie.incijfers.be en de IMA-Atlas, wat zeer tijdrovend is en niet haalbaar bij de bredere uitrol van het project.

Een efficiëntere aanlevering van de data zou mogelijk zijn als de beide databanken provincie.incijfers.be en IMA-Atlas shapefiles ter beschikking stellen met daarin de gebruikte wijkindeling. Zo hoeven de statistische sectoren niet handmatig worden samengevoegd tot de juiste wijk, en hoeven bijgevolg de wijkcodes niet allemaal te worden ingegeven. In het ideale geval gebruiken beide databanken ook dezelfde wijkcodes en dezelfde indeling. Op die manier zijn er niet langer twee verschillende lagen nodig om enerzijds de data van provincie.incijfers.be en anderzijds deze uit de IMA-Atlas voor te stellen. Het gebruik van dezelfde wijkcodes zou ervoor kunnen zorgen dat zowel de ruimtelijke grenzen als de te visualiseren data in dezelfde tabel kunnen komen te staan.

Een ander aandachtspunt betreft de software van ArcGIS Online. Het programma gebruikt als decimaal scheidingsteken een punt en als scheidingsteken voor duizendtallen een komma. In het Nederlands is een komma het decimaal scheidingsteken en wordt een punt gebruikt voor het aangeven van de duizendtallen, terwijl dit in het Engels net andersom is. Dit kan voor verwarring zorgen bij heel wat gebruikers, aangezien deze veelal Nederlandstalig zijn. Tot nog toe is de optie nog niet beschikbaar om zelf deze scheidingstekens aan te passen of om ze weg te laten.

Een ander struikelblok bij het gebruik van ArcGIS Online betreft de licentie. In deze studie werd de interactieve kaart gecreëerd o.b.v. de licentie van Universiteit Gent. Bij een brede uitrol moet dit herbekeken worden.

De mogelijkheid om de data in relatie tot de indicatoren te extraheren in csv-formaat blijkt zeer handig en is ideaal voor de handelingen die er op volgen in het GIS-programma.

4.5 GDPR

Gezien de korte duur van deze opdracht werd voor het verzamelen van de bijkomende data de rechtsgrond 'toestemming' verkozen. Het nadeel van deze keuze is dat huisartsen die hun toestemming gegeven hebben, die steeds kunnen intrekken en ervoor kunnen kiezen om hun data te laten verwijderen. In het kader van het testen van de nieuw ontwikkelde methodiek vormt dit geen groot probleem. Echter, indien deze nieuw ontwikkelde methodiek in de toekomst gebruikt wil worden om beleid op te maken, kan dit problematisch worden.

In de huidige toegepaste methodiek zijn en blijven de huisartsenkringen eigenaar van de data. Ruwe data zouden in deze aanpak enkel gedeeld kunnen worden met de Vlaamse Overheid indien de artsen hiervoor expliciet toestemming geven bij

het consent. Uit contacten met het werkveld werd duidelijk dat het bekomen van een dergelijke toestemming wellicht geen evidentie zal zijn. Mogelijks zullen veel huisartsen in dat geval weigeren om data aan te leveren.

5 Aanbevelingen

5.1 Verfijning van de voorgestelde set indicatoren & kwaliteitscontrole meetprotocol en indicatorenset

De voorgestelde set van indicatoren is vanuit pragmatisch standpunt nog te omvattend. Er is een bijkomende inspanning nodig om de lijst te verfijnen tot een set indicatoren die enerzijds haalbaar kan verzameld worden (via bestaande databanken en met bijkomende bevraging in de praktijken) en anderzijds toch een voldoende brede reikwijdte heeft om de zorgvraag en het zorgaanbod in kaart te brengen.

De kwaliteit van de verkregen data vormt in deze selectie een belangrijke toetssteen. In dit project werden verschillende stappen ondernomen om de kwaliteit van de indicatorenset te maximaliseren waaronder het betrekken van experts bij de selectie van de long- en shortlist, het voorleggen van de indicatorenlijst aan gebruikersgroepen via VIVEL, etc. Echter, sommige problemen met validiteit, betrouwbaarheid of meetbaarheid duiken soms pas op in de pilootfase. Het verdient de aanbeveling om -wat de primaire dataverzameling betreft- in voorbereiding van een brede Vlaamse uitrol van de bevraging, het meetprotocol verder te evalueren en de kwaliteit van de data na te gaan. Dit omvat onder meer een analyse van de proportie missing data, de inter-raterbetrouwbaarheid (bijv. wanneer de vragenlijst over een bepaalde praktijk wordt ingevuld door verschillende hulpverleners uit de praktijk), en de interne consistentie (geen tegenstrijdige metingen). Een dataverzameling in bijkomende testregio's zou de steekproefgrootte substantieel verhogen waardoor meer gedetailleerde analyses m.b.t. de kwaliteit van de data en de indicatorenset mogelijk is. Deze bevraging in extra testregio's zou ook toelaten om de procedure voor dataverzameling verder te verfijnen, rekening houdend met de input van de juridische analyse (zie verder).

Het is daarnaast noodzakelijk om de informatie verzameld bij de huisartsen te kunnen koppelen aan de informatie van de huisartsenpraktijk waartoe ze behoren. Deze informatie kan in de huidige dataverzameling enkel gekoppeld worden door de huisartsenkring. Voor de onderzoekers blijft afgeschermd tot welke praktijk een bepaalde huisarts behoort, wat de analyse van de data beperkt. Ook het bevragen en ter beschikking stellen van de gegevens m.b.t. wachtdiensten op huisarts- en praktijkniveau in plaats van enkel op niveau van de testregio is een aanbeveling voor het vervolg van dit project.

Een zinvolle indicator voor het bepalen van de zorglast in de regio is het analyseren van de ziektelast. Hiervoor worden momenteel enkel ruwe proxy indicatoren voorgesteld. Een alternatief zouden de data uit de elektronische medische dossiers (EMD's) van de huisartsen kunnen zijn: na extractie en pseudonimisering, zouden deze op regionaal niveau geaggregeerde data wellicht een veel betrouwbaarder beeld kunnen geven van de ziektelast. Dit dient verder te worden geëxploreerd.

Er dient verder te worden bekeken hoe de voorgestelde indicatorenset optimaal kan worden afgestemd op de indicatorenset van de ELZ, vnl. wat betreft indicatoren m.b.t. het demografisch, sociaaleconomisch en sociaal-cultureel profiel van de regio. Hiermee valt een belangrijke efficiëntiewinst in het verzamelen van de data te boeken. Belangrijk is hierbij na te gaan of hierbij geen verlies aan essentiële informatie zou optreden.

Bovendien brengt de combinatie van databronnen in bepaalde databanken (zoals gegevens uit 'provincies.incijfers.be') inhoudelijke en technische beperkingen met zich mee. Voorbeelden zijn foutenmarges, verschillende jaartallen, het gebruik van modellen met assumpties, etc. Voor de bredere uitrol van de bevraging is het nodig om deze beperkingen voor elk van de indicatoren in detail te bekijken.

Er wordt ook aangeraden om in een volgende stap ook het regionaal zorgnetwerk, zoals het aantal apotheken, ziekenhuizen, spoeddiensten, centra voor geestelijke gezondheid, etc. mee op te nemen in de dataset. De beschikbaarheid van deze indicatoren varieert echter en wellicht is bijkomende dataverzameling, vb. via de ELZ, nodig.

Ook de procedure voor dataverzameling dient verder te worden uitgewerkt naar een uniforme procedure die bruikbaar is voor alle huisartsenkringen. We denken hierbij aan een gestandaardiseerde aankondiging met de omschrijving en het doel

van de bevraging, uniforme vragenlijstinstructies, uitgewerkte communicatiestrategieën en -materialen, ... Hierbij dient rekening te worden gehouden met het juridisch kader en de aanvaardbaarheid door de beroepsgroep (zie verder).

5.2 Het juridisch analyseren van de procedure voor primaire dataverzameling

Op veel van de indicatoren die het zorgaanbod beschrijven op niveau van artsen/praktijken, is de GDPR van toepassing. GDPR heeft een grote impact op de voorliggende dataverzameling, die niet alleen 'gewone' persoonsgegevens verzamelt, maar ook mogelijk gevoelige gegevens, zoals leeftijd en werkstress. De procedure voor dataverzameling dient verder juridisch te worden geanalyseerd. Hierbij dienen de stappen te worden uitgewerkt die moeten genomen worden om de toekomstige gegevensverzameling in Vlaanderen te laten verlopen conform de wetgeving inzake gegevensbescherming, de concrete verwerkingscontext en -risico's, en het specifieke wettelijke kader dat van toepassing is op het inwinnen van gegevens van huisartsenkringen.

Een bijzonder aandachtspunt hierbij is de rechtsgrond op basis waarvan de dataverzameling in de toekomst zal gebeuren. De doelstelling van de dataverzameling, het regionaal monitoren van het aanbod van zorg, vraagt om databanken met zo weinig mogelijk missing values en een procedure van toestemming is voor deelnemers vaak een drempel tot deelname. De rechtsgrond 'informed consent' in combinatie met de werkwijze waarbij data rechte reeks zouden worden doorgegeven aan de Vlaamse Overheid werkt non-respons in de hand (zie ook verder).

De rechtsgrond 'algemeen belang' zou hiervoor deels een oplossing kunnen bieden omdat de vereiste van het verkrijgen van expliciete toestemming vervalt. De arts moet wel nog bereid gevonden worden om de data aan te leveren. Wanneer dit (voor een gedeelte van de indicatoren) op vrijwillige basis zou gebeuren, dient een oplossing te worden gevonden die aanvaardbaar is voor de huisartsen en werkbaar is voor de Vlaamse overheid. Een mogelijke piste hierbij is het uittekenen van een dataflow via een Trusted Third Party waarbij gepseudonimiseerde data en/of geaggregeerde data worden verwerkt door de Vlaamse Overheid.

5.3 Het creëren/verhogen van draagvlak bij de huisartsen

Bij het organiseren van de bevraging over heel Vlaanderen, zal het bereiken van een hoge respons noodzakelijk, maar bijzonder uitdagend zijn. De afname in de testregio's toont aan dat een nauwgezette opvolging van de deelname, persoonlijk contact met de praktijken, en een goede kennis van de lokale regio van zeer groot belang is. Het draagvlak voor deelname in de huisartsenkringen werd gecreëerd door onder meer de presentatie van het project op vergaderingen, het benadrukken van het belang van de dataverzameling voor de aanpak van de problemen rond toegang tot zorg in de regio, en door persoonlijk contact met de huisartsen. Voldoende draagvlak is cruciaal en het is bijgevolg raadzaam om de beroepsgroep te betrekken in de toekomstige procedure voor dataverzameling alvorens de bevraging op grote schaal uit te rollen. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren aan de hand van schriftelijke bevraging, interviews of consensusmeetings. Domus Medica kan hierin een belangrijke intermediaire rol opnemen.

Een andere mogelijke piste om het draagvlak voor deelname te creëren of verhogen bij huisartsen, is via wetgeving/incentives. In dit verband is het wettelijke kader dat van toepassing is op het inwinnen van gegevens van huisartsenkringen van bijzondere relevantie. Er dient verder te worden bekeken welke indicatoren op die manier kunnen worden verzameld en welke bijkomende dataverzameling nog nodig is.

5.4 Afstemming met andere lopende initiatieven

Steeds meer lokale organisaties en voorzieningen nemen initiatieven om de zorgvraag en/of het zorgaanbod van huisartsen in kaart te brengen bijv. het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel, lokale pilootprojecten in verschillende steden en gemeenten, het consortium "We Care", etc.. Het is belangrijk om met de andere actoren in het Vlaamse landschap af te stemmen over de organisatie van dataverzameling rond dit thema. Dit is noodzakelijk om bevragingsmoeheid bij huisartsen, praktijken en kringen te vermijden, evenals overlapping op vlak van inhoud of timing. Via deze contacten kunnen bijkomend "good practices" op vlak van methodiek voor dataverzameling opgespoord worden.

5.5 Bepalen van het geografisch niveau van rapportering

De verwerking en weergave van de verzamelde gegevens op interactieve kaarten kan gebeuren op verschillende geografische niveaus. Het is belangrijk om het gewenste geografisch niveau op voorhand helder te definiëren. De ervaring met de test-regio's toonde aan dat een niveau statistische sector te klein is, en een niveau ELZ te groot. Het niveau van de wijk lijkt de meest zinvolle geografische eenheid voor het visueel maken van de indicatoren. Echter, we stellen vast dat de indeling in wijken niet in alle databanken gelijk is. Ook volgen de grenzen van de huisartsenkringen (via dewelke de dataverzameling nu verliep) niet altijd de wijkgrenzen. Dit is ook het geval voor de grenzen van de ELZ. Verder dient ook rekening gehouden te worden met het feit dat niet alle informatie uit bestaande databanken beschikbaar is op alle geografische niveaus. Een weloverwogen keuze vanuit zowel pragmatisch als inhoudelijk oogpunt dringt zich hierbij op.

5.6 Geconcentreerde actie op korte termijn

Uit de analyses van de data uit de testregio's en de ervaringen van Domus Medica blijkt een duidelijke nood aan actie op korte termijn. Een antwoord op de verontrustende resultaten in dit onderzoek met betrekking tot werkdruk (zowel subjectief bevestigd als uitgedrukt in beschikbare vacatures, plannen om te stoppen/af te bouwen, het in gedrang komen van de continuïteit) mag niet uitblijven. Het is hierbij echter belangrijk om niet tot paniekvoetbal over te gaan, maar de acties op korte termijn te stroomlijnen en ze te plaatsen binnen een overkoepelende strategische aanpak op (middel)lange termijn. Het verzamelen en communiceren van bestaande, lokale "good practices" om tijdelijk de nood te lenigen kan hier bijvoorbeeld onderdeel van uitmaken. Acties die zich baseren op geïsoleerde input van lokale huisartsen moeten echter zorgvuldig overwogen worden. De verschillende contexten waarin huisartsen werken, zijn mogelijk onvoldoende vergelijkbaar om een lokaal initiatief zonder meer te kopiëren naar andere omstandigheden. Bovendien speelt het risico op moeheid bij de huisartsen, waardoor latere, systematische initiatieven onvoldoende draagvlak vinden. Daarnaast is het ook nodig om de investering van tijd en middelen in acties zo efficiënt mogelijk te laten verlopen en versnippering of overlap te vermijden.

Het is duidelijk dat actie op korte termijn noodzakelijk is, maar dat deze moet kaderen binnen een doordachte, strategische benadering van de situatie op (middel)lange termijn. Coördinatie, doelstellingen, inhoud, implementatie en evaluatie van deze aanpak zullen helder moeten gedefinieerd worden in overleg met de verschillende betrokken actoren. Een uitbreiding van de dataverzameling zal ook hier een meerwaarde bieden aan de hand van gedetailleerdere analyses en een representatiever overzicht van de huidige situatie en uitdagingen. Bij het opstellen van een strategie op middellange termijn zullen timing van de verschillende acties en het behouden van draagvlak bij de huisartsen belangrijke aandachtspunten blijven.

6 Referenties

- Avalosse, H., Maron, L., Lona, M., Guillaume, J., Allaoui, E.M. & Di Zinno, T. (2019). Ongelijkheid in gezondheid.
- Barofsky, I. (2000). The role of cognitive equivalence in studies of health-related quality-of-life assessments. *Medical Care*, 38, II-125-II-129.
- Batenburg R. et al. (2019). Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg. <http://www.nivel.nl>
- Bogaert, K., De Prins, L. & De Maeseneer, J. (1999). "Woman- & Menpower"-planning in de huisartsgeneeskunde in België. *Scenario voor 2010 en 2020*.
- Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan. *Capaciteitsplan 2021-2024 Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde, november 2018*. <https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2019/12/Capaciteitsplan-2021-2024-Deelrapport-2-Huisartsgeneeskunde.pdf>
- Capaciteitsorgaan (2016). *Capaciteitsplan 2016*. http://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2016/10/2016_10_21-Capaciteitsplan-2016-Deelrapport-8-FZO-DEFINITIEF.pdf
- De, B. Van. (2020). *Draaiboek : rapport fase 1 : in kaart brengen van zorgnood en zorgaanbod in Kortrijk, identificeren van knelpuntwijken*.
- Delvaux, A., Miermans, P., & Steinberg, P. (2019). *Tandartsen in opleiding op de arbeidsmarkt, 2004-2016 Resultaten van de PlanKad Gegevenskoppeling FOD VVWL - Datawarehouse AM & SB - RIZIV*. 2004-2016.
- Dewulf, B., Neutens, T., De Weerdt, Y., & de Weghe, N. (2014). Ruimtelijke verdeling van huisartsen in België: Een kritische kijk op het Impulseo I-fonds van het Riziv. *Huisarts Nu*, 43(1), 13-17.
- Missinne, S., & Luyten, S. (2018). Huisartsen in het Brussels gewest : wie zijn ze , waar houden ze praktijk , en waar zijn er mogelijke tekorten ? *Observatorium Voor Welzijn En Gezondheid, Brussel, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, april*.
- Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. (2019). Iedereen even gezond in Brussel? Recente cijfers en kaarten over sociale ongelijkheden in gezondheid. *Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, Brussel*.
- Provincies.incijfers.be (n.d.). Rapport kerncijfers voor Eerstelijnszones. *Geraadpleegd via https://provincies.incijfers.be/databank/report?openinputs=true&id=rapport_elz&project=nieuwsbrief_2021_02*
- Willems, S., Lagaert, S., Vanden Bussche Piet & Torfs, L. (z.d.). Community diagnose Gezondheid en aanbod eerstelijnsgezondheidszorg Stad Kortrijk. Rapport fase 1: Identificeren van knelpuntwijken in Kortrijk.

