



RAPPORT: ANALYSE TIJDSBESTEDING HUISARTSEN

in opdracht van de Minister van Volksgezondheid en de Federale Overheidsdienst
Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

VOORWOORD

MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, FRANK VANDENBROUCKE

Bij mijn aantreden bereikten mij veel verontruste signalen van huisartsen, lokale besturen en patiënten over het tekort aan huisartsen. De rode draad was dat de eerstelijnszorg kreunt, in het bijzonder na de drukte van de COVID-19-pandemie, en dat te weinig huisartsen teveel op hun schouders moeten nemen.

Deze situatie moet serieus genomen worden én behoeft een oplossing op verschillende fronten. Op 17 juni 2022 stelde ik mijn visienota *‘Naar een New Deal voor de huisarts(praktijk)’* voor. Ik zie vijf pijlers om het huisartsberoep weerbaar te maken voor de uitdagingen, zoals een vergrijzende bevolking met meer chronisch zieken, een toegenomen aandacht voor een evenwichtige balans werk-vrije tijd, het tekort aan huisartsen en de nood aan meer ondersteuning en samenwerking.

Met name

1. Zorgen voor voldoende en goed gespreide huisartsen(praktijken).
2. Verminderen van de zinloze administratieve overlast.
3. Verbeteren van de toegankelijkheid voor de patiënt.
4. Inzetten op een goed organisatiemodel dat de huisarts(praktijk) in staat stelt om voor meer mensen zorg te dragen. Een organisatie met taakdelegatie en ondersteuning, ook voor niet-planbare zorg buiten de klassieke werkuren.
5. Uitwerken van een evenwichtig financieringsmodel dat beter kan inspelen op beschikbaarheid, intra- en interdisciplinaire samenwerking, zorgcontinuïteit, kwaliteit, preventie en empowerment.

Een voldoende aantal huisartsen opleiden vereist een optimale planning van het medisch aanbod. Het afstemmen van het aantal artsen op de behoeften van de bevolking heeft een positief effect op de kwaliteit van de opleiding, de kwaliteit van de medische beroepen en de kwaliteit van de zorg.



Essentieel is dat zo optimaal mogelijk rekening gehouden wordt met zowel de demografische evolutie, de veranderende zorgbehoeften van de bevolking als met de evoluties in het beroep, de activiteit van de artsen en de zorgorganisatie zelf. Het rekenmodel van de planningscommissie is de laatste jaren verbeterd. Het gaat uit van de reële toestand op het terrein, onder meer het aantal actieve artsen en het aantal prestaties dat ze verrichten. Het houdt rekening met de evoluerende zorgconsumptie, en maakt het mogelijk alternatieve toekomstscenario's uit te werken.

Om dit rekenmodel verder te verfijnen – en af te stemmen op wat leeft bij de huisartsen - heb ik aan de planningscommissie bijkomend huiswerk gegeven met het oog de bepaling van de quota 2029. Met name heb ik hen gevraagd een internationale benchmark op te stellen; na te gaan wat de impact is van de pandemie en ten slotte een grootschalige bevraging te organiseren bij de artsen, in eerste instantie de huisartsen, naar hun huidige en gewenste activiteitsgraad.

Het voorliggend rapport geeft een overzicht van de belangrijkste resultaten van deze bevraging. De massale responsgraad bevestigt dat de bezorgdheid om de werkdruk sterk leeft bij huisartsen. Het toont aan dat huisartsen minder wensen te werken dan ze vandaag werken. De resultaten tonen tevens aan dat de huisartsen geloven in een geschakeerde aanpak: zorgen voor voldoende - en dus meer - huisartsen, maar ook evolueren naar een ander organisatiemodel met meer samenwerking en taakdelegatie.

Het is voor mij evident dat rekening gehouden wordt met deze input van het terrein, in eerste instantie bij de bepaling van de quota, maar ook bij het herdenken van het organisatie- en financieringsmodel.

FRANK VANDENBROUCKE

MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID



INHOUD



04

INLEIDING

05

METHODOLOGIE

06

OVERZICHT RESULTATEN

08

TAAK- EN TIJDSVERDELING

14

ANALYSE ERVAREN WERKDRUK

20

IMPACT COVID-19-
PANDEMIE

23

TOEKOMSTBEELD

26

CONCLUSIES

INLEIDING

Anno 2023 staan huisartsen in ons land voor heel wat uitdagingen. In de nasleep van de COVID-19-pandemie kampen zij met bijkomende administratieve taken, die de werkdruk verhogen. Ook gaat een groot aantal huisartsen op pensioen, terwijl onvoldoende jonge artsen instromen om hun patiënten over te nemen. Dit resulteert in een patiëntenstop in heel wat huisartspraktijken. Maar hoeveel voltijds werkende huisartsen zijn er in de toekomst dan nodig? Hoe besteden de artsen op dit moment hun tijd en hoe ervaren zij hun werk? Bestaan er hierin regionale verschillen?...