ZORGVRAAG

1. Demografische indicatoren

- Aantal inwoners (literatuur)
- Bevolkingsdichtheid (literatuur)
- Bevolkingsgroei (literatuur)
- Bevolkingsprognose/bevolkingsvooruitzichten - Verwachte groeicijfers van de bevolking (literatuur, planningscommissie)
- Sterfte en levensverwachting (literatuur)
- Leeftijd:
 - Leeftijdsgroepen
 - Leeftijdsstructuur (% jonger dan 3 jaar, % 65-79 jarigen, % 80-plussers) (literatuur)
 - Grijsz druk (aantal 65+ jarigen t.o.v. alle 20-64 jarigen) (literatuur)
 - Dubbele vergrijzing (literatuur)
 - Toekomstige bejaarden (50-64 jarigen) (literatuur)
- Geslacht (literatuur)

2. Sociaal-culturele indicatoren

Migratie:

- Bevolking naar nationaliteit/herkomst (literatuur)
- Toename van het aantal migranten (en meer bepaald politieke vluchtelingen) (literatuur)

Beroep/inkomen/opleiding:

- Socio-professionele situatie (literatuur)
- Opleidingsniveau (literatuur, expert)
- Gezondheidsvaardigheden (literatuur, expert)

Gezinssamenstelling:

- Huishoudgrootte (literatuur)
- Eenoudergezin (literatuur)
- Gezinssamenstelling (literatuur, expert)
- Het sociale netwerk (literatuur)
- Mantelzorgers (expert)

Andere sociaal culturele indicatoren:

- Toenemende mondigheid van patiënten (literatuur)
- Kritischere patiënten (literatuur)

3. Sociaal-economische indicatoren

Armoede (algemeen):

- Het aandeel personen met een risico op armoede of sociale uitsluiting (literatuur)
- Onderwijs Kansarmoede Indicator (OKI) basisonderwijs (literatuur)
- Leerlingen met schoolse vertraging in het lager onderwijs, secundair onderwijs en buitengewoon onderwijs (literatuur)
- Kinderarmoede: Het aandeel huishoudens met kinderen jonger dan 18 jaar in een huishouden zonder inkomen (literatuur)

Inkomen:

- Budgetmeter voor gas of elektriciteit (literatuur) / LAC-dossiers (elektriciteit, gas, water) (literatuur)
- Huisvestingskost, uitgaven voor huisvesting, de gemiddelde huurprijs (literatuur)
- Unieke RMI (recht op maatschappelijke integratie) dossiers (literatuur)
- % vervangingsinkomen (literatuur)
- Budget- of schuldbemiddeling (literatuur)
- Het mediaan inkomen per fiscale aangifte (literatuur)

Huisvesting:

- Sociale huurwoningen (literatuur)
- Kwaliteit, wooninstabiliteit (verhuisbewegingen), huurders, huurders naar leeftijd 35-59 jaar, huurders 60 plus (literatuur)

Gezondheidszorg:

- Verhoogde tegemoetkoming voor gezondheidszorgen (literatuur)
- Unieke dossiers tussenkomst medische kosten (literatuur)
- Het aandeel huishoudens dat aangeeft een bepaalde vorm van zorg (medische zorg of operatie, aankoop voorgeschreven medicijnen, aankoop bril of lenzen, mentale zorg of tandzorg) te hebben uitgesteld omwille van financiële moeilijkheden (literatuur)

Arbeid:

- Werkloosheidsgraad (literatuur)
- Arbeidsongeschiktheid (IMA)

4. Epidemiologische indicatoren gezondheid

Ziektebelasting:

- Infectieziekten (literatuur)
- Statuut chronische aandoening (literatuur)
- Evolutie incidentie, prevalentie, ernst en overlevingsduur van chronische aandoeningen (literatuur, expert)
- Evolutie incidentie en prevalentie psychische gezondheidsproblemen (literatuur) en gevoelens van eenzaamheid (literatuur)
- Multimorbiditeit (literatuur)
- (Toename van) ouderdomsziekten (literatuur)
- Mindervaliditeit/Invaliditeit (IMA)
- Pseudopathologieën (IMA)

Zorggebruik:

- Minimaal één consult bij de huisarts (literatuur)
- Het gemiddeld aantal contacten van patiënten met de HA (literatuur, expert)
- Het aandeel bevolking met een GMD (literatuur)
- Kosten huisartsenzorg in euro's/verzekerde (planningscommissie)

Bevolkingsonderzoeken:

- Borst-, baarmoederhals- en colonkankerscreening (literatuur)

Andere indicatoren:

- Gezondheidsongelijkheden (literatuur)
- Perceptie over eigen gezondheidstoestand (literatuur)

5. Vakinhoudelijke indicatoren

Medische ontwikkelingen:

- Uitbreiding van het takenpakket (literatuur)
- Ontwikkelingen in het kader van de thuiszorg, palliatieve thuiszorg, dag hospitalisatie (literatuur)
- Veranderingen in behandelingen (literatuur)
- Nieuwe protocolleringen, aanbevelingen en standaarden (literatuur)
- Toenemende aandacht voor preventie (literatuur)

Ontwikkelingen zorgorganisatie:

- Horizontale substitutie (literatuur)
- Verticale substitutie (literatuur)
- Telemedicine/videoconsultaties (literatuur)
- Automatisering van dossiers (literatuur)

6. Beleidsmatige indicatoren

- Programmatische preventie/bevolkingsonderzoeken (literatuur)
- Vaccinatieprogramma's (literatuur)

ZORGAANBOD

1. Indicatoren voor samenwerking/andere hulpverleners in de praktijk

Samenstelling praktijk & taakverdeling:

- Type praktijk (solopraktijk/groepspraktijk/multidisciplinair): aantal artsen + andere zorgdisciplines + andere niet-zorgdisciplines (literatuur, DM, expert)
- Taakverdeling in de praktijk/Job inhoud zorgverleners in de praktijk (expert)

Praktijkgrootte (literatuur)

Kenmerken praktijkgebouw (eigen privéwoning, privéwoning collega, afzonderlijk) (literatuur)

Continuïteit van zorg (literatuur, expert)

- Afspraken met andere artsen van de eigen praktijk
- Afspraken met collega huisartsen buiten de eigen praktijk
- Georganiseerde wachtdienst in de week + hoe (wachtpost of niet)
- Georganiseerde wachtdienst in het weekend (wachtpost of niet)

2. Indicatoren verwerkingscapaciteit

Beschikbaarheid:

- Aantal FTE HA (literatuur, DM, planningscommissie)
- Reguliere werkuren (avond-, nacht- en weekenddiensten) (literatuur)
- Werktempo/systematisch uitlopen van consulten (DM)
- Aantal uur (per week) besteed aan niet-patiëntgebonden activiteiten/andere huisarts gerelateerde bezigheden (literatuur, DM)
- Aantal uur besteed aan patiëntgebonden activiteiten/week (literatuur)
- Gemiddelde consultduur (literatuur)
- Aantal (haalbare) huisarts-patiëntcontacten per dag (literatuur)
- Verhouding raadpleging – huisbezoeken (literatuur, expert)
- Openingsuren praktijk (literatuur)

Huidige verwerking:

- Gemiddeld aantal prestatieboekjes per jaar (literatuur)
- Aantal terugbetalingen RIZIV (planningscommissie)
- Aantal toegewezen patiënten per subgroep van patiënten (IMA)
- Aantal patiëntencontacten (literatuur)
- Aantal behandelingen (planningscommissie)
- Patiëntenstop (volledig/gedeeltelijk, tijdelijk/permanent) (literatuur, DM, expert)

Toekomstperspectief:

- Gezondheidsproblemen HA (literatuur)
- Ervaren werkdruk/werklast (literatuur)
- Carrièreperspectief (uitbreiden/afbouwen) + motivatie/randvoorwaarden (literatuur)
- Wensen ten aanzien van pensionering (uitstroom) (literatuur)
- Wens tot verandering van praktijkvorm (literatuur)

Andere indicatoren:

- Competitie tussen HA (literatuur)
- Beschikbaarheid van website (literatuur)
- Mogelijk om online een afspraak te maken (literatuur)
- Activiteit status HA (afgeleide variabele) (planningscommissie): Socio-economische positie HA (planningscommissie), Professioneel statuut (planningscommissie)

3. Indicatoren aantal beschikbare huisartsen

Huidige workforce:

- Aantal actieve (erkende) HA (literatuur, planningscommissie)
- Aandeel niet erkende HA (literatuur)
- Instroom/ Instroom uit het buitenland (literatuur, expert)
- Uitstroom (literatuur, expert)
- Geografische distributie praktijken (afstand inwoners-praktijk) (expert)

Kenmerken HA:

- Leeftijd (literatuur, DM, planningscommissie)
 - Geslacht (literatuur, DM, planningscommissie)
 - Verhouding man/vrouw (literatuur)
 - Oorsprong/taal diploma/migratieachtergrond en geboortestreek (expert, planningscommissie)
 - HA naar LTP/PA/PR (planningscommissie)
 - Gezinssituatie (burgerlijke staat, (aantal) kinderen) (literatuur)
- Werkadres van de huisarts/lokale vestiging HA/hoofdzetel van de werkgever waarbij de HA arbeidsprestaties levert/woonplaats/plaats van activiteit (literatuur, planningscommissie)

Huisartsen in opleiding/jonge HA:

- HAI0 in de praktijk (+ geslacht) (literatuur, DM, planningscommissie)
- Aantal opleidingsplaatsen (expert)
- Leeftijd van de stagemeesters bij HAI0s (literatuur)
- Mogelijke barrières die jonge huisartsen kunnen ondervinden. Bv. het vinden van een geschikte ruimte, de investeringslast, het ontbreken aan begeleiding bij het individueel opstarten, financiële zorgen (literatuur)

Andere indicator:

- Betalingssysteem (aanwezigheid forfaitair betalingssysteem/betaling per prestatie) (literatuur, DM)

4. Indicatoren zorgnetwerk rond praktijk

- Aantal paramedici (literatuur)
- Aantal thuisverpleegkundige (literatuur)
- Aantal apothekers (literatuur)
- Aantal kinesisten (literatuur)
- Aantal diëtisten (literatuur)
- Aantal psychologen + GGZ + CAW (literatuur, expert)
- Aantal ziekenhuizen (literatuur, expert)
- Aantal ouderenzorgvoorzieningen (literatuur)
- Aantal vaste brugfiguren (literatuur)
- Aanwezigheid van wijkgezondheidscentra (literatuur)

+ beschikbaarheid van website, mogelijkheden online afspraak, soort praktijk, openingsuren, etc.

Bijlage 2: Shortlist 1.0

ZORGVRAAG

1. Inwoners

Indicator(en):

- Totaal aantal inwoners volgens rijksregister

Definitie: deze indicator geeft het totaal aantal inwoners weer, inclusief de inwoners ingeschreven in het wachtregister.

Bron: provincie.incijfers.be via Federale Overheidsdienst Binnenlandse Zaken – Algemene directie Instellingen en Bevolking – Rijksregister. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector.

2. Bevolkingsdichtheid

Indicator(en):

- Bevolkingsdichtheid

Definitie: deze indicator geeft een gemiddelde weer van het aantal inwoners per km².

Bron: provincie.incijfers.be via Federale Overheidsdienst Binnenlandse Zaken – Algemene directie Instellingen en Bevolking – Rijksregister. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector.

3. Leeftijd

Indicator(en):

- Basisindeling
- Grijs druk
- Groene druk
- Familiale zorgindex

Definitie (basisindeling): deze indicator geeft het aantal inwoners weer (inclusief de inwoners ingeschreven in het wachtregister) voor de leeftijdscategorieën 0 tot 2 jaar, 3 tot 5 jaar, 6 tot 11 jaar, 12 tot 17 jaar, 18 tot 24 jaar, 25 tot 49 jaar, 50 tot 64 jaar, 65 tot 79 jaar en 80 jaar en/of ouder. Extra aandacht gaat uit naar de leeftijdscategorie 50 tot 64 jaar. Deze leeftijdscategorie wordt ook wel de actieve leeftijd genoemd waarmee een inschatting gemaakt kan worden naar de toekomstige bejaarden.

Definitie (grijs druk): deze indicator geeft de verhouding weer van het aantal ouderen (65 jaar of ouder) op het aantal inwoners op beroepsactieve leeftijd (20-64 jaar). De grijs druk geeft aan hoeveel ouderen er onderhouden moeten worden door de bevolking op beroepsactieve leeftijd.

Definitie (groene druk): deze indicator geeft de verhouding weer van het aantal jongeren (0-19 jaar) op de het aantal inwoners met een leeftijd van 20 tot 64 jaar. De groene druk geeft aan hoeveel kinderen en jongeren er onderhouden moeten worden door de bevolking op de beroeps actieve leeftijd.

Definitie (familiale zorgindex): deze indicator geeft de verhouding weer van de hoogbejaarden (80 jaar of ouder) op het aantal inwoners met een leeftijd van 50 tot 59 jaar. Het is een inschatting van hoeveel hoogbejaarden er zijn in verhouding tot de bevolking die er normaliter zorg voor moet dragen. Deze maat wordt vaak gebruikt om in te schatten hoe groot de groep potentiële mantelzorgers is. Hoe hoger de waarde, hoe meer 80-plussers er zijn per 50-59-jarige.

Bron: provincie.incijfers.be via Federale Overheidsdienst Binnenlandse Zaken – Algemene directie Instellingen en Bevolking – Rijksregister. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector.

4. Geslacht

Indicator(en):

- Aantal mannen
- Aantal vrouwen

Definitie: deze indicator geeft het aantal inwoners weer van het mannelijke en/of vrouwelijke geslacht. Gegevens zijn beschikbaar vanaf een leeftijd van 0 jaar.

Bron: provincie.incijfers.be via Federale Overheidsdienst Binnenlandse Zaken – Algemene directie Instellingen en Bevolking – Rijksregister. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector.

5. Nationaliteit

Indicator(en):

- Aantal nationaliteiten

Definitie: deze indicator geeft het aantal verschillende nationaliteiten weer.

Bron: provincie.incijfers.be via Federale Overheidsdienst Binnenlandse Zaken – Algemene directie Instellingen en Bevolking – Rijksregister. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau provincie.

- Belgische huidige nationaliteit
- Niet-Belgische huidige nationaliteit
- Europese (EU) huidige nationaliteiten detail (Nederlandse, Franse, Zuid-Europese, Noord/West-Europese, Oost-Europese, niet-EU huidige nationaliteit)
- Niet-Europese (niet EU) huidige nationaliteiten detail (Oost-Europese, ander rijk OESO land, Maghreb, Turkse, Afrikaanse, Aziatische, Centraal/Zuid-Amerikaanse, onbekende)
- Aantal verschillende geboortenationaliteiten
- Belgische geboortenationaliteit
- Niet - Belgische geboortenationaliteit
- Europese (EU) geboortenationaliteiten detail (Nederlandse, Franse, Zuid-Europese, Noord/West-Europese, Oost-Europese)
- Niet-Europese (niet EU) geboortenationaliteiten detail (Oost-Europese, ander rijk OESO land, Maghreb, Turkse, Afrikaanse, Aziatische, Centraal/Zuid-Amerikaanse, onbekende)

Definitie Europese (EU) huidige nationaliteiten: deze indicator geeft het aantal inwoners met een Europese (EU) nationaliteit weer. Dit is exclusief de Belgische huidige nationaliteit en inclusief inwoners in het wachtregister. Onder de Europese (EU) nationaliteit worden volgende landen gecategoriseerd: Nederland, Frankrijk, Zuid-Europa (Italië, Spanje, Griekenland, Portugal, Malta, Cyprus en Gibraltar), Noord- en West-Europa (Duitsland, Verenigd Koninkrijk, Oostenrijk, Ierland, Finland, Denemarken, Luxemburg, Zweden), Oost-Europa (Polen, Bulgarije, Roemenië, Slovaakse Republiek, Hongarije, Tsjechische Republiek, Letland, Litouwen, Slovenië, Kroatië, Estland).

Definitie Niet- Europese (EU) huidige nationaliteiten deze indicator geeft het aantal inwoners met een niet- Europese (niet EU) nationaliteit weer. Onder de niet-Europese (niet EU) nationaliteit worden volgende landen gecategoriseerd: Oost-Europa (niet-EU) (Ex-Oostbloklanden die niet tot de EU behoren: Rusland, Kosovo, Servië, Oekraïne, Albanië, Bosnië-

Herzegovina, Macedonië, Wit-Rusland, Moldavië, Montenegro), Maghreb (Marokko, Algerije, Tunesië, Libië, Mauritanië), Turkije, Noord-Amerika (Canada en de Verenigde Staten van Amerika), Oceanië, (Australië, NieuwZeeland, ...), IJsland, Noorwegen, Zwitserland, Zuid-Korea, Japan, Israël, Chili, Europese ministaatjes (Andorra, Liechtenstein, Monaco, San Marino, Vaticaanstad), Andere landen van Afrika, Andere landen van Azië, Andere landen van Zuid- en Centraal-Amerika en Onbepaald. De categorie 'onbepaald' is een restcategorie en groepeerde vluchtelingen waarvan de herkomst niet bekend is, staatlozen en andere personen waarvan nationaliteit niet duidelijk is.

Bron: provincie.incijfers.be via Federale Overheidsdienst Binnenlandse Zaken – Algemene directie Instellingen en Bevolking – Rijksregister. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector.

6. Herkomst

Indicator(en):

- Belgische herkomst
- Niet-Belgische herkomst
- Europese herkomst detail (Nederlandse, Franse, Zuid-Europese, Noord/West-Europese, Oost-Europese)
- Niet-Europese herkomst detail (Oost-Europese, ander rijk OESO land, Maghreb, Turkse, Afrikaanse, Aziatische, Centraal/Zuid-Amerikaanse, onbekende)
- Herkomst 0-24 j (Belgische, Nederlandse, Franse, Noord/West-Europese, Zuid-Europese, Oost-Europese (wel en niet EU), ander rijk OESO land, Maghreb, Turkse, Afrikaanse, Aziatische, Centraal/Zuid-Amerikaanse, onbekende)

Definitie herkomst: voor de operationalisering van de indicatoren die betrekking hebben op de herkomst heeft provincie.incijfers.be zo nauw als mogelijk aangesloten bij de definitie opgesteld door het integratiedecreet, namelijk: "personen die legaal en langdurig in België verblijven en die bij hun geboorte niet de Belgische nationaliteit bezaten of van wie minstens één van de ouders bij geboorte niet de Belgische nationaliteit bezat, in het bijzonder diegenen die zich in een vaststelbare achterstandspositie bevinden". Op basis van de beschikbare gegevens in het Rijksregister, heeft provincie.incijfers.be de herkomst van een persoon als volgt bepaald: 1) identificatie van moeder en/of vader, 2) nationaliteitshistoriek opmaken per persoon (1990-...), 3) identificatie personen niet-Belgische herkomst, 4) benoemen van de herkomst per persoon.

Bron: provincie.incijfers.be via Federale Overheidsdienst Binnenlandse Zaken – Algemene directie Instellingen en Bevolking – Rijksregister. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector.

7. Huishouden

Indicator(en):

- Aantal personen in het huishouden
- Gemiddelde huishoudgrootte

Definitie (aantal personen in het huishouden): deze indicator geeft het aantal (private) huishoudens weer bestaande uit 1, 2, 3, 4, 5 en/of meer personen. **Een privaat huishouden** bestaat uit alle personen die eenzelfde referentiepersoon hebben. Een huishouden kan bestaan uit een persoon die alleen leeft of uit twee of meer personen die al dan niet verwant zijn.

Definitie (gemiddelde huishoudgrootte): deze indicator geeft het gemiddelde weer van de huishoudgrootte. Deze indicator werd bekomen door het aantal inwoners in de private huishoudens te delen door het totaal aantal private huishoudens.

Bron: provincie.incijfers.be via Federale Overheidsdienst Binnenlandse Zaken – Algemene directie Instellingen en Bevolking – Rijksregister. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector.

- Alleenwonend (hoofdindeling)

- Alleenwonend naar leeftijd (18-64 jaar, 65-74 jaar en 75+) (hoofdindeling)
- Meerpersoonshuishoudens met minderjarige kinderen (hoofdindeling)
- Meerpersoonshuishoudens zonder minderjarige kinderen (hoofdindeling)
- Éénoudergezinnen: éénoudergezin met minstens 1 minderjarig kind (hoofdindeling)

Definitie (alleenwonend): deze indicator geeft het aantal inwoners weer met een leeftijd van 18-64 jaar of 75 jaar en ouder die alleen wonen, inclusief de inwoners ingeschreven in het wachtregister.

Definitie (alleenwonend naar leeftijd): deze indicator geeft het aantal inwoners weer die alleen wonen voor de leeftijdscategorieën 18 tot 64 jaar, 65 tot 74 jaar en 75 jaar of ouder, inclusief de inwoners ingeschreven in het wachtregister.

Definitie (meerpersoonshuishoudens met minderjarige kinderen): deze indicator geeft het aantal meerpersoonshuishoudens weer met minstens 1 minderjarig kind, inclusief de inwoners ingeschreven in het wachtregister. Deze data omvat koppel(s) met minstens één minderjarig kind of eenoudergezin(nen) met minstens 1 minderjarig kind.

Definitie (meerpersoonshuishoudens zonder minderjarige kinderen): deze indicator geeft het aantal meerpersoonshuishoudens weer zonder minderjarige kinderen. Deze data omvat meerpersoonshuishoudens met enkel meerderjarige kinderen of meerpersoonshuishoudens zonder kinderen.

Definitie (eenoudergezinnen): deze indicator geeft het aantal gezinnen weer bestaande uit een alleenstaande ouder met minstens 1 minderjarig (LIPRO) kind, inclusief de inwoners ingeschreven in het wachtregister.

kind Bron: provincie.incijfers.be via Federale Overheidsdienst Binnenlandse Zaken – Algemene directie Instellingen en Bevolking – Rijksregister. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector.

- Alleenstaande moeders (20-49 jaar)

Bron: (nog) niet gevonden

8. Socio-economische positie

Indicator(en):

- Werkenden
- Werkzoekenden
- Niet-beroepsactieven
- Andere socio-economische positie

Definitie (werkenden): deze indicator geeft het aantal werkenden weer. De werkende bevolking omvat de loontrekkenden met één of meer jobs in loondienst, zowel in de private als in de overheidssector, de zelfstandigen en de helpers. Voor deze laatste 2 groepen kan dat zijn in hoofdberoep, in bijberoep of na pensioen.

Definitie (werkzoekenden): deze indicator geeft het aantal werkzoekenden weer. Bij de werkzoekenden gaat het om de volgende groepen: werkzoekenden na voltijdse tewerkstelling met werkloosheidsuitkering, werkzoekenden na een vrijwillig deeltijdse job met werkloosheidsuitkering, en werkzoekenden na studies met overbruggingsuitkering of wachttuitkering (tot 2011) / inschakelingsuitkering (vanaf 2012).

Definitie (niet-beroepsactieven): deze indicator geeft het aantal niet beroepsactieven weer. De niet beroepsactieve groep wordt gedefinieerd als het deel van de bevolking dat zich niet aanbiedt op de arbeidsmarkt, maar wel een uitkering krijgt vanuit de Belgische sociale zekerheid. Het gaat dus om de personen in volledige loopbaanonderbreking of volledig tijdskrediet, de vrijgestelde werkzoekenden, personen met een leefloon of financiële hulp, de (brug)gepensioneerden

(pensioentrekkend zonder werk, volledig bruggepensioneerd (tot 2011) / volledig in stelsel van werkloosheid met bedrijfstoeslag (vanaf 2012), en terbeschikkingstelling voorafgaand aan het pensioen (vanaf 2012)), de volledig arbeidsongeschikten (arbeidsongeschiktheid gekend bij de mutualiteiten (zwangerschaps-, adoptie-, en vaderschapsverlof, werkverwijdering en primaire arbeidsongeschiktheid) en arbeidsongeschiktheid omwille van invaliditeit, beroepsziekte of arbeidsongeval) en vanaf 2009 ook de personen met een tegemoetkoming aan personen met een handicap (IVT).

Definitie (andere socio-economische positie): deze indicator geeft het aantal personen weer zonder link met de Belgische Sociale Zekerheid. Dit is een zeer diverse groep van personen die deel uitmaken van de Belgische bevolking (gekend via het Rijksregister), maar die geen directe link hebben met de Belgische sociale zekerheid. Dit zijn onder meer uitgaande grensarbeiders, personen die in België werken voor een organisatie/onderneming die niet bijdrageplichtig is aan de Belgische sociale zekerheid (vb. EU-werknemers en andere internationale functionarissen en diplomaten, zeelieden van de Belgische koopvaardij, personen aangegeven bij de Dienst voor de Overzeese Sociale Zekerheid, huishoudpersoneel dat niet is aangegeven bij de RSZ), maar ook huisvrouwen/huismannen, kinderen die niet gekend zijn bij de diensten voor kinderbijslag, geschorste werkzoekenden, ouderen van wie de partner het gezinsspensioen ontvangt en personen die uitsluitend leven van andere inkomsten dan diegenen gekend binnen het DWH AM&SB (vb. huurinkomsten, beursopbrengsten). Met de toevoeging van bijkomende databronnen werd de groep 'anderen' de afgelopen jaren steeds kleiner, maar nog steeds bevat deze groep zowel niet beroepsactieven (vb. huismannen en -vrouwen), als werkenden (vb. werknemers bij de Europese instellingen). Lokaal dient men er dus rekening mee te houden dat de samenstelling van deze restgroep erg kan verschillen.

Bron: provincie.incijfers.be via VDAB en het Rijksregister. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau gemeente.

▪ Werkzoekenden zonder werk (WZW)

Definitie (WZW): deze indicator geeft het aantal werkzoekende zonder werk (WZW) weer. WZW zijn personen tussen 18 en 64 zonder job die op 1 januari als werkzoekende zonder werk (WZW) ingeschreven zijn bij de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB) als werkzoekende¹

¹ De volgende werkzoekendencategorieën worden geteld als werkzoekenden zonder werk:

- Werkzoekenden met een werkloosheidsuitkeringsaanvraag (categorie 00): werkzoekenden die een werkloosheidsvergoeding ontvangen of willen aanvragen.
- Jongeren in beroepsinschakelingstijd (categorie 02): jongeren die hun studies beëindigd hebben en die een verplichte beroepsinschakelingstijd (BIT) van 310 werkdagen doorlopen.
- Vrij ingeschreven niet-werkende werkzoekenden (categorie 03): werkzoekenden zonder job die geen recht op uitkeringen hebben en zich als werkzoekende laten inschrijven in functie van begeleiding door VDAB.
- Werkzoekenden ten laste van het OCMW (categorie 05): personen die een vergoeding van het OCMW ontvangen en die op vraag van het OCMW als werkzoekende ingeschreven moeten blijven.
- Jongeren met een arbeidshandicap (categorie 06): jongeren met een arbeidshandicap die maximaal het getuigschrift BUSO OV2 hebben. Ze worden in deze categorie ingeschreven in functie van begeleiding naar tewerkstelling in een sociale onderneming
- Werkzoekenden die zijn uitgesloten van het recht op uitkering (categorie 14): werkzoekenden die uitgesloten zijn van het recht op werkloosheidsuitkeringen en waarvoor één van de volgende opties geldt: (1) ze moeten ingeschreven blijven omdat ze in beroep gaan tegen deze uitsluiting, (2) ze willen bijdragebons van RVA voor hun ziekteverzekering blijven ontvangen.
- Werkzoekenden ten laste van het RIZIV (categorie 32): personen die een uitkering krijgen van het ziekenfonds en zich inschrijven in functie van begeleiding naar tewerkstelling in een nieuwe job. Het is mogelijk dat deze burgers nog een lopend arbeidscontract hebben met hun vorige werkgever.
- Arbeidszorgmedewerkers (categorie 33): dit is een uitdovende werkzoekendencategorie. Deze burgers zijn bezig met begeleide onbezoldigde tewerkstelling op maat omdat ze niet meer of nog niet in het betaalde economische of beschermde tewerkstellingscircuit terecht kunnen. Voor juli 2021 sprak men van de niet-werkende werkzoekende of NWWZ. In de nieuwe omschrijving als WZW worden enerzijds niet langer de deeltijds lerenden zonder job meegenomen. Anderzijds wordt de nieuwe groep wel uitgebreid met de personen ten laste van het RIZIV in voorbereiding op tewerkstelling en de arbeidszorgmedewerkers.

Bron: provincie.incijfers.be via VDAB en het Rijksregister. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector.

9. Arbeidsongeschiktheid

Indicator(en):

- % Invaliditeitsuitkering
- % Arbeidsongeschiktheidsuitkering leidend tot invaliditeit
- % Langdurige arbeidsongeschiktheidsuitkering

Definitie (%invaliditeitsuitkering): deze indicator geeft het percentage weer van het aantal rechthebbenden tussen 20-64 jaar dat minstens 1 dag invaliditeitsuitkering ontvangen heeft tijdens het jaar, welke geen statuut gepensioneerde heeft (op 31 december), en titularis is. Deze gegevens zijn inclusief halftijdse werknemers met invaliditeitsuitkering en exclusief statuaire ambtenaren van de federale overheid (*zie voetnoot 3*) en kinderen van rechthebbenden met een uitkering.

Definitie (% arbeidsongeschiktheidsuitkering leidend tot invaliditeit): deze indicator geeft het percentage weer van het aantal rechthebbenden tussen 20 -64 jaar met minimaal 1 dag arbeidsongeschiktheid en minimaal 1 dag invaliditeit, welke geen statuut gepensioneerde heeft, en titularis is. Deze gegevens zijn exclusief statuaire ambtenaren van de federale overheid (*zie voetnoot 3*) en kinderen van rechthebbenden met een uitkering. Voor deze indicator wordt gewerkt met de jaarpopulatie versie twee die een stuk vollediger is voor uitkerings-gerelateerde variabelen. Hierdoor loopt deze indicator meer achterop in zijn termijn van ter beschikking stelling op de IMA-Atlas.

Definitie (% langdurige arbeidsongeschiktheidsuitkering): deze indicator geeft het percentage weer van het aantal rechthebbenden tussen 20-64 jaar met minimaal 120 dagen arbeidsongeschiktheidsuitkering (tijdens het jaar), welke geen statuut gepensioneerde heeft, en titularis is. Deze gegevens zijn exclusief statuaire ambtenaren van de federale overheid (*zie voetnoot 3*) en kinderen van rechthebbenden met een uitkering.

Bron: IMA-Atlas (<http://www.ima-aim.be>). Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector (t.e.m. 2018).

10. Vervangingsinkomen

Indicator(en):

- % vervangingsinkomen 65+
- % vervangingsinkomen 20-64 jaar

Definitie (% vervangingsinkomen 65+): deze indicator geeft het percentage weer van het aantal rechthebbenden met een leeftijd van 65 jaar of ouder met recht op een gewaarborgd inkomen, inkomensgarantie voor ouderen, het leefloon of hulp van het OCMW (t.o.v. totaal aantal rechthebbenden van 65 jaar of ouder inclusief overledenen).

Definitie (% vervangingsinkomen 20-64): deze indicator geeft het percentage weer van het aantal rechthebbenden (niet gepensioneerden met een leeftijd van 20 tot 64 jaar, met het statuut titularis, exclusief statuaire ambtenaren van de federale overheid²) die minimaal 250 dagen een vervangingsinkomen (arbeidsongeschiktheids- of invaliditeits- of

² Voor statutaire ambtenaren van de federale overheid (hierna ambtenaren) geldt een ander systeem voor zowel arbeidsongeschiktheid als invaliditeitsuitkeringen. Ambtenaren hebben een systeem met een ziekteverlofsaldo dat bepaald wordt aan de hand van de anciënniteit en de tewerkstellingsgraad. Per 12 maanden dienstanciënniteit kan een ambtenaar maximaal 21 werkdagen ziekteverlof krijgen, met indien

werkkloosheidsuitkering) ontvangen hebben (t.o.v. totaal aantal rechthebbenden tussen 20-64 jaar, inclusief overledenen tijdens het beschouwde jaar).

Bron: IMA-Atlas (<http://www.ima-aim.be>). Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector (t.e.m. 2018). Opmerking data betreffende (% vervangingsinkomen 65+): Er is een verschil tussen de data op niveau van gemeenten (of hoger aggregatieniveau) en een lager niveau aangezien het percentage ontbrekende gegevens in de brondata groter is op niveau van statistische sectoren. Afhankelijk van het jaar zijn er tussen 3,2% (2016) en 7,2% (2012) minder rechthebbenden opgenomen in de cijfers op niveau wijken en statistische sectoren dan in cijfers op niveau van gemeenten of hoger.

11. Sociaal wonen

Indicator(en):

- Sociale huurwoningen (SHM + SVK)

Definitie (sociale huurwoningen): deze indicator geeft de som weer van het aantal huurwoningen verhuurd door sociale huisvestingsmaatschappijen (SHM) en het aantal huurwoningen verhuurd door sociale verhuurkantoren (SVK).

Bron: provincie.cijfers.be via Vlaamse Maatschappij voor Sociaal Wonen (VMSW). Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector.

- Kandidaat-huurders per domiciliegemeente
- Percentage kandidaat-huurders t.o.v. particuliere huishoudens

Definitie (Kandidaat-huurders per domiciliegemeente): deze indicator geeft het aantal unieke gezinnen weer dat op dedachtlijst staat voor een sociale woning bij een sociale huisvestingsmaatschappij (SHM), naar gemeente waar men gedomicilieerd is. Het betreft hier enkel de kandidaat-huurders die een domicilie-adres in Vlaanderen of Brussel hebben. Kandidaat-huurders die buiten het Vlaams of Brussels Hoofdstedelijk Gewest wonen maar die wel op een wachtlijst staan van een Vlaamse sociale huisvestingsmaatschappij, worden hier niet meegeteld in de statistieken.

Definitie (percentage kandidaat-huurders t.o.v. particuliere huishoudens): deze indicator geeft percentage weer van het aantal unieke gezinnen op de wachtlijst van sociale huisvestingsmaatschappijen (kandidaat huurders) ten opzichte van het aantal huishoudens volgens het rijksregister.

Bron: provincie.cijfers.be via Vlaamse Maatschappij voor Sociaal Wonen (VMSW). Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau gemeente.

minder dan 3 jaar in dienst een minimaal saldo ziekteverlof van 63 dagen. Gedurende de opname van zijn/haar ziekteverlof behoudt de ambtenaar de administratieve stand 'dienstactiviteit' met behoud van het loon en dus zonder ZIV-uitkering arbeidsongeschiktheid. Indien het ziekteverlof saldo opgebruikt is dan verandert de administratieve stand in 'disponibiliteit' en ontvangt de ambtenaar een wachtgeld van de overheid, en dus ontvangt hij geen ZIV-uitkering arbeidsongeschiktheid noch invaliditeit. Ambtenaren in dienst van de Vlaamse overheid hebben sinds 2014 geen systeem van ziektesaldo noch 'disponibiliteit'. In de plaats hebben ze een maximum van 666 werkdagen afwezigheid in geval van werkonbekwaamheid, en dit ongeacht de anciënniteit. Na 666 werkdagen afwezigheid wordt men Definitief op rust gesteld. Om een idee te geven van de grootte orde van de afwijking van de cijfers: er zijn in België rond de 800.000 mensen in dienst van de overheid waarvan grof geschat 65 procent statutair is: dus zouden er potentieel rond de 520.000 mensen in dit afwijkend systeem zitten. Op een populatie van 5,7 miljoen 20-64 jarigen is dit bijna 10%.

12. Risicokenmerken van leerlingen

Indicator(en):

- OKI (onderwijs Kansarmoede Indicator) waarde basisonderwijs – volgens woonplaats van de leerling (%)
 - OKI (onderwijs Kansarmoede Indicator) waarde kleuteronderwijs – volgens woonplaats van de leerling (%)
 - OKI (onderwijs Kansarmoede Indicator) waarde lager onderwijs – volgens woonplaats van de leerling (%)
- OKI (onderwijs Kansarmoede Indicator) waarde secundair onderwijs – volgens woonplaats van de leerling (%)

Indicatoren risicokenmerken gewoon basisonderwijs:

- Leerlingen gewoon basisonderwijs
- Leerlingen basisonderwijs met een laag opgeleide moeder
- Leerlingen basisonderwijs die een schooltoelage ontvangen
- Leerlingen basisonderwijs die thuis geen Nederlands spreken
- Leerlingen basisonderwijs die in een buurt met verhoogde schoolse vertraging wonen

Indicatoren risicokenmerken gewoon secundair onderwijs:

- Leerlingen gewoon secundair onderwijs
- Leerlingen secundair onderwijs met een laag opgeleide moeder
- Leerlingen secundair onderwijs die een schooltoelage ontvangen
- Leerlingen secundair onderwijs die thuis geen Nederlands spreken,
- [aantal] leerlingen secundair onderwijs die in een buurt met verhoogde schoolse vertraging wonen - volgens woonplaats van de leerling

Definitie: De OKI indicator geeft de som weer van het aantal risicokenmerken³ waaraan leerlingen voldoen, gedeeld door het aantal leerlingen. Dit zijn risicokenmerken voor kansarmoede. Deze indicator heeft betrekking op de leerlingen die in een bepaalde gemeente wonen, onafhankelijk in welke gemeente ze naar school gaan. De gegevens worden dus ingedeeld volgens de woonplaats van de leerling. Verder heeft deze indicator enkel betrekking op de leerlingen die les volgen in een school die gefinancierd of gesubsidieerd wordt door de Vlaamse Gemeenschap. Leerlingen die les volgen in privéscholen

3 Volgende risicokenmerken worden bekeken:

- Laagopgeleide moeder. Dit is het geval wanneer de moeder niet in het bezit is van een diploma of getuigschrift van het hoger secundair onderwijs.
- Schooltoelage / schooltoeslag. Tot 2019 (schooljaar 2018-2019) scoort de leerling op deze indicator als hij in aanmerking komt voor een schooltoelage én deze aangevraagd heeft. Een leerling blijft scoren op deze indicator als hij het recht op schooltoelage verliest (bijvoorbeeld door veelvuldig spijbelen). Vanaf 2020 (schooljaar 2019-2020) wordt de schooltoeslag uitbetaald als deel van het groeipakket. De toeslag moet niet langer aangevraagd worden, maar de toekenning gebeurt voortaan automatisch. De inkomensgrenzen worden daarenboven ook verruimd. Dit maakt dat het aantal leerlingen met een schooltoeslag sterk stijgt tussen 2019 en 2020.
- Nederlands is de thuistaal niet. De leerling scoort op de indicator 'taal' wanneer hij/zij met niemand, of in een gezin met drie gezinsleden, met maximum één gezinslid Nederlands spreekt. Broers en/of zussen worden als één gezinslid geteld.
- Buurtindicator. De leerlingen worden onderverdeeld volgens de buurt waarin ze wonen. Op basis van deze indicator wil men een kwart van de leerlingen extra financiering toekennen. Het gaat hierbij om de 25% leerlingen die in buurten met het hoogste percentage schoolse vertraging wonen. Bij de berekening van dit percentage gaat men uit van het aantal 15-jarigen van de zes afgelopen jaren, die minstens twee jaar schoolse vertraging hadden. Leerlingen die behoren tot de trekkende bevolking en thuislozen scoren steeds op deze indicator

of scholen van de Franse Gemeenschap zijn niet opgenomen in deze indicator. Leerlingen met een woonplaats in Wallonië of leerlingen die in het buitenland wonen zijn ook geëxcludeerd.

Bron: provincie.incijfers.be via Departement Onderwijs en Vorming, Vlaamse Gemeenschap. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector.

- Vroegtijdige schoolverlaters

Definitie (vroegtijdige schoolverlaters): Deze indicator geeft het aantal leerlingen weer die het Vlaams secundair onderwijs hebben verlaten zonder voldoende kwalificatie. Een vroegtijdige schoolverlater (VSV) wordt gedefinieerd als een leerling die niet langer leerplichtig is en die een regulier kwalificerend traject van het Vlaams secundair onderwijs verlaat zonder kwalificatie met beroepsfinaliteit, dan wel een finaliteit doorstroom hoger onderwijs. Een vroegtijdige schoolverlater verlaat dus het Vlaams secundair onderwijs zonder een kwalificatiecriterium te behalen. Als kwalificatiecriterium geldt: 1) een diploma secundair onderwijs, 2) een studiegetuigschrift van het 2de leerjaar van de 3de graad van het beroepssecundair onderwijs (BSO), 3) een eindgetuigschrift behaald in het deeltijds beroepssecundair onderwijs (DBSO), 4) een certificaat behaald in de leertijd (Syntra), 5) een getuigschrift behaald in de opleidingsvormen 3 (OV3) van het buitengewoon secundair onderwijs (BuSO), 6) een certificaat behaald in het modulair stelsel van het BSO, het DBSO en BuSO OV3. Concreet wordt het aantal vroegtijdige schoolverlaters als volgt berekend: een leerling die voor de eerste keer de schoolloopbaan onderbreekt zonder één van voorgaande kwalificatiecriteria te behalen, wordt beschouwd als een vroegtijdige schoolverlater. Een leerling is dus vroegtijdig schoolverlater in het jaar X als hij/zij: 1) ingeschreven was in het secundair onderwijs in het jaar X (op basis van de februaritelling van het Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming), 2) niet meer ingeschreven is in het jaar X+1, 3) geen enkele van bovenvermelde kwalificatiecriteria heeft behaald, 3) niet meer leerplichtig is en geoperationaliseerd is tussen 18 en 25 jaar.

Bron: provincie.incijfers.be via Departement Onderwijs en Vorming, Vlaamse Gemeenschap. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau gemeente.

13. Kinderen in armoede

Indicator(en):

- Kansarmoedeindex Kind & Gezin

Definitie: Deze indicator geeft het aantal kinderen weer die geboren zijn in een kansarm gezin volgens de criteria⁴ van Kind en Gezin in jaar x, jaar x-1 en jaar x-2 en die wonen in de gebiedsomschrijving op 31 december van jaar x ten opzichte van het totaal aantal kinderen geboren in die 3 jaar en die wonen in de gebiedsomschrijving op 31 december van jaar x.

Bron: Stadsmonitor via Kind & Gezin. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau gemeente.

14. Verhoogde tegemoetkoming

Indicator(en):

- Aantal personen met een verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering

Definitie: deze indicator geeft het aantal personen weer die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming (ook wel voorkeursregeling genoemd) in de verplichte ziekteverzekering per geografische eenheid (op basis van meest recent

⁴ Een gezin wordt door Kind en Gezin als kansarm beschouwd als het op minstens 3 van volgende criteria zwak scoort: beschikbaar maandinkomen, opleiding ouders, arbeidssituatie ouders, laag stimulatie-niveau, huisvesting en gezondheid.

gekende domicilie tijdens het kalenderjaar) zoals bekend bij het InterMutualistisch Agentschap (IMA). Deze statistiek is inclusief de rechthebbenden die overleden of geboren werden in het kalenderjaar.

Bron: provincie.incijfers.be via InterMutualistisch Agentschap (IMA) en IMA-Atlas (<http://www.ima-aim.be>). Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector (2005-2020). De data is geldig voor de Belgische bevolking aangezien 99% van de Belgen rechthebbende is (i.e. in orde met de verplichte ziekteverzekering) én een bekende domicilie heeft in de brondata. Er zijn echter kleine verschillen tussen de IMA Populatie en de officiële bevolking in het Rijksregister⁵.

- Aantal inwoners met voorkeursregeling in de ziekteverzekering ten opzichte van het aantal inwoners

Definitie: deze indicator geeft het aantal personen weer met een verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering ten opzichte van de totale bevolking, op 1 januari van het jaar.

Bron: Gemeente-stadsmonitor via Datawarehouse Arbeidsmarkt en Sociale Bescherming van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau gemeente.

15. Betalingsproblemen

Indicator(en):

- Huishouden met een actieve budgetmeter elektriciteit

Definitie (huishouden met een actieve budgetmeter elektriciteit): deze indicator geeft het aantal klanten weer met een budgetmeter voor elektriciteit. Bij niet-betaling van de energiekosten mag een sociale leverancier overgaan tot het plaatsen van een budgetmeter of stroombegrenzer bij de klant. Een budgetmeter laat toe het energieverbruik op te volgen via een systeem van voorafbetalingen. Het systeem werkt met een betaalkaart die de klant eerst voor een bepaald bedrag moet opladen.

Bron: provincie.incijfers.be via Vlaamse regulator van de elektriciteits- en gasmarkt (VREG). Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau gemeente.

- Kredietnemers met minstens één achterstallig krediet
- Personen in collectieve schuldenregeling

Definitie (kredietnemers met minstens één achterstallig krediet): deze indicator geeft het aantal kredietnemers weer met minstens één niet geregulariseerd achterstallig krediet. Er bestaan vijf vormen van krediet, die hier worden samengenomen: lening op afbetaling, verkoop op afbetaling, kredietopening, hypothecair krediet en financieringshuur. Bij die laatste wordt de kredietnemer op het einde van de looptijd niet de eigenaar van het goed waarvoor het krediet is

⁵ Bij het interpreteren van de data moet rekening gehouden worden met verschillen in wijken met veel vreemdelingen of in grensgemeenten. De belangrijkste verschillen tussen de populatie rechthebbenden in de IMA data gebruikt in de IMA-Atlas en de bevolking volgens het Rijksregister (op 01/01) zijn:

- Alle geboorten worden meegenomen in de IMA-populatie van het kalenderjaar. Cijfers zijn geldig voor de periode van 1 kalenderjaar en niet op een specifieke datum.
- In gemeenten met veel grensarbeiders onderschat of overschat de IMA populatie de werkelijk residentiële populatie.
- In gemeenten of wijken met veel vreemdelingen telt het IMA meer personen dan het officiële Rijksregister.
- In gemeenten of wijken met veel Europese ambtenaren telt het IMA minder personen dan het officiële Rijksregister.

Op niveau van wijken en statistische sectoren, kunnen bovenstaande verschillen belangrijk worden. Bij de interpretatie moet er daarom altijd vermeld worden dat het gaat om cijfers voor de populatie rechthebbenden.

Omwille van privacy redenen worden aantallen lager dan 6 niet weergegeven. Voor gemeenten en bovengemeentelijke indelingen geeft dit geen problemen. Op het niveau van statistische sector, wijk en deelgemeenten beschikken we niet over deze kleine aantallen.

aangegaan, en deze kredietvorm wordt niet meer gebruikt om kredieten aan particulieren voor privé-doeleinden toe te kennen. Vanaf 2013 komen deze kredieten niet meer voor in de gegevens.

Definitie (personen in collectieve schuldenregeling): deze indicator geeft het aantal personen weer die in een lopend dossier van collectieve schuldenregeling.

Bron: provincie.incijfers.be via Nationale Bank van België - Centrale voor kredieten aan particulieren. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau gemeente.

16. Tandarts

Indicator(en):

- Geen tandartsbezoek

Definitie (geen tandartsbezoek): deze indicator geeft het percentage weer van het aandeel rechthebbenden met geen enkel contact bij de tandarts binnen een periode van 3 kalenderjaren (jaar x, jaar x-1, jaar x-2). De onderconsumptie van tandartsbezoeken wordt vaak als graadmeter voor kansarmoede gezien.

Bron: IMA-Atlas (<http://www.ima-aim.be>). Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector (t.e.m. 2020).

17. Gezondheidstoestand

Indicator(en):

- % Statuut chronische aandoening

Definitie (% statuut chronische aandoeningen): deze indicator geeft het percentage weer van het aantal rechthebbenden met een statuut van persoon met een chronische aandoening⁶ en vervangt sinds 2013 het statuut chronisch zieke. Zelfstandigen werden niet meegerekend in de cijfers voor jaren < 2008.

Bron: IMA-Atlas (<http://www.ima-aim.be>). Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector (2013-2020). Er zijn echter minder rechthebbenden opgenomen in de cijfers op niveau wijken en statistische sectoren dan in cijfers op niveau van gemeenten of hoger.

- % afhankelijkheidssituatie chronisch zieken

⁶ De zogenaamde statuten chronische aandoening worden geregistreerd in de IMA DB Populatie op basis van drie variabelen overeenkomstig de verschillende mogelijke criteria om het statuut te bekomen (variabelen pp3015 t/m pp3017). Een rechthebbende wordt meegeteld als minstens één van deze variabelen verschillend is van 0 (opening of verlenging van het statuut):

- Statuut Chronische Aandoening-Financieel criterium (pp3015) wordt automatisch geopend door het ziekenfonds waarbij de betrokken rechthebbende is ingeschreven of aangesloten, voor een bepaald kalenderjaar indien gedurende de twee voorgaande kalenderjaren aan de voorwaarde werd voldaan om gedurende 8 opeenvolgende kwartalen minstens 300 euro uitgaven voor geneeskundige verzorging te hebben gehad (KB van 15 december 2013 tot uitvoering van artikel 37 vicijs/1).

- Statuut Chronische Aandoening-Forfait Chronische Ziekte (pp3016) wordt automatisch geopend door het ziekenfonds waarbij de betrokken rechthebbende is ingeschreven of aangesloten, op grond van het genot van de forfaitaire toelage chronische ziekte die wordt toegekend indien er een grensbedrag aan remgelden is overschreden gedurende twee opeenvolgende jaren (KB van 15 december 2013 tot uitvoering van artikel 37 vicijs/1).

- Statuut Chronische Aandoening-Weesziekte (pp3017) wordt geopend op basis van een medisch getuigschrift, opgesteld door een geneesheer-specialist, waarin wordt bevestigd dat de rechthebbende door een zeldzame ziekte of weesziekte getroffen is (hoofdstuk IV van het KB van 15 december 2013 tot uitvoering van artikel 37 vicijs/1).

Definitie(% afhankelijkheidssituatie chronische zieken): deze indicator geeft het percentage weer van het aantal rechthebbenden dat zich in een afhankelijkheidssituatie bevindt die recht geeft op het forfait chronisch zieken. Een rechthebbende bevindt zich in deze afhankelijkheidssituatie indien hij minimaal 1 attest chronisch zieke heeft. De zogenaamde attesten chronisch zieken worden geregistreerd in de IMA databank 'Populatie'⁷.

Bron: IMA-Atlas (<http://www.ima-aim.be>). Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector (2005 - 2016, 2018 - 2020). Er zijn echter minder rechthebbenden opgenomen in de cijfers op niveau wijken en statistische sectoren dan in cijfers op niveau van gemeenten of hoger.

■ Prevalentie diabetes

Definitie (Prevalentie diabetes): deze indicator geeft het aantal rechthebbenden weer met afleveringen van antidiabetica of met naar diabetes verwijzende nomenclatuur (diabetesconventie, diabetes opvolging, zorgtraject diabetes) per 1.000 rechthebbenden in de ziekteverzekering. Het InterMutualistisch Agentschap (IMA) baseert zich voor de indicator prevalentie diabetes op administratieve data en facturatiegegevens voor terugbetaalde zorg, met name de aflevering van antidiabetica of met naar diabetes verwijzende nomenclatuur (diabetesconventie, diabetes opvolging (voorheen diabetespas), zorgtraject diabetes). Het gaat hier om de prevalentie in een bepaald jaar (periodeprevalentie en niet puntprevalentie). Vrouwen die in het verslagjaar zijn bevallen, worden niet opgenomen om zwangerschapsdiabetes uit te sluiten. De noemer is het aantal rechthebbenden in de ziekteverzekering in de IMA Jaarpopulatie. Dit is een combinatie van de situatie op 30 juni en op 31 december van het jaar. Rechthebbenden die zijn overleden in de loop van dat jaar worden dus meegeteld.

Bron: : IMA-Atlas (<http://www.ima-aim.be>). Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector (2009-2020).

■ Gemiddelde BEL score gezinszorg 65+

Definitie (BEL-score): Deze indicator geeft het gemiddelde weer van alle (gewogen) BEL-scores bij personen met een leeftijd van 65 jaar of meer die gezinszorg krijgen. Hoe hoger de BEL-profielscore, hoe groter de zorgbehoefte van de gebruiker. Een dossier voor gezinszorg wordt altijd opgesteld voor de persoon in de woning met de hoogste BEL-profielscore. Iemand met een BEL-profielscore van 35 of meer wordt beschouwd als zwaar zorgbehoefte.

Bron: provincie.incijfers.be via Agentschap Zorg en Gezondheid - Vesta systeem van elektronische gegevensuitwisseling. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau gemeente.

■ Personen erkend door DG Personen met een handicap

7 Variabelen pp2001 t/m pp2011 geven de attesten chronische zieken weer. Het gaat om:

- Gedurende minstens drie maanden aanspraak hebben kunnen maken op het forfait B of C verpleegkundige verzorging
- Gedurende minstens zes maanden recht hebben gehad op verhoogde terugbetaling voor kinesitherapie of fysiotherapie voor zware pathologie
- Minstens zes ziekenhuisopnames of 120 dagen hebben verbleven in een ziekenhuis gedurende een referentieperiode bestaande uit het huidige en het voorgaande jaar o Genieten van verhoogde kinderbejstand voor kinderen met een handicap
- Voldoen aan de voorwaarden tot toekenning van de integratietegemoetkoming van gehandicapten (cat. III, IV of V)
- Voldoen aan de voorwaarden tot toekenning van een toelage voor hulp aan ouderen (cat. III, IV of V)
- Genieten van een tegemoetkoming voor hulp van derden
- Genieten van verhoogde invaliditeitsuitkering wegens hulp van derden
- Genieten van een forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden

Definitie (erkend als persoon met een handicap): deze indicator geeft het percentage (promille) weer van het aantal personen met een handicap, erkend door de Directie-generaal Personen met een handicap per 1.000 inwoners met een leeftijd van 18 jaar of meer. de Directie-generaal Personen met een handicap beslist na medische evaluatie over een erkenning als persoon met handicap in volgende gevallen: ofwel een erkenning bij verlies van verdienvermogen tot een derde of minder dan wat een valide persoon op de gewone arbeidsmarkt kan verdienen, ofwel een erkenning bij minstens 7 punten op de schaal van zelfredzaamheid.

Bron: provincie.incijfers.be via FOD Sociale Zekerheid, Directie-generaal Personen met een handicap. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau gemeente.

18. Pseudopathologieën

Indicator(en):

- Gebruik van antidepressiva: min afleveringsdosis van 90DDD's (Defined Daily Dosis)
- Gebruik van antipsychotica: min 30 DDD's
- Diabetes
- Obstructieve luchtwegaandoeningen: R03 ATC -klasse
- Chronische obstructieve longaandoeningen (COPD): R03 ATC -klasse
- Cardiale therapie: code C01G van de ATC classificatie - gebruik in geval van hartdecompensatie, angina pectoris en hartritmestoornissen

Definitie (pseudopathologieën): De verzekeringsinstellingen beschikken niet over de diagnostische gegevens van hun leden. De gegevens waarover de IMA beschikt, kunnen echter wel worden gebruikt om verschillende pseudopathologieën af te leiden. Deze zijn afgeleid op basis van nomenclatuurcodes voor verstrekkingen terugbetaald door de ZIV (vb. de aflevering van een bepaalde categorie geneesmiddelen). De keuze voor bovenstaande pseudopathologieën werd gebaseerd op de pseudopathologieën die gebruikt zijn in de studie naar sociale ongelijkheid van het IMA. Deze indicatoren moeten echter met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden aangezien deze afgeleid zijn van het gezondheidszorggebruik. Hier moet steeds rekening gehouden worden met een mogelijk onder diagnose en/of onder behandeling. De aanbeveling geldt dan ook dat, waar mogelijk, gezocht moet worden naar meer objectievere indicatoren.

Bron: IMA – Permanente steekproef.

Alternatieve indicatoren:

- Aantal patiënten per leeftijdsgroep met en zonder risicofactoren
- Aantal patiënten met verhoogde tegemoetkoming
- Aantal patiënten met diabetes
- Aantal patiënten met nierziekten
- Aantal patiënten met longziekten
- Aantal patiënten met cardiovasculaire ziekten
- Aantal patiënten met neurologische ziekten
- Aantal patiënten met obesitas
- Aantal patiënten met leveraandoening
- Aantal patiënten met oncologische ziekte

Bron: Deze data werd reeds/of kan bijkomend verzameld worden via de vaccinatiebarometer. Deze data is niet vrij beschikbaar. Gezien er momenteel geen samenwerkingsverband lopende is met de Katholieke Universiteit van Leuven (KU Leuven), kan de Vlaamse overheid deze gegevens niet opvragen en dus niet gebruiken. Onze aanbeveling zou dan ook zijn om een samenwerkingsverband met de KU Leuven aan te gaan voor de verdere uitwerking van dit project zodat deze data in detail opgevraagd kan worden.

19. Medicatiegebruik

Indicator(en):

- Aantal medicatie/dagelijks? Multipharmacie

Bron: (nog) niet gevonden

20. Preventieve gezondheidszorg

Indicator(en):

- Totale dekkingsgraad borstkankerscreening
- Totale dekkingsgraad baarmoederhalsscreening
- Totale dekkingsgraad dikkedarmkankerscreening

Definitie (totale dekkingsgraad): deze indicator geeft de proportie weer van het aantal personen uit de doelgroep die in dat jaar in orde zijn met hun preventie maatregelen⁸ wegens één van volgende redenen: 1) screening gehad buiten het bevolkingsonderzoek, 2) screening gehad binnen het bevolkingsonderzoek, 3) geldige uitsluitingsreden om niet deel te nemen. Cijfers zijn beschikbaar voor borstkankerscreening, baarmoederhalsscreening en dikkedarmkankerscreening

Bron: provincie.incijfers.be via Centrum voor Kankeropsporing vzw, Stichting Kankerregister. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector.

- Preventieve mondzorg

Definitie preventieve mondzorg: deze indicator geeft het percentage weer van het aandeel rechthebbenden die minstens 2 preventieve contacten⁹ met de tandarts hebben gehad in 2 verschillende jaren binnen een periode van 3 kalenderjaren (jaar x, jaar x-1, jaar x-2) t.o.v. het aantal rechthebbende in de ziekteverzekering op 31/12 van het referentiejaar (jaar x). Rechthebbenden die niet tot de populatie behoren gedurende de volledige periode van 3 kalenderjaren worden uitgesloten. Rechthebbenden die overleden tijdens de periode worden uitgesloten.

Bron: IMA-Atlas (<http://www.ima-aim.be>). Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector (2008-2020). Er zijn echter minder rechthebbenden opgenomen in de cijfers op niveau wijken en statistische sectoren dan in cijfers op niveau van gemeenten of hoger.

21. Zorgbudgetten

Indicator(en):

- Zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden in de mantel-en thuiszorg
- Zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden in de residentiële zorg

⁸ Doelgroep en preventieve maatregelen borstkankerscreening: vrouwen van 50-69 jaar met een diagnostische of screeningsmammografie. Doelgroep en preventieve maatregelen baarmoederhalskankerscreening: vrouwen van 25-64 jaar die zich 3- jaarlijks preventief laten onderzoeken op baarmoederhalskanker door het laten afnemen van minstens één uitstrijkje.

Doelgroep en preventieve maatregelen dikkedarmkankerscreening: 56-74 jarigen dat zich preventief laat onderzoeken op dikkedarmkanker door middel van een stoelgangtest.

⁹ Naast preventief mondonderzoek en raadplegingen, worden volgende verstrekkingen als preventief beschouwd : tandsteenverwijdering, verzegelen van groeven en putjes, profylactisch reinigen (nomenclatuurcodes van 301394 tot en met 302540, van 371394 tot en met 372540). Paradontaal onderzoek en het verwijderen van subgingivaal tandsteen zijn interventies voor specifieke problemen en worden niet meegeteld.

- **Zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden 65+**

Definitie (zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden): deze indicator geeft het aantal zorgbudgetten¹⁰ weer voor zwaar zorgbehoevenden in de mantel- en thuiszorg/residentiële zorg en/of voor zwaar zorgbehoevenden van 65 jaar of ouder. Het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden heette vroeger de “zorgverzekering” en bedraagt 130 euro per maand. Een persoon heeft recht op dit zorgbudget als de persoon veel zorg nodig heeft, zoals mensen die thuis veel ondersteuning nodig hebben (zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden in de mantel- en thuiszorg) of mensen die die in een woonzorgcentrum verblijven (zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden in de residentiële zorg) en de persoon is aangesloten bij de Vlaamse Sociale Bescherming door elk jaar de zorgpremie te betalen. Het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden heeft geen leeftijdsgrens en dient aangevraagd te worden door de persoon zelf en wordt verschaft via de zorgkas. Aanvragen voor een zorgbudget die nog in behandeling zijn, zijn niet in de cijfers opgenomen.

Bron: provincie.incijfers.be via Vlaamse Sociale Bescherming. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau gemeente.

- **Zorgbudget voor ouderen**

Definitie (zorgbudget voor ouderen): deze indicator geeft het aantal zorgbudgetten weer voor ouderen met een zorgnood (vroeger tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden - THAB). Het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood is een financiële tegemoetkoming voor ouderen (vanaf 65 jaar) die moeilijkheden ondervinden bij het uitvoeren van dagelijkse taken. De tegemoetkoming is bedoeld om de kosten ten gevolge van de zorg te vergoeden. Ze wordt enkel toegekend aan personen met een beperkt inkomen. De tegemoetkoming voor Vlaanderen wordt toegekend door de zorgkas van het ziekenfonds of van de Vlaamse overheid (sinds 1/1/2017).

Bron: provincie.incijfers.be via Directie-generaal Personen met een handicap & Vlaamse Sociale Bescherming. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau gemeente.

22. Huisartsencontact

Indicator(en):

- **Het gemiddeld aantal huisartscontacten**

Definitie: deze indicator geeft het gemiddelde weer van het aantal contactdagen (raadpleging/bezoek) per rechthebbende bij een huisarts voor rechthebbenden met minstens één contact in het kalenderjaar. Het gemiddelde wordt bekomen door het totaal aantal huisartscontactdagen (dagen met een raadpleging of een bezoek) gedurende een kalenderjaar door rechthebbenden van de IMA-populatie te delen door het totaal aantal rechthebbenden met minstens één huisartscontact in de IMA-jaarpopulatie per geografische eenheid, op basis van de woonplaats van de rechthebbenden. Rechthebbenden die worden toegekend aan een medisch huis¹¹, worden geëxcludeerd. Zelfstandigen worden niet meegerekend in de cijfers voor jaren < 2008.

¹⁰ een zorgbudget is een maandelijkse tegemoetkoming voor mensen die veel zorg nodig hebben, zoals mensen met ernstige gezondheidsproblemen of een handicap. Het zorgbudget wordt uitgekeerd door de Vlaamse Sociale Bescherming, die onder andere gefinancierd wordt via de jaarlijkse zorgpremie die de inwoners uit Vlaanderen betalen aan de zorgkas.

¹¹ Een rechthebbende wordt toegekend aan een medisch huis, indien er in het betrokken prestatiejaar minstens zes forfaits “medisch huis” (109616) gefactureerd worden én hij geen lopende GMD-rechten heeft bij een andere arts(enpraktijk).

Bron: IMA-Atlas (<http://www.ima-aim.be>). Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector (2018). Er zijn echter minder rechthebbenden opgenomen in de cijfers op niveau wijken en statistische sectoren dan in cijfers op niveau van gemeenten of hoger.

23. GMD

Indicator(en):

- % GMD patiënten huisartsenpraktijk

Definitie (% GMD patiënten huisartsenpraktijk): deze indicator geeft het gemiddeld percentage weer van het aantal toegewezen patiënten met een globaal medisch dossier (GMD) per actieve huisartsenpraktijk¹². Per geografische eenheid (kleinste niveau = gemeente) wordt vervolgens het gemiddelde van de ratio's¹³ berekend. Zelfstandigen worden niet meegerekend in de cijfers voor jaren < 2008.

Bron: IMA-Atlas (<http://www.ima-aim.be>). Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau gemeente (2019).

- Globaal Medisch dossier

Definitie: deze indicator geeft het percentage weer van het aantal rechthebbenden met een GMD bij een huisartsenpraktijk. Het gaat om GMD's bij eender welke huisartsenpraktijk, i.e. solopraktijk of groepspraktijk of medisch huis. Dit betekent dat wijken met medische huizen of woonzorgcentra per definitie een hoog % rechthebbenden met een GMD hebben, aangezien alle ingeschrevenen bij een medisch huis een GMD hebben. Zelfstandigen worden niet meegerekend in de cijfers voor jaren < 2008.

Bron: IMA-Atlas (<http://www.ima-aim.be>). Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector (2005-2019). Er zijn echter minder rechthebbenden opgenomen in de cijfers op niveau wijken en statistische sectoren dan in cijfers op niveau van gemeenten of hoger.

24. Kosten huisartsenzorg

Indicator(en):

- Kosten huisartsenzorg in euro's per verzekerde

Bron: (nog) niet gevonden.

¹² Een huisartsenpraktijk wordt gedefinieerd als een solopraktijk, groepspraktijk of medisch huis en is actief als deze minimum 1.250 reguliere (≠ nacht, weekend, feestdagen) contacten heeft.

¹³ Per actieve huisartsenpraktijk wordt volgende ratio berekend: Teller = het aantal toegewezen patiënten met een GMD. Noemer = het aantal toegewezen patiënten volgens gevalideerde methodologie (GMD-patiënten worden toegewezen aan de GMD-houdende huisartsenpraktijk, patiënten zonder GMD* worden toegewezen aan de meest gecontacteerde huisartsenpraktijk) / 100%. De volledige methodologie patiëntenbestanden is downloadbaar op http://www.aimima.be/IMG/pdf/methodologie_patientenbestand_huisartsen_externen-2021.pdf

*Een patiënt wordt beschouwd als een niet-GMD patiënt indien cumulatief aan volgende voorwaarden is voldaan:

- het GMD niet in het kalenderjaar werd geopend of verlengd
- de patiënt in het kalenderjaar géén contact had met een arts van de GMD-houdende huisartsenpraktijk
- de patiënt wel een raadpleging of bezoek kreeg terugbetaald tijdens de reguliere contacturen bij een andere huisarts

1. Indicatoren die betrekking hebben op de praktijk

Indicator(en):

- Praktijknaam
- Praktijkadres (straat, huisnummer, postcode, stad)
- Telefoonnummer praktijk
- E-mailadres praktijk
- Website praktijk
- Praktijkvorm (solo, duo, groep)

Bron: in permamed voor alle Kringen. Deze data is niet vrij beschikbaar. Gezien er momenteel geen rechtsgrond is, kan de Vlaamse overheid deze gegevens niet opvragen en dus niet gebruiken. Onze aanbeveling zou dan ook zijn om hier een wettelijk grond rond te creëren zodat deze data in detail opgevraagd kan worden.

- Praktijkgebouw (privéwoning van de huisarts, afzonderlijk gebouw)
- De mogelijkheid om online een afspraak te maken (ja/nee)
- Betalingssysteem (forfaitair/betaling per prestatie)
- Betalingsmogelijkheden (cash/bancontact/payconiq)
- Grootte van de huisartsenpraktijk (aantal patiënten met een globaal medisch dossier (GMD), aantal ingeschreven forfait patiënten)
- Patiëntenstop (ja/nee/gedeeltelijk)
- (Functie) samenstelling van de huisartsenpraktijk
 - Aanwezigheid, aantal uren en takenpakket van de administratieve medewerking + door wie uitgevoerd
 - Aanwezigheid, aantal uren, bijkomende diploma's en takenpakket van de praktijkverpleegkundige
- Het aantal huisartsen en huisartsen-in opleiding (HAIO) werkzaam in de praktijk (naargelang geslacht)
- Aantal FTEs in de praktijk (exclusief HAIOs)
- Toekomstplannen van de praktijk (openstaande vacatures)
- Aantal afsprakenlots/dag
- Aantal minuten voor een standaard consultatie
- Mogelijkheid tot vrije consultaties (ja/nee)
 - Aantal tijdsblokken + duur/dag voor vrije consultaties
- Huisbezoeken (ja/nee)
- Wachtijd voor een dringende afspraak
- Aanwezigheid van een huisarts of huisarts-in-opleiding voor urgenties (ja/nee)
- Continuïteit van zorg bij:
 - Een geplande vakantie van een huisarts
 - Een ongeplande afwezigheid van één dag van een huisarts
 - Een ongeplande afwezigheid van één week van een huisarts
 - Een ongeplande afwezigheid van één maand van een huisarts
- Maakt de praktijk deel uit van een (erkend) praktijknetwerk (ja/nee)
- De visie van de huisartsenpraktijk
- De troeven van de huisartsenpraktijk
- Mogelijke barrières die jonge huisartsen kunnen ondervinden om in de huisartsenpraktijk te komen werken

Bron: deze data is niet beschikbaar en dient opgevraagd te worden met een bijkomende methodiek voor primaire dataverzameling.

- Aantal opleidingsplaatsen
- De leeftijd van de huisarts-stagemeester

Bron: (nog) niet gevonden

2. Indicatoren die betrekking hebben op de huisarts

Indicator(en):

- Naam/voornaam huisarts
- Geboortejaar huisarts
- Afstand privéwoning huisarts – huisartsenpraktijk (in de praktijk, < 5km, 5-10km, 10-20km, 20-30 km, 30-40km, 40-50km, >50km)
- Geaccrediteerd
- Geconventioneerd

Bron: in Permamed voor alle Kringen. Deze data is niet vrij beschikbaar. Gezien er momenteel geen rechtsgrond is, kan de Vlaamse overheid deze gegevens niet opvragen en dus niet gebruiken. Onze aanbeveling zou dan ook zijn om hier een wettelijk grond rond te creëren zodat deze data in detail opgevraagd kan worden.

- Ervaren werkdruk in de praktijk
- Bijkomende professionele activiteiten + duur naast het werk in de huisartsenpraktijk
- Aantal vakantiedagen
- Toepassing derdebetalersregeling (ja/nee)
- Carrièreperspectief van de huisarts (stopzetten/uitbreiden/afbouwen)
- Organisatie van de wachtdienst week/weekend (ja/nee)
- Aanwezigheid chauffeur tijdens de wachtdienst (ja/nee)

Bron: deze data is niet beschikbaar en dient opgevraagd te worden met een bijkomende methodiek voor primaire dataverzameling.

3. Indicatoren die betrekking hebben op het zorgnetwerk

Indicator(en) welzijnssector:

- Aantal + adres centra algemeen welzijn (CAW)
- Aantal + adres ouderenzorg voorzieningen
- Aantal + adres wijkcentra
- Aantal + adres geestelijke gezondheidscentra

Indicator(en) gezondheidszorg:

- Aantal + adres ziekenhuizen + spoeddiensten
- Aantal + adres wijkgezondheidscentra
- Aantal + adres apotheken
- Aantal + adres kinesisten
- Aantal + adres diëtisten
- Aantal + adres psychologen

Bron: deze data is momenteel niet beschikbaar of niet up-to-date (<https://www.desocialekaart.be/>). Het is essentieel dat er een goed zorgnetwerk bestaat, vanuit de gezondheidszorg, maar ook vanuit de welzijnssector. Dit zodat patiënten optimaal geholpen kunnen worden en de werkdruk bij de huisarts verlaagd kan worden. Deze netwerken zijn hedendaags niet steeds beschikbaar of gekend (zowel bij de huisarts als bij de patiënten). Onze aanbeveling zou dan ook zijn om naar de toekomst toe een update van de sociale kaart te voorzien zodat deze data mee geïntegreerd kan worden.

Bijlage 3: Shortlist 2.0

ZORGVRAAG

1. Inwoners

Indicator(en):

- Totaal aantal inwoners volgens rijksregister

Definitie: deze indicator geeft het totaal aantal inwoners weer, inclusief de inwoners ingeschreven in het wachtregister.

Bron: provincie.incijfers.be via Federale Overheidsdienst Binnenlandse Zaken – Algemene directie Instellingen en Bevolking – Rijksregister. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector.

2. Bevolkingsdichtheid

Indicator(en):

- Bevolkingsdichtheid

Definitie: deze indicator geeft een gemiddelde weer van het aantal inwoners per km².

Bron: provincie.incijfers.be via Federale Overheidsdienst Binnenlandse Zaken – Algemene directie Instellingen en Bevolking – Rijksregister. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector.

3. Leeftijd

Indicator(en):

- Basisindeling

Definitie (basisindeling): deze indicator geeft het aantal inwoners weer (inclusief de inwoners ingeschreven in het wachtregister) voor de leeftijdscategorieën 0 tot 2 jaar, 3 tot 5 jaar, 6 tot 11 jaar, 12 tot 17 jaar, 18 tot 24 jaar, 25 tot 49 jaar, 50 tot 64 jaar, 65 tot 79 jaar en 80 jaar en/of ouder. Extra aandacht gaat uit naar de leeftijdscategorie 50 tot 64 jaar. Deze leeftijdscategorie wordt ook wel de actieve leeftijd genoemd waarmee een inschatting gemaakt kan worden naar de toekomstige bejaarden.

Bron: provincie.incijfers.be via Federale Overheidsdienst Binnenlandse Zaken – Algemene directie Instellingen en Bevolking – Rijksregister. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector.

4. Geslacht

Indicator(en):

- Aantal mannen
- Aantal vrouwen

Definitie: deze indicator geeft het aantal inwoners weer van het mannelijke en/of vrouwelijke geslacht. Gegevens zijn beschikbaar vanaf een leeftijd van 0 jaar.

Bron: provincie.incijfers.be via Federale Overheidsdienst Binnenlandse Zaken – Algemene directie Instellingen en Bevolking – Rijksregister. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector.

5. Herkomst

Indicator(en):

- Niet-Belgische herkomst

Definitie herkomst: voor de operationalisering van de indicatoren die betrekking hebben op de herkomst heeft provincie.incijfers.be zo nauw als mogelijk aangesloten bij de definitie opgesteld door het integratiedecreet, namelijk: "personen die legaal en langdurig in België verblijven en die bij hun geboorte niet de Belgische nationaliteit bezaten of van wie minstens één van de ouders bij geboorte niet de Belgische nationaliteit bezat, in het bijzonder diegenen die zich in een vaststelbare achterstandspositie bevinden". Op basis van de beschikbare gegevens in het Rijksregister, heeft provincie.incijfers.be de herkomst van een persoon als volgt bepaald: 1) identificatie van moeder en/of vader, 2) nationaliteitshistoriek opmaken per persoon (1990-...), 3) identificatie personen niet-Belgische herkomst, 4) benoemen van de herkomst per persoon.

Bron: provincie.incijfers.be via Federale Overheidsdienst Binnenlandse Zaken – Algemene directie Instellingen en Bevolking – Rijksregister. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector.

6. Huishouden

Indicator(en):

- Gemiddelde huishoudgrootte

Definitie (gemiddelde huishoudgrootte): deze indicator geeft het gemiddelde weer van de huishoudgrootte. Deze indicator werd bekomen door het aantal inwoners in de private huishoudens te delen door het totaal aantal private huishoudens.

Bron: provincie.incijfers.be via Federale Overheidsdienst Binnenlandse Zaken – Algemene directie Instellingen en Bevolking – Rijksregister. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector.

- Alleenwonend naar leeftijd (75+) (hoofdindeling)

Definitie (alleenwonend naar leeftijd): deze indicator geeft het aantal inwoners weer die alleen wonen voor de leeftijdscategorieën 75 jaar of ouder, inclusief de inwoners ingeschreven in het wachtregister.

- Éénoudergezinnen: éénoudergezin met minstens 1 minderjarig kind (hoofdindeling)

Definitie (eenoudergezinnen): deze indicator geeft het aantal gezinnen weer bestaande uit een alleenstaande ouder met minstens 1 minderjarig (LIPRO) kind, inclusief de inwoners ingeschreven in het wachtregister.

7. Arbeidsongeschiktheid

Indicator(en):

- % Invaliditeitsuitkering
- % Arbeidsongeschiktheidsuitkering leidend tot invaliditeit
- % Langdurige arbeidsongeschiktheidsuitkering

Definitie (%invaliditeitsuitkering): deze indicator geeft het percentage weer van het aantal rechthebbenden tussen 20-64 jaar dat minstens 1 dag invaliditeitsuitkering ontvangen heeft tijdens het jaar, welke geen statuut gepensioneerde heeft

(op 31 december), en titularis is. Deze gegevens zijn inclusief halftijdse werknemers met invaliditeitsuitkering en exclusief statuaire ambtenaren van de federale overheid (*zie voetnoot 3*) en kinderen van rechthebbenden met een uitkering.

Definitie (% arbeidsongeschiktheidsuitkering leidend tot invaliditeit): deze indicator geeft het percentage weer van het aantal rechthebbenden tussen 20 -64 jaar met minimaal 1 dag arbeidsongeschiktheid en minimaal 1 dag invaliditeit, welke geen statuut gepensioneerde heeft, en titularis is. Deze gegevens zijn exclusief statuaire ambtenaren van de federale overheid (*zie voetnoot 3*) en kinderen van rechthebbenden met een uitkering. Voor deze indicator wordt gewerkt met de jaarpopulatie versie twee die een stuk vollediger is voor uitkerings-gerelateerde variabelen. Hierdoor loopt deze indicator meer achterop in zijn termijn van ter beschikking stelling op de IMA-Atlas.

Definitie (% langdurige arbeidsongeschiktheidsuitkering): deze indicator geeft het percentage weer van het aantal rechthebbenden tussen 20-64 jaar met minimaal 120 dagen arbeidsongeschiktheidsuitkering (tijdens het jaar), welke geen statuut gepensioneerde heeft, en titularis is. Deze gegevens zijn exclusief statuaire ambtenaren van de federale overheid (*zie voetnoot 3*) en kinderen van rechthebbenden met een uitkering.

Bron: IMA-Atlas (<http://www.ima-aim.be>). Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector (t.e.m. 2018).

8. Sociaal wonen

Indicator(en):

- Sociale huurwoningen (SHM + SVK)

Definitie (sociale huurwoningen): deze indicator geeft de som weer van het aantal huurwoningen verhuurd door sociale huisvestingsmaatschappijen (SHM) en het aantal huurwoningen verhuurd door sociale verhuurkantoren (SVK).

Bron: provincie.incijfers.be via Vlaamse Maatschappij voor Sociaal Wonen (VMSW). Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector.

9. Risicokenmerken van leerlingen

Indicator(en):

- OKI (onderwijs Kansarmoede Indicator) waarde basisonderwijs – volgens woonplaats van de leerling (%)
- OKI (onderwijs Kansarmoede Indicator) waarde secundair onderwijs – volgens woonplaats van de leerling (%)

Definitie: De OKI indicator geeft de som weer van het aantal risicokenmerken¹⁴ waaraan leerlingen voldoen, gedeeld door het aantal leerlingen. Dit zijn risicokenmerken voor kansarmoede. Deze indicator heeft betrekking op de leerlingen die in

14 Volgende risicokenmerken worden bekeken:

- Laagopgeleide moeder. Dit is het geval wanneer de moeder niet in het bezit is van een diploma of getuigschrift van het hoger secundair onderwijs.
- Schooltoelage / schooltoeslag. Tot 2019 (schooljaar 2018-2019) scoort de leerling op deze indicator als hij in aanmerking komt voor een schooltoelage én deze aangevraagd heeft. Een leerling blijft scoren op deze indicator als hij het recht op schooltoelage verliest (bijvoorbeeld door veelvuldig spijbelen). Vanaf 2020 (schooljaar 2019-2020) wordt de schooltoeslag uitbetaald als deel van het groepspakket. De toeslag moet niet langer aangevraagd worden, maar de toekenning gebeurt voortaan automatisch. De inkomensgrenzen worden daarenboven ook verruimd. Dit maakt dat het aantal leerlingen met een schooltoeslag sterk stijgt tussen 2019 en 2020.
- Nederlands is de thuistaal niet. De leerling scoort op de indicator 'taal' wanneer hij/zij met niemand, of in een gezin met drie gezinsleden, met maximum één gezinslid Nederlands spreekt. Broers en/of zussen worden als één gezinslid geteld.

een bepaalde gemeente wonen, onafhankelijk in welke gemeente ze naar school gaan. De gegevens worden dus ingedeeld volgens de woonplaats van de leerling. Verder heeft deze indicator enkel betrekking op de leerlingen die les volgen in een school die gefinancierd of gesubsidieerd wordt door de Vlaamse Gemeenschap. Leerlingen die les volgen in privéscholen of scholen van de Franse Gemeenschap zijn niet opgenomen in deze indicator. Leerlingen met een woonplaats in Wallonië of leerlingen die in het buitenland wonen zijn ook geëxcludeerd.

Bron: provincie.incijfers.be via Departement Onderwijs en Vorming, Vlaamse Gemeenschap. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector.

10. Verhoogde tegemoetkoming

Indicator(en):

- Aantal inwoners met voorkeursregeling in de ziekteverzekering ten opzichte van het aantal inwoners

Definitie: deze indicator geeft het aantal personen weer met een verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering ten opzichte van de totale bevolking, op 1 januari van het jaar.

Bron: Gemeente-stadsmonitor via Datawarehouse Arbeidsmarkt en Sociale Bescherming van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau gemeente.

11. Gezondheidstoestand

Indicator(en):

- % Statuut chronische aandoening

Definitie (% statuut chronische aandoeningen): deze indicator geeft het percentage weer van het aantal rechthebbenden met een statuut van persoon met een chronische aandoening¹⁵ en vervangt sinds 2013 het statuut chronisch zieke. Zelfstandigen werden niet meegerekend in de cijfers voor jaren < 2008.

Bron: IMA-Atlas (<http://www.ima-aim.be>). Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau statistische sector (2013-2020). Er zijn echter minder rechthebbenden opgenomen in de cijfers op niveau wijken en statistische sectoren dan in cijfers op niveau van gemeenten of hoger.

- Personen erkend door DG Personen met een handicap

- Buurtindicator. De leerlingen worden onderverdeeld volgens de buurt waarin ze wonen. Op basis van deze indicator wil men een kwart van de leerlingen extra financiering toekennen. Het gaat hierbij om de 25% leerlingen die in buurten met het hoogste percentage schoolse vertraging wonen. Bij de berekening van dit percentage gaat men uit van het aantal 15-jarigen van de zes afgelopen jaren, die minstens twee jaar schoolse vertraging hadden. Leerlingen die behoren tot de trekkende bevolking en thuislozen scoren steeds op deze indicator

¹⁵ De zogenaamde statuten chronische aandoening worden geregistreerd in de IMA DB Populatie op basis van drie variabelen overeenkomstig de verschillende mogelijke criteria om het statuut te bekomen (variabelen pp3015 t/m pp3017). Een rechthebbende wordt meegeteld als minstens één van deze variabelen verschillend is van 0 (opening of verlenging van het statuut):

- Statuut Chronische Aandoening-Financieel criterium (pp3015) wordt automatisch geopend door het ziekenfonds waarbij de betrokken rechthebbende is ingeschreven of aangesloten, voor een bepaald kalenderjaar indien gedurende de twee voorgaande kalenderjaren aan de voorwaarde werd voldaan om gedurende 8 opeenvolgende kwartalen minstens 300 euro uitgaven voor geneeskundige verzorging te hebben gehad (KB van 15 december 2013 tot uitvoering van artikel 37 vices/1).

- Statuut Chronische Aandoening-Forfait Chronische Ziekte (pp3016) wordt automatisch geopend door het ziekenfonds waarbij de betrokken rechthebbende is ingeschreven of aangesloten, op grond van het genot van de forfaitaire toelage chronische ziekte die wordt toegekend indien er een grensbedrag aan remgelden is overschreden gedurende twee opeenvolgende jaren (KB van 15 december 2013 tot uitvoering van artikel 37 vices/1).

- Statuut Chronische Aandoening-Weesziekte (pp3017) wordt geopend op basis van een medisch getuigschrift, opgesteld door een geneesheer-specialist, waarin wordt bevestigd dat de rechthebbende door een zeldzame ziekte of weesziekte getroffen is (hoofdstuk IV van het KB van 15 december 2013 tot uitvoering van artikel 37 vices/1).

Definitie (erkend als persoon met een handicap): deze indicator geeft het percentage (promille) weer van het aantal personen met een handicap, erkend door de Directie-generaal Personen met een handicap per 1.000 inwoners met een leeftijd van 18 jaar of meer. de Directie-generaal Personen met een handicap beslist na medische evaluatie over een erkenning als persoon met handicap in volgende gevallen: ofwel een erkenning bij verlies van verdienvermogen tot een derde of minder dan wat een valide persoon op de gewone arbeidsmarkt kan verdienen, ofwel een erkenning bij minstens 7 punten op de schaal van zelfredzaamheid.

Bron: provincie.incijfers.be via FOD Sociale Zekerheid, Directie-generaal Personen met een handicap. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau gemeente.

12. Zorgbudgetten

Indicator(en):

- Zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden 65+

Definitie (zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden): deze indicator geeft het aantal zorgbudgetten¹⁶ weer voor zwaar zorgbehoevenden in de mantel- en thuiszorg/residentiële zorg en/of voor zwaar zorgbehoevenden van 65 jaar of ouder. Het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden heette vroeger de “zorgverzekering” en bedraagt 130 euro per maand. Een persoon heeft recht op dit zorgbudget als de persoon veel zorg nodig heeft, zoals mensen die thuis veel ondersteuning nodig hebben (zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden in de mantel- en thuiszorg) of mensen die die in een woonzorgcentrum verblijven (zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden in de residentiële zorg) en de persoon is aangesloten bij de Vlaamse Sociale Bescherming door elk jaar de zorgpremie te betalen. Het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden heeft geen leeftijdsgrens en dient aangevraagd te worden door de persoon zelf en wordt verschaft via de zorgkas. Aanvragen voor een zorgbudget die nog in behandeling zijn, zijn niet in de cijfers opgenomen.

Bron: provincie.incijfers.be via Vlaamse Sociale Bescherming. Data is vrij beschikbaar vanaf het geografisch niveau gemeente.

¹⁶ een zorgbudget is een maandelijkse tegemoetkoming voor mensen die veel zorg nodig hebben, zoals mensen met ernstige gezondheidsproblemen of een handicap. Het zorgbudget wordt uitgekeerd door de Vlaamse Sociale Bescherming, die onder andere gefinancierd wordt via de jaarlijkse zorgpremie die de inwoners uit Vlaanderen betalen aan de zorgkas.

13. Indicatoren die betrekking hebben op de praktijk

Indicator(en):

- Praktijknaam
- Praktijkadres (straat, huisnummer, postcode, stad)
- Telefoonnummer praktijk
- E-mailadres praktijk
- Website praktijk
- Praktijkvorm (solo, duo, groep)

Bron: in Permamed voor alle Kringen. Deze data is niet vrij beschikbaar. Gezien er momenteel geen rechtsgrond is, kan de Vlaamse overheid deze gegevens niet opvragen en dus niet gebruiken. Onze aanbeveling zou dan ook zijn om hier een wettelijk grond rond te creëren zodat deze data in detail opgevraagd kan worden.

- Praktijkgebouw (privéwoning van de huisarts, afzonderlijk gebouw)
- De mogelijkheid om online een afspraak te maken (ja/nee)
- Betalingssysteem (forfaitair/betaling per prestatie)
- Betalingsmogelijkheden (cash/bancontact/payconiq)
- Grootte van de huisartsenpraktijk (aantal patiënten met een globaal medisch dossier (GMD), aantal ingeschreven forfait patiënten)
- Patiëntenstop (ja/nee/gedeeltelijk)
- (Functie) samenstelling van de huisartsenpraktijk
 - Aanwezigheid, aantal uren en takenpakket van de administratieve medewerking + door wie uitgevoerd
 - Aanwezigheid, aantal uren, bijkomende diploma's en takenpakket van de praktijkverpleegkundige
- Het aantal huisartsen en huisartsen-in opleiding (HAI0) werkzaam in de praktijk (naargelang geslacht)
- Aantal FTEs in de praktijk (exclusief HAI0s)
- Toekomstplannen van de praktijk (openstaande vacatures)
- Aantal afsprakenlots/dag
- Aantal minuten voor een standaard consultatie
- Mogelijkheid tot vrije consultaties (ja/nee)
 - Aantal tijdsblokken + duur/dag voor vrije consultaties
- Huisbezoeken (ja/nee)
- Wachtijd voor een dringende afspraak
- Aanwezigheid van een huisarts of huisarts-in-opleiding voor urgenties (ja/nee)
- Continuïteit van zorg bij:
 - Een geplande vakantie van een huisarts
 - Een ongeplande afwezigheid van één dag van een huisarts
 - Een ongeplande afwezigheid van één week van een huisarts
 - Een ongeplande afwezigheid van één maand van een huisarts
- Maakt de praktijk deel uit van een (erkend) praktijknetwerk (ja/nee)
- De visie van de huisartsenpraktijk
- De troeven van de huisartsenpraktijk
- Mogelijke barrières die jonge huisartsen kunnen ondervinden om in de huisartsenpraktijk te komen werken

Bron: deze data is niet beschikbaar en dient opgevraagd te worden met een bijkomende methodiek voor primaire dataverzameling.

14. Indicatoren die betrekking hebben op de huisarts

Indicator(en):

- Naam/voornaam huisarts
- Geboortejaar huisarts
- Afstand privéwoning huisarts – huisartsenpraktijk (in de praktijk, < 5km, 5-10km, 10-20km, 20-30 km, 30-40km, 40-50km, >50km)
- Geaccrediteerd
- Geconventioneerd
- Organisatie van de wachtdienst week/weekend (ja/nee)
- Aanwezigheid chauffeur tijdens de wachtdienst (ja/nee)

Bron: in Permamed voor alle Kringen. Deze data is niet vrij beschikbaar. Gezien er momenteel geen rechtsgrond is, kan de Vlaamse overheid deze gegevens niet opvragen en dus niet gebruiken. Onze aanbeveling zou dan ook zijn om hier een wettelijk grond rond te creëren zodat deze data in detail opgevraagd kan worden.

- Ervaren werkdruk in de praktijk
- Bijkomende professionele activiteiten + duur naast het werk in de huisartsenpraktijk
- Aantal vakantiedagen
- Toepassing derdebetalersregeling (ja/nee)
- Carrièreperspectief van de huisarts (stopzetten/uitbreiden/afbouwen)

Bron: deze data is niet beschikbaar en dient opgevraagd te worden met een bijkomende methodiek voor primaire dataverzameling.

Bijlage 4: Overzicht indicatoren shortlist 2.0 en uit welke databanken informatie kan worden geëxtraheerd

Indicator(en)	Databron(nen)									
	Provincie.incijfers.be					IMA - Atlas	Gemeente stadsmonitor via datawarehouse Arbeidsmarkt en Sociale bescherming van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid	Bijkomende bevraging	Permamed - Niet (vrij) beschikbaar	
	Federale Overheidsdienst Binnenlandse Zaken – Algemene directie Instellingen en Bevolking – Rijksregister	Vlaamse Maatschappij voor Sociaal Wonen (VMSW)	Departement Onderwijs en Vorming, Vlaamse Gemeenschap	FOD Sociale Zekerheid, Directie-generaal Personen met een handicap	Vlaamse Sociale Bescherming					
ZORGVRAAG										
Totaal aantal inwoners volgens rijksregister	X									
Bevolkingsdichtheid	X									
Basisindeling leeftijd	X									
Aantal mannen	X									
Aantal vrouwen	X									
Niet-Belgische herkomst	X									
Gemiddelde huishoudgrootte	X									
Alleenwonend naar leeftijd (75+)	X									
Eenoudergezinnen: éénoudergezin met minstens 1 minderjarig kind (hoofdindeling)	X									
% Invaliditeitsuitkering						X				
% Arbeidsongeschiktheidsuitkering leidend tot invaliditeit						X				
% Langdurige arbeidsongeschiktheidsuitkering						X				

Sociale huurwoningen (SHM + SVK)		X							
OKI (onderwijs Kansarmoede Indicator) – basis + secundair onderwijs			X						
Aantal personen met een verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering ten opzichte van de totale bevolking							X		
% Statuut chronische aandoening						X			
Personen erkend door DG Personen met een handicap				X					
Zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden 65+					X				
ZORGAANBOD									
Praktijknaam								X	X
Praktijkadres (straat, huisnummer, postcode, stad)								X	X
Telefoonnummer praktijk								X	X
E-mailadres praktijk								X	X
Website praktijk								X	X
Praktijkvorm (solo, duo, groep)								X	X
Praktijkgebouw (privéwoning van de huisarts, afzonderlijk gebouw)								X	
De mogelijkheid om online een afspraak te maken (ja/nee)								X	
Betalingssysteem (forfaitair/betaling per prestatie)								X	
Betalingsmogelijkheden (cash/bancontact/payconiq)								X	
Grootte van de huisartsenpraktijk (aantal patiënten met een globaal medisch dossier (GMD), aantal ingeschreven forfait patiënten)								X	
Patiëntenstop (ja/nee/gedeeltelijk)								X	

(Functie) samenstelling van de huisartsenpraktijk								X	
Het aantal huisartsen en huisartsen-in opleiding (HAIO) werkzaam in de praktijk (naargelang geslacht)								X	
Aantal FTEs in de praktijk (exclusief HAIOs)								X	
Toekomstplannen van de praktijk (openstaande vacatures)								X	
Aantal afsprakenlots/dag								X	
Aantal minuten voor een standaard consultatie								X	
Mogelijkheid tot vrije consultaties (ja/neen)								X	
Huisbezoeken (ja/neen)								X	
Wachttijd voor een dringende afspraak								X	
Aanwezigheid van een huisarts of huisarts-in-opleiding voor urgenties (ja/neen)								X	
Continuïteit van zorg								X	
Maakt de praktijk deel uit van een (erkend) praktijknetwerk (ja/neen)								X	
De visie van de huisartsenpraktijk								X	
De troeven van de huisartsenpraktijk								X	
Mogelijke barrières die jonge huisartsen kunnen ondervinden om in de huisartsenpraktijk te komen werken								X	
Naam/voornaam huisarts								X	X
Geboortejaar huisarts								X	X
Afstand privéwoning huisarts – huisartsenpraktijk								X	X
Geaccrediteerd								X	X
Geconventioneerd								X	X
Ervaren werkdruk in de praktijk								X	

Bijkomende professionele activiteiten + duur naast het werk in de huisartsenpraktijk								X	
Aantal vakantiedagen								X	
Toepassing derdebetalersregeling (ja/nee)								X	
Carrièreperspectief van de huisarts (stopzetten/uitbreiden/afbouwen)								X	
Organisatie van de wachtdienst week/weekend (ja/nee)								X	X
Aanwezigheid chauffeur tijdens de wachtdienst (ja/nee)								X	X

Bijlage 5: Detailresultaten

Detailresultaten voor beide regio's samen

A/ PARTIM HUISARTSENPRAKTIJK

1. Tot welke huisartsenkring behoort de deelnemende praktijk?

	Percentage (n=94)
Turnhout	57.4
Westkust & ijzerstreek	42.6
Totaal	100.0

2. Is er in uw praktijk momenteel een patiëntenstop?

	Percentage (n=94)
Neen	24.5
Volledige patiëntenstop	12.8
Gedeeltelijke patiëntenstop	60.6
Andere	2.1
Totaal	100.0

3. Gedeeltelijke patiëntenstop: enkel familie van bestaande patiënten kunnen nog patiënt worden

	Percentage (n=59)
Niet aanwezig	42.4
Aanwezig	57.6
Totaal	100.0

4. Gedeeltelijke patiëntenstop: enkel mensen uit een bepaald geografisch gebied kunnen nog patiënt worden (bijv. mensen uit de buurt)

	Percentage (n=59)
Niet aanwezig	57.6
Aanwezig	42.4
Totaal	100.0

6. Welke verschillende functies hebben de medewerkers in deze praktijk? Onthaal- of administratief medewerker

	Percentage (n=92)
Niet aanwezig	40.2
Aanwezig	59.8
Totaal	100.0

7. Hoeveel verschillende medewerkers met deze functie zijn actief in uw praktijk? Aantal onthaal- of administratief medewerkers

	Percentage (n=55)
1.00	60.0
2.00	21.8
3.00	9.1
4.00	5.5
5.00	3.6
Totaal	100.0

8. Hoeveel uur per week is (zijn) de onthaal- of administratief medewerker(s) aanwezig? Aantal uur

	Percentage (n=56)
3.50	1.8
8.00	1.8
15.00	1.8
18.00	3.6
19.00	3.6
20.00	10.7
21.00	1.8
21.50	1.8
22.00	1.8
24.00	1.8
25.00	3.6
27.50	1.8
28.00	1.8
30.00	1.8
31.00	1.8
32.00	5.4
36.00	1.8
38.00	10.7
40.00	3.6
46.00	1.8
50.00	8.9
51.50	1.8
55.00	5.4
56.00	1.8
58.00	1.8
62.00	1.8
64.00	1.8
65.00	1.8
68.00	1.8
69.00	1.8
70.00	1.8
123.50	1.8
129.00	1.8
140.00	1.8
Totaal	100.0

9. Verhouding van het aantal uren dat een onthaal en/of administratief medewerker aanwezig in de praktijk t.o.v. het gemiddeld aantal contacturen per week (op praktijkniveau)

	Percentage (n=51)
.06	2.0
.09	2.0
.16	2.0
.20	2.0
.20	2.0
.20	2.0
.24	2.0
.24	2.0
.25	2.0
.27	2.0
.30	2.0
.32	2.0
.33	2.0
.34	2.0
.36	2.0
.39	2.0
.39	2.0
.39	2.0
.41	2.0
.45	2.0
.47	2.0
.48	2.0
.49	2.0
.50	2.0
.52	2.0
.58	2.0
.62	2.0
.62	2.0
.65	2.0
.67	3.9
.70	2.0
.70	2.0
.71	2.0
.72	2.0
.74	2.0
.77	2.0
.80	2.0
.83	2.0
.88	2.0

.91	2.0
.94	2.0
.95	2.0
.98	2.0
1.12	2.0
1.14	2.0
1.32	2.0
1.43	2.0
2.57	2.0
6.08	2.0
8.76	2.0
Totaal	100.0

10. Welke verschillende functies hebben de medewerkers in deze praktijk? Praktijkverpleegkundige

	Percentage (n=92)
Niet aanwezig	67.4
Aanwezig	32.6
Totaal	100.0

11. Hoeveel verpleegkundigen zijn actief in uw praktijk? Aantal verpleegkundigen

	Percentage (n=29)
1.00	69.0
2.00	20.7
3.00	6.9
4.00	3.4
Totaal	100.0

12. Hoeveel uur per week is (zijn) de verpleegkundige(n) aanwezig? Aantal uren

	Percentage (n=29)
2.00	3.4
3.00	3.4
4.00	3.4
4.50	3.4
5.50	3.4
8.00	6.9
10.00	3.4
12.00	3.4
13.00	3.4
14.00	3.4
16.00	6.9
20.00	13.8
22.50	3.4
25.00	3.4
30.00	10.3
38.00	10.3
61.00	3.4
68.00	3.4
70.00	3.4
108.00	3.4
Totaal	100.0

13. Verhouding van het aantal uren dat een praktijkverpleegkundige aanwezig is in de praktijk t.o.v. het gemiddeld aantal contacturen per week (op praktijkniveau)

	Percentage (n=25)
.04	4.0
.05	4.0
.07	4.0
.08	4.0
.08	4.0
.11	4.0
.13	4.0
.25	4.0
.32	4.0
.33	4.0
.36	4.0
.39	4.0
.39	4.0
.44	4.0
.47	4.0
.47	4.0
.64	4.0
.65	4.0
.67	8.0
.76	4.0
1.17	4.0
1.61	4.0
1.65	4.0
6.08	4.0
Totaal	100.0

14. Staat er momenteel een vacature open staat voor een bijkomende huisarts(en)?

	Percentage (n=93)
Neen	64.5
Ja, deeltijds	3.2
Ja, voltijds	32.3
Totaal	100.0

15. Biedt de praktijk vrije consultaties aan?

	Percentage (n=93)
Neen	100.0

16. Biedt de praktijk de mogelijkheid aan tot huisbezoeken?

	Percentage (n=87)
Neen	3.4
Ja	96.6
Totaal	100.0

17. Wanneer kan een patiënt die de praktijk op maandag vóór 12 u contacteert voor een dringende afspraak doorgaans een afspraak krijgen?

	Percentage (n=94)
Binnen diezelfde werkdag, dus op maandag	95.7
Op dinsdag	4.3
Totaal	100.0

18. Is er in de praktijk tijdens de openingsuren van de praktijk permanent een huisarts of huisarts-in-opleiding beschikbaar voor urgenties? (raadplegingen)

	Percentage (n=94)
Niet aanwezig voor raadplegingen	25.5
Aanwezig voor raadplegingen	74.5
Totaal	100.0

19. Is er in de praktijk tijdens de openingsuren van de praktijk permanent een huisarts of huisarts-in-opleiding beschikbaar voor urgenties? (huisbezoeken)

	Percentage (n=94)
Niet aanwezig voor huisbezoeken	37.2
Aanwezig voor huisbezoeken	62.8
Totaal	100.0

20. Is er in de praktijk tijdens de openingsuren van de praktijk permanent een huisarts of huisarts-in-opleiding beschikbaar voor urgenties? (telefonisch advies)

	Percentage (n=94)
Niet aanwezig voor telefonisch advies	33.0
Aanwezig voor telefonisch advies	67.0
Totaal	100.0

21. Is er in de praktijk tijdens de openingsuren van de praktijk permanent een huisarts of huisarts-in-opleiding beschikbaar voor urgenties? (voor consultatie OF huisbezoek OF telefonisch advies)

	Percentage (n=94)
Ja	83.0
Nee	17.0
Totaal	100.0

22. Bij een geplande vakantie van een huisarts ...

	Percentage (n=93)
Wordt de continuïteit gewaarborgd zonder grote inspanningen van collega's in de praktijk	12.9
Wordt de continuïteit gewaarborgd, maar dit vraagt grote inspanningen van collega's in de praktijk	34.4
Komt de continuïteit in het gedrang: niet-dringende medische zorg wordt uitgesteld	8.6
Wordt de continuïteit onderbroken: patiënten worden niet gezien of worden doorverwezen naar een collega buiten de prak	44.1
Totaal	100.0

23. Bij een ongeplande afwezigheid van 1 dag van een huisarts ...

	Percentage (n=93)
Wordt de continuïteit gewaarborgd zonder grote inspanningen van collega's in de praktijk	10.8
Wordt de continuïteit gewaarborgd, maar dit vraagt grote inspanningen van collega's in de praktijk	32.3
Komt de continuïteit in het gedrang: niet-dringende medische zorg wordt uitgesteld	11.8
Komt de continuïteit ernstig in het gedrang: zowel dringende als niet-dringende medische zorg wordt uitgesteld	3.2
Wordt de continuïteit onderbroken: patiënten worden niet gezien of worden doorverwezen naar een collega buiten de praktijk	41.9
Totaal	100.0

24. Bij een ongeplande afwezigheid van 1 week van een huisarts ...

	Percentage (n=93)
Wordt de continuïteit gewaarborgd zonder grote inspanningen van collega's in de praktijk	2.2
Wordt de continuïteit gewaarborgd, maar dit vraagt grote inspanningen van collega's in de praktijk	22.6
Komt de continuïteit in het gedrang: niet-dringende medische zorg wordt uitgesteld	24.7
Komt de continuïteit ernstig in het gedrang: zowel dringende als niet-dringende medische zorg wordt uitgesteld	5.4
Wordt de continuïteit onderbroken: patiënten worden niet gezien of worden doorverwezen naar een collega buiten de prak	45.2
Totaal	100.0

25. Bij een ongeplande afwezigheid van 1 maand van een huisarts ...

	Percentage (n=91)
Wordt de continuïteit gewaarborgd, maar dit vraagt grote inspanningen van collega's in de praktijk	18.7
Komt de continuïteit in het gedrang: niet-dringende medische zorg wordt uitgesteld	24.2
Komt de continuïteit ernstig in het gedrang: zowel dringende als niet-dringende medische zorg wordt uitgesteld	8.8
Wordt de continuïteit onderbroken: patiënten worden niet gezien of worden doorverwezen naar een collega buiten de prak	48.4
Totaal	100.0

26. Maakt de praktijk deel uit van een netwerk van praktijken?

	Percentage (n=93)
Neen	83.9
Ja	16.1
Total	100.0

27. Op welke domeinen is het netwerk actief? Organisatie van de permanentie

	Percentage (n=15)
Neen	66.7
Ja	33.3
Totaal	100.0

28. Op welke domeinen is het netwerk actief? Vervanging tijdens geplande afwezigheid (vakantie)

	Percentage (n=15)
Neen	20.0
Ja	80.0
Totaal	100.0

29. Op welke domeinen is het netwerk actief? Vervanging tijdens onverwachte afwezigheid

	Percentage (n=15)
Neen	6.7
Ja	93.3
Totaal	100.0

30. Op welke domeinen is het netwerk actief? Gedeelde patiëntendossiers

	Percentage (n=15)
Neen	40.0
Ja	60.0
Totaal	100.0

31. Op welke domeinen is het netwerk actief? Gedeelde administratieve medewerker(s)

	Percentage (n=15)
Neen	93.3
Ja	6.7
Totaal	100.0

32. Op welke domeinen is het netwerk actief? Gedeelde verpleegkundige(n)

	Percentage (n=15)
Neen	100.0

33. Op welke domeinen is het netwerk actief? Gedeeld materiaal

	Percentage (n=15)
Neen	100.0

34. Op welke domeinen is het netwerk actief? Casusbespreking, overleg richtlijnen, incidenten-analyse, ...

	Percentage (n=15)
Neen	80.0
Ja	20.0
Totaal	100.0

35. Op welke domeinen is het netwerk actief? Andere

	Percentage (n=14)
Neen	100.0

B/ PARTIM HUISARTSEN

36. Tot welke kring behoort de huisarts?

	Percentage (n=222)
Turnhout	67.1
Ijzereestreek en westkust	32.9
Totaal	100.0

37. Hoe ver woont u van de praktijk?

	Percentage (n=222)
Ik woon in de praktijk	21.6
Minder dan 5 km	41.4
5 tot 10 km	19.4
10 tot 20 km	9.9
20 tot 30 km	4.1
30 tot 40 km	1.4
40 tot 50 km	1.8
Meer dan 50 km	.5
Totaal	100.0

38. Hoe ervaart u de werkdruk in de praktijk?

	Percentage (n=221)
Groen (werkdruk voelt oké)	16.3
Geel (verhoogde druk)	24.4
Oranje (verhoogde druk die blijft aanhouden en zwaar begint te wegen)	43.9
Rood (erg verhoogde druk die blijft aanhouden en onhoudbaar begint te worden)	15.4
Totaal	100.0

39. Bent u van plan om uw activiteiten als huisarts in de praktijk stop te zetten?

	Percentage (n=221)
Neen	73.8
Ja, binnen een termijn van 5 jaar	10.0
Ja, binnen een termijn van 4 jaar	1.4
Ja, binnen een termijn van 3 jaar	4.5
Ja, binnen een termijn van 2 jaar	4.5

Ja, binnen een termijn van 1 jaar	2.3
Ja, binnen een termijn van 6 maanden	3.6
Totaal	100.0

40. Bent u van plan om uw activiteiten als huisarts in de praktijk af te bouwen?

	Percentage (n=221)
Neen	70.6
Ja, binnen een termijn van 5 jaar	10.4
Ja, binnen een termijn van 4 jaar	1.4
Ja, binnen een termijn van 3 jaar	1.8
Ja, binnen een termijn van 2 jaar	3.2
Ja, binnen een termijn van 1 jaar	5.4
Ja, binnen een termijn van 6 maanden	7.2
Totaal	100.0

41. Bent u van plan om uw activiteiten als huisarts in de praktijk uit te bouwen?

	Percentage (n=221)
Neen	89.6
Ja, binnen een termijn van 5 jaar	1.4
Ja, binnen een termijn van 4 jaar	.9
Ja, binnen een termijn van 3 jaar	.9
Ja, binnen een termijn van 2 jaar	.9
Ja, binnen een termijn van 1 jaar	3.6
Ja, binnen een termijn van 6 maanden	2.7
Total	100.0

Detailresultaten voor huisartsenvereniging regio Turnhout

A/ PARTIM HUISARTSENPRAKTIJK

1. Is er in uw praktijk momenteel een patiëntenstop?

	Percentage (n=54)
Neen	14.8
Volledige patiëntenstop	13.0
Gedeeltelijke patiëntenstop	70.4
Andere	1.9
Totaal	100.0

2. Gedeeltelijke patiëntenstop: enkel familie van bestaande patiënten kunnen nog patiënt worden

	Percentage (n=39)
Niet aanwezig	38.5
Aanwezig	61.5
Totaal	100.0

3. Gedeeltelijke patiëntenstop: enkel mensen uit een bepaald geografisch gebied kunnen nog patiënt worden (vb. mensen uit de buurt)

	Percentage (n=39)
Niet aanwezig	64.1
Aanwezig	35.9
Totaal	100.0

5. Welke verschillende functies hebben de medewerkers in deze praktijk? Onthaal- of administratief medewerker

	Percentage (n=52)
Niet aanwezig	21.2
Aanwezig	78.8
Totaal	100.0

6. Hoeveel verschillende medewerkers met deze functie zijn actief in uw praktijk? Aantal onthaal- of administratief medewerkers

	Percentage (n=41)
1.00	51.2
2.00	26.8
3.00	9.8
4.00	7.3
5.00	4.9
Totaal	100.0

7. Hoeveel uur per week is (zijn) de onthaal- of administratief medewerker(s) aanwezig? Aantal uur

	Percentage (n=40)
3.50	2.5
8.00	2.5
15.00	2.5
18.00	2.5
20.00	5.0
21.00	2.5
21.50	2.5
24.00	2.5
25.00	5.0
30.00	2.5
31.00	2.5
32.00	5.0
36.00	2.5
38.00	10.0
40.00	2.5
46.00	2.5
50.00	12.5
51.50	2.5
55.00	2.5
56.00	2.5
58.00	2.5
62.00	2.5
64.00	2.5
65.00	2.5
68.00	2.5
69.00	2.5
70.00	2.5
123.50	2.5
129.00	2.5
140.00	2.5
Totaal	100.0

8. Verhouding van het aantal uren dat een onthaal en/of administratief medewerker aanwezig in de praktijk t.o.v. het gemiddeld aantal contacturen per week (op praktijkniveau)

	Percentage (n=36)
.06	2.8
.09	2.8
.20	2.8
.20	2.8
.20	2.8
.24	2.8
.24	2.8
.27	2.8
.32	2.8
.33	2.8
.34	2.8
.36	2.8
.39	2.8
.39	2.8
.41	2.8
.47	2.8
.48	2.8
.49	2.8
.52	2.8
.58	2.8
.62	2.8
.65	2.8
.70	2.8
.71	2.8
.72	2.8
.74	2.8
.77	2.8
.80	2.8
.83	2.8
.91	2.8
.94	2.8
1.12	2.8
1.14	2.8
1.32	2.8
1.43	2.8
2.57	2.8
Totaal	100.0

9. Welke verschillende functies hebben de medewerkers in deze praktijk? Praktijkverpleegkundige

	Percentage (n=52)
Niet aanwezig	61.5
Aanwezig	38.5
Totaal	100.0

10. Hoeveel verpleegkundigen zijn actief in uw praktijk? Aantal verpleegkundigen

	Percentage (n=20)
1.00	60.0
2.00	25.0
3.00	10.0
4.00	5.0
Totaal	100.0

11. Hoeveel uur per week is (zijn) de verpleegkundige(n) aanwezig? Aantal uren

	Percentage (n=20)
3.00	5.0
4.00	5.0
4.50	5.0
5.50	5.0
8.00	5.0
12.00	5.0
13.00	5.0
14.00	5.0
16.00	5.0
20.00	15.0
25.00	5.0
30.00	10.0
38.00	5.0
61.00	5.0
68.00	5.0
70.00	5.0
108.00	5.0
Totaal	100.0

12. Verhouding van het aantal uren dat een praktijkverpleegkundige aanwezig is in de praktijk t.o.v. het gemiddeld aantal contacturen per week (op praktijkniveau)

	Percentage (n=17)
.04	5.9
.05	5.9
.07	5.9
.08	5.9
.11	5.9
.13	5.9
.25	5.9
.32	5.9
.36	5.9
.39	5.9
.44	5.9
.47	5.9
.64	5.9
.65	5.9
.67	5.9
.76	5.9
1.65	5.9
Totaal	100.0

13. Staat er momenteel een vacature open staat voor een bijkomende huisarts(en)?

	Percentage (n=53)
Neen	56.6
Ja, deeltijds	5.7
Ja, voltijds	37.7
Totaal	100.0

14. Biedt de praktijk vrije consultaties aan?

	Percentage (n=53)
Neen	100.0

15. Biedt de praktijk de mogelijkheid aan tot huisbezoeken?

	Percentage (n=48)
Neen	2.1
Ja	97.9
Totaal	100.0

16. Wanneer kan een patiënt die de praktijk op maandag vóór 12 u contacteert voor een dringende afspraak doorgaans een afspraak krijgen?

	Percentage (n=54)
Binnen diezelfde werkdag, dus op maandag	92.6
Op dinsdag	7.4
Total	100.0

17. Is er in de praktijk tijdens de openingsuren van de praktijk permanent een huisarts of huisarts-in-opleiding beschikbaar voor urgenties? (Raadplegingen)

	Percentage (n=54)
Niet aanwezig voor raadplegingen	22.2
Aanwezig voor raadplegingen	77.8
Totaal	100.0

18. Is er in de praktijk tijdens de openingsuren van de praktijk permanent een huisarts of huisarts-in-opleiding beschikbaar voor urgenties? (Huisbezoeken)

	Percentage (n=54)
Niet aanwezig voor huisbezoeken	37.0
Aanwezig voor huisbezoeken	63.0
Totaal	100.0

19. Is er in de praktijk tijdens de openingsuren van de praktijk permanent een huisarts of huisarts-in-opleiding beschikbaar voor urgenties? (Telefonisch advies)

	Percentage (n=54)
Niet aanwezig voor telefonisch advies	33.3
Aanwezig voor telefonisch advies	66.7
Totaal	100.0

20. Is er in de praktijk tijdens de openingsuren van de praktijk permanent een huisarts of huisarts-in-opleiding beschikbaar voor urgenties? (raadpleging OF huisbezoek OF telefonisch advies)

	Percentage (n=54)
Beschikbaar	83.3
Niet beschikbaar	16.7
Totaal	100.0

21. Bij een geplande vakantie van een huisarts ...

	Percentage (n=54)
Wordt de continuïteit gewaarborgd zonder grote inspanningen van collega's in de praktijk	14.8
Wordt de continuïteit gewaarborgd, maar dit vraagt grote inspanningen van collega's in de praktijk	38.9
Komt de continuïteit in het gedrang: niet-dringende medische zorg wordt uitgesteld	11.1
Wordt de continuïteit onderbroken: patiënten worden niet gezien of worden doorverwezen naar een collega buiten de prak	35.2
Totaal	100.0

22. Bij een ongeplande afwezigheid van 1 dag van een huisarts ...

	Percentage (n=54)
Wordt de continuïteit gewaarborgd zonder grote inspanningen van collega's in de praktijk	9.3
Wordt de continuïteit gewaarborgd, maar dit vraagt grote inspanningen van collega's in de praktijk	37.0
Komt de continuïteit in het gedrang: niet-dringende medische zorg wordt uitgesteld	14.8
Komt de continuïteit ernstig in het gedrang: zowel dringende als niet-dringende medische zorg wordt uitgesteld	5.6
Wordt de continuïteit onderbroken: patiënten worden niet gezien of worden doorverwezen naar een collega buiten de prak	33.3
Totaal	100.0

23. Bij een ongeplande afwezigheid van 1 week van een huisarts ...

	Percentage (n=54)
Wordt de continuïteit gewaarborgd zonder grote inspanningen van collega's in de praktijk	3.7
Wordt de continuïteit gewaarborgd, maar dit vraagt grote inspanningen van collega's in de praktijk	24.1
Komt de continuïteit in het gedrang: niet-dringende medische zorg wordt uitgesteld	31.5
Komt de continuïteit ernstig in het gedrang: zowel dringende als niet-dringende medische zorg wordt uitgesteld	5.6
Wordt de continuïteit onderbroken: patiënten worden niet gezien of worden doorverwezen naar een collega buiten de prak	35.2
Totaal	100.0

24. Bij een ongeplande afwezigheid van 1 maand van een huisarts ...

	Percentage (n=52)
Wordt de continuïteit gewaarborgd, maar dit vraagt grote inspanningen van collega's in de praktijk	21.2
Komt de continuïteit in het gedrang: niet-dringende medische zorg wordt uitgesteld	28.8
Komt de continuïteit ernstig in het gedrang: zowel dringende als niet-dringende medische zorg wordt uitgesteld	13.5
Wordt de continuïteit onderbroken: patiënten worden niet gezien of worden doorverwezen naar een collega buiten de prak	36.5
Totaal	100.0

25. Maakt de praktijk deel uit van een netwerk van praktijken?

	Percentage (n=54)
Neen	85.2
Ja	14.8
Totaal	100.0

26. Op welke domeinen is het netwerk actief? Organisatie van de permanentie

	Percentage (n=8)
Neen	75.0
Ja	25.0
Totaal	100.0

27. Op welke domeinen is het netwerk actief? Vervanging tijdens geplande afwezigheid (vakantie)

	Percentage (n=8)
Neen	37.5
Ja	62.5
Totaal	100.0

28. Op welke domeinen is het netwerk actief? Vervanging tijdens onverwachte afwezigheid

	Percentage (n=8)
Neen	12.5
Ja	87.5
Totaal	100.0

29. Op welke domeinen is het netwerk actief? Gedeelde patiëntendossiers

	Percentage (n=8)
Neen	62.5
Ja	37.5
Totaal	100.0

30. Op welke domeinen is het netwerk actief? Gedeelde administratieve medewerker(s)

	Percentage (n=8)
Neen	87.5
Ja	12.5
Totaal	100.0

31. Op welke domeinen is het netwerk actief? Gedeelde verpleegkundige(n)

	Percentage (n=8)
Neen	100.0

32. Op welke domeinen is het netwerk actief? Gedeeld materiaal

	Percentage (n=8)
Neen	100.0

33. Op welke domeinen is het netwerk actief? Casusbespreking, overleg richtlijnen, incidenten-analyse, ...

	Percentage (n=8)
Neen	75.0
Ja	25.0
Totaal	100.0

34. Op welke domeinen is het netwerk actief? Andere

	Percentage (n=8)
Neen	100.0

B/ PARTIM HUISARTSEN

35. Hoe ver woont u van de praktijk?

	Percentage (n=149)
Ik woon in de praktijk	18.1
Minder dan 5 km	43.6
5 tot 10 km	21.5
10 tot 20 km	10.1
20 tot 30 km	4.0
30 tot 40 km	.7
40 tot 50 km	2.0
Totaal	100.0

36. Hoe ervaart u de werkdruk in de praktijk?

	Percentage (n=149)
Groen (werkdruk voelt oké)	12.8
Geel (verhoogde druk)	20.1
Oranje (verhoogde druk die blijft aanhouden en zwaar begint te wegen)	52.3
Rood (erg verhoogde druk die blijft aanhouden en onhoudbaar begint te worden)	14.8
Totaal	100.0

37. Bent u van plan om uw activiteiten als huisarts in de praktijk stop te zetten?

	Percentage (n=148)
Neen	73.0
Ja, binnen een termijn van 5 jaar	9.5
Ja, binnen een termijn van 4 jaar	.7
Ja, binnen een termijn van 3 jaar	6.1
Ja, binnen een termijn van 2 jaar	5.4
Ja, binnen een termijn van 1 jaar	2.7
Ja, binnen een termijn van 6 maanden	2.7
Totaal	100.0

38. Bent u van plan om uw activiteiten als huisarts in de praktijk af te bouwen?

	Percentage (n=148)
Neen	66.2
Ja, binnen een termijn van 5 jaar	10.8
Ja, binnen een termijn van 4 jaar	1.4
Ja, binnen een termijn van 3 jaar	2.7
Ja, binnen een termijn van 2 jaar	4.1
Ja, binnen een termijn van 1 jaar	6.8

Ja, binnen een termijn van 6 maanden	8.1
Totaal	100.0

39. Bent u van plan om uw activiteiten als huisarts in de praktijk uit te bouwen?

	Percentage (n=149)
Neen	89.9
Ja, binnen een termijn van 5 jaar	1.3
Ja, binnen een termijn van 2 jaar	1.3
Ja, binnen een termijn van 1 jaar	4.7
Ja, binnen een termijn van 6 maanden	2.7
Totaal	100.0

Detailresultaten voor huisartsenkring IJzerstreek en westkust

A/ PARTIM HUISARTSENPRAKTIJK

1. Is er in uw praktijk momenteel een patiëntenstop?

	Percentage (n=40)
Neen	37.5
Volledige patiëntenstop	12.5
Gedeeltelijke patiëntenstop	47.5
Andere	2.5
Totaal	100.0

2. Gedeeltelijke patiëntenstop: enkel familie van bestaande patiënten kunnen nog patiënt worden

	Percentage (n=20)
Niet aanwezig	50.0
Aanwezig	50.0
Totaal	100.0

3. Gedeeltelijke patiëntenstop: enkel mensen uit een bepaald geografisch gebied kunnen nog patiënt worden (vb. mensen uit de buurt)

	Percentage (n=20)
Niet aanwezig	45.0
Aanwezig	55.0
Totaal	100.0

5. Welke verschillende functies hebben de medewerkers in deze praktijk? Onthaal- of administratief medewerker

	Percentage (n=40)
Niet aanwezig	65.0
Aanwezig	35.0
Totaal	100.0

6. Hoeveel verschillende medewerkers met deze functie zijn actief in uw praktijk? Aantal onthaal- of administratief medewerkers

	Percentage (n=14)
1.00	85.7
2.00	7.1
3.00	7.1
Totaal	100.0

7. Hoeveel uur per week is (zijn) de onthaal- of administratief medewerker(s) aanwezig? Aantal uur

	Percentage (n=16)
18.00	6.3
19.00	12.5
20.00	25.0
22.00	6.3
27.50	6.3
28.00	6.3
32.00	6.3
38.00	12.5
40.00	6.3
55.00	12.5
Totaal	100.0

8. Verhouding van het aantal uren dat een onthaal en/of administratief medewerker aanwezig in de praktijk t.o.v. het gemiddeld aantal contacturen per week (op praktijkniveau)

	Percentage (n=15)
.16	6.7
.25	6.7
.30	6.7
.39	6.7
.45	6.7
.50	6.7
.62	6.7
.67	13.3
.70	6.7
.88	6.7
.95	6.7
.98	6.7
6.08	6.7
8.76	6.7
Totaal	100.0

9. Welke verschillende functies hebben de medewerkers in deze praktijk? Praktijkverpleegkundige

	Percentage (n=40)
Niet aanwezig	75.0
Aanwezig	25.0
Totaal	100.0

10. Hoeveel verpleegkundigen zijn actief in uw praktijk? Aantal verpleegkundigen

	Percentage (n=9)
1.00	88.9
2.00	11.1
Totaal	100.0

11. Hoeveel uur per week is (zijn) de verpleegkundige(n) aanwezig? Aantal uren

	Percentage (n=9)
2.00	11.1
8.00	11.1
10.00	11.1
16.00	11.1
20.00	11.1
22.50	11.1
30.00	11.1
38.00	22.2
Totaal	100.0

12. Verhouding van het aantal uren dat een praktijkverpleegkundige aanwezig is in de praktijk t.o.v. het gemiddeld aantal contacturen per week (op praktijkniveau)

	Percentage (n=8)
.08	12.5
.33	12.5
.39	12.5
.47	12.5
.67	12.5
1.17	12.5
1.61	12.5
6.08	12.5
Totaal	100.0

13. Staat er momenteel een vacature open staat voor een bijkomende huisarts(en)?

	Percentage (n=40)
Neen	75.0
Ja, voltijds	25.0
Totaal	100.0

14. Biedt de praktijk vrije consultaties aan?

	Percentage (n=40)
Neen	100.0

15. Biedt de praktijk de mogelijkheid aan tot huisbezoeken?

	Percentage (n=39)
Neen	5.1
Ja	94.9
Totaal	100.0

16. Wanneer kan een patiënt die de praktijk op maandag vóór 12 u contacteert voor een dringende afspraak doorgaans een afspraak krijgen?

	Percentage (n=40)
Binnen diezelfde werkdag, dus op maandag	100.0

17. Is er in de praktijk tijdens de openingsuren van de praktijk permanent een huisarts of huisarts-in-opleiding beschikbaar voor urgenties? (Raadplegingen)

	Percentage (n=40)
Niet beschikbaar voor raadplegingen	30.0
Beschikbaar voor raadplegingen	70.0
Totaal	100.0

18. Is er in de praktijk tijdens de openingsuren van de praktijk permanent een huisarts of huisarts-in-opleiding beschikbaar voor urgenties? (Huisbezoeken)

	Percentage (n=40)
Niet beschikbaar voor huisbezoeken	37.5
Beschikbaar voor huisbezoeken	62.5
Totaal	100.0

19. Is er in de praktijk tijdens de openingsuren van de praktijk permanent een huisarts of huisarts-in-opleiding beschikbaar voor urgenties? (Telefonisch advies)

	Percentage (n=40)
Niet beschikbaar voor telefonisch advies	32.5
Beschikbaar voor telefonisch advies	67.5
Totaal	100.0

20. Is er in de praktijk tijdens de openingsuren van de praktijk permanent een huisarts of huisarts-in-opleiding beschikbaar voor urgenties? (Raadpleging OF huisbezoek OF telefonisch advies)

	Percentage (n=40)
Beschikbaar	82.5
Niet beschikbaar	17.5
Totaal	100.0

21. Bij een geplande vakantie van een huisarts ...

	Percentage (n=39)
Wordt de continuïteit gewaarborgd zonder grote inspanningen van collega's in de praktijk	10.3
Wordt de continuïteit gewaarborgd, maar dit vraagt grote inspanningen van collega's in de praktijk	28.2
Komt de continuïteit in het gedrang: niet-dringende medische zorg wordt uitgesteld	5.1
Wordt de continuïteit onderbroken: patiënten worden niet gezien of worden doorverwezen naar een collega buiten de prak	56.4
Totaal	100.0

22. Bij een ongeplande afwezigheid van 1 dag van een huisarts ...

	Percentage (n=39)
Wordt de continuïteit gewaarborgd zonder grote inspanningen van collega's in de praktijk	12.8
Wordt de continuïteit gewaarborgd, maar dit vraagt grote inspanningen van collega's in de praktijk	25.6
Komt de continuïteit in het gedrang: niet-dringende medische zorg wordt uitgesteld	7.7
Wordt de continuïteit onderbroken: patiënten worden niet gezien of worden doorverwezen naar een collega buiten de prak	53.8
Totaal	100.0

23. Bij een ongeplande afwezigheid van 1 week van een huisarts ...

	Percentage (n=39)
Wordt de continuïteit gewaarborgd, maar dit vraagt grote inspanningen van collega's in de praktijk	20.5
Komt de continuïteit in het gedrang: niet-dringende medische zorg wordt uitgesteld	15.4
Komt de continuïteit ernstig in het gedrang: zowel dringende als niet-dringende medische zorg wordt uitgesteld	5.1
Wordt de continuïteit onderbroken: patiënten worden niet gezien of worden doorverwezen naar een collega buiten de prak	59.0
Totaal	100.0

24. Bij een ongeplande afwezigheid van 1 maand van een huisarts ...

	Percentage (n=39)
Wordt de continuïteit gewaarborgd, maar dit vraagt grote inspanningen van collega's in de praktijk	15.4
Komt de continuïteit in het gedrang: niet-dringende medische zorg wordt uitgesteld	17.9
Komt de continuïteit ernstig in het gedrang: zowel dringende als niet-dringende medische zorg wordt uitgesteld	2.6
Wordt de continuïteit onderbroken: patiënten worden niet gezien of worden doorverwezen naar een collega buiten de prak	64.1
Totaal	100.0

25. Maakt de praktijk deel uit van een netwerk van praktijken?

	Percentage (n=39)
Neen	82.1
Ja	17.9
Totaal	100.0

26. Op welke domeinen is het netwerk actief? Organisatie van de permanentie

	Percentage (n=7)
Neen	57.1
Ja	42.9
Totaal	100.0

27. Op welke domeinen is het netwerk actief? Vervanging tijdens geplande afwezigheid (vakantie)

	Percentage (n=7)
Ja	100.0

28. Op welke domeinen is het netwerk actief? Vervanging tijdens onverwachte afwezigheid

	Percentage (n=7)
Ja	100.0

29. Op welke domeinen is het netwerk actief? Gedeelde patiëntendossiers

	Percentage (n=7)
Neen	14.3
Ja	85.7
Totaal	100.0

30. Op welke domeinen is het netwerk actief? Gedeelde administratieve medewerker(s)

	Percentage (n=7)
Neen	100.0

31. Op welke domeinen is het netwerk actief? Gedeelde verpleegkundige(n)

	Percentage (n=7)
Neen	100.0

32. Op welke domeinen is het netwerk actief? Gedeeld materiaal

	Percentage (n=7)
Neen	100.0

33. Op welke domeinen is het netwerk actief? Casusbespreking, overleg richtlijnen, Incidenten-analyse, ...

	Percentage (n=7)
Neen	85.7
Ja	14.3
Totaal	100.0

34. Op welke domeinen is het netwerk actief? Andere

	Percentage (n=6)
Neen	100.0

B/ PARTIM HUISARTSEN**35. Hoe ver woont u van de praktijk?**

	Percentage (n=73)
Ik woon in de praktijk	28.8
Minder dan 5 km	37.0
5 tot 10 km	15.1
10 tot 20 km	9.6
20 tot 30 km	4.1
30 tot 40 km	2.7
40 tot 50 km	1.4
Meer dan 50 km	1.4
Totaal	100.0

36. Hoe ervaart u de werkdruk in de praktijk?

	Percentage (n=72)
Groen (werkdruk voelt oké)	23.6
Geel (verhoogde druk)	33.3
Oranje (verhoogde druk die blijft aanhouden en zwaar begint te wegen)	26.4
Rood (erg verhoogde druk die blijft aanhouden en onhoudbaar begint te worden)	16.7
Totaal	100.0

37. Bent u van plan om uw activiteiten als huisarts in de praktijk stop te zetten?

	Percentage (n=73)
Neen	75.3
Ja, binnen een termijn van 5 jaar	11.0
Ja, binnen een termijn van 4 jaar	2.7
Ja, binnen een termijn van 3 jaar	1.4
Ja, binnen een termijn van 2 jaar	2.7
Ja, binnen een termijn van 1 jaar	1.4
Ja, binnen een termijn van 6 maanden	5.5
Totaal	100.0

38. Bent u van plan om uw activiteiten als huisarts in de praktijk af te bouwen?

	Percentage (n=73)
Neen	79.5
Ja, binnen een termijn van 5 jaar	9.6
Ja, binnen een termijn van 4 jaar	1.4
Ja, binnen een termijn van 2 jaar	1.4
Ja, binnen een termijn van 1 jaar	2.7
Ja, binnen een termijn van 6 maanden	5.5
Totaal	100.0

39. Bent u van plan om uw activiteiten als huisarts in de praktijk uit te bouwen?

	Percentage (n=72)
Neen	88.9
Ja, binnen een termijn van 5 jaar	1.4
Ja, binnen een termijn van 4 jaar	2.8
Ja, binnen een termijn van 3 jaar	2.8
Ja, binnen een termijn van 1 jaar	1.4
Ja, binnen een termijn van 6 maanden	2.8
Totaal	100.0