De Planningscommissie Medisch Aanbod van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (verder 'FOD Volksgezondheid') gaf de opdracht aan IM Associates om hierover een nationale studie* op te stellen en uit te voeren. Primair doel van deze studie is het ontwikkelen van een verbeterde methode voor het bepalen van een voltijds equivalent arts ('VTE') in het kader van de planning van het medisch aanbod van artsen. Met andere woorden: Hoeveel uren werkt een voltijds werkende huisarts en hoe worden die uren gespendeerd?

Voorgaande studies tonen aan dat er geografische verschillen bestaan. Deze verschillen in kaart brengen en een goede methode ontwikkelen om objectief een VTE vast te leggen, helpt om het planningsmodel beter af te stemmen op de zorgvraag.

Een vragenlijst werd opgesteld, waarin bij de huisartsen gepolst werd naar verschillende elementen om een juiste inschatting te kunnen maken van een VTE. Op vraag van het kabinet van minister van Volksgezondheid Frank Vandenbroucke werd de lijst uitgebreid met vragen over de impact van de COVID-19-pandemie en de perceptie van de werkdruk.

De federale overheidsdienst en de minister van Volksgezondheid beslisten de eerste bevindingen van deze studie te vertalen naar dit algemeen toegankelijk rapport.

() Dit rapport focust op huisartsen. Voor artsen-specialisten is er ook een bevraging gedaan, maar dit valt buiten de scope van het huidige rapport.*



METHODOLOGIE

In de aanloop naar het opstellen van de vragenlijst werd een literatuurstudie uitgevoerd naar gelijkaardige werklasmetingen in andere landen. Hierbij werd vooral gekeken naar het type onderwerp waarnaar gepolst werd, welke factoren invloed hebben op de werkdruk en welke specifieke vragen gesteld werden. Op basis van deze bevindingen werd een eerste versie van een vragenlijst opgesteld en voorgelegd aan de FOD Volksgezondheid en hun expertencomité. Ook artsen uit het werkveld werd gevraagd om de vragenlijst te valideren. Op basis van deze feedback werd de vragenlijst herwerkt en gevalideerd door de FOD Volksgezondheid en het begeleidend comité. De bijkomende vragen, aangevraagd door de Minister van Volksgezondheid, werden gevalideerd door het kabinet en het KCE.

De vragenlijst werd via de beroepsverenigingen tussen september en november 2022 uitgestuurd naar professioneel actieve huisartsen en ingevuld door bijna 3.000 respondenten. De vragenlijst kon op elk moment stopgezet worden, dus het aantal respondenten varieert doorheen het rapport. De steekproef is representatief voor de gehele populatie Belgische huisartsen, die zo'n 12.600 artsen telt.

Enkele zaken dienen opgemerkt te worden bij de vergelijking tussen de steekproef en de gehele populatie. Ten eerste is het aandeel vrouwelijke huisartsen groter in de steekproef (59%) dan in de gehele populatie (49,8%). De gemiddelde leeftijd van de respondenten is dan weer wat lager dan het gemiddelde in de populatie. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door het hogere aandeel vrouwen, die jonger zijn dan hun mannelijke collega's. Echter, binnen de geslachten is de leeftijdsverdeling wel in lijn met de gehele populatie. Verder is ook de geografische spreiding in grote lijnen gelijk aan de volledige huisartsenspreiding.

*De steekproef
is representatief voor de
gehele populatie van
Belgische huisartsen.*

OVERZICHT RESULTATEN

TAAK- EN TIJDSVERDELING

- 73% van de werktijd van de huisartsen gaat naar interacties met patiënten.
- Vlaamse, mannelijke en oudere huisartsen hebben kortere interacties met patiënten.
- Huisartsen in Brussel doen minder wachturen.

- De meeste huisartsen accepteren nieuwe patiënten, zij het onder specifieke voorwaarden.
- Huisartsen wensen minder uren te werken.
- 75% van de huisartsen ervaart de werkdruk als hoog tot zeer hoog.
- De meeste huisartsen denken dat hun werkdruk samenhangt met de hoeveelheid huisartsen in de regio (al klopt dat niet).

ANALYSE VAN DE ERVAREN WERKDRUK

IMPACT VAN COVID-19-PANDEMIE

- De administratieve lasten namen toe en de inhoud van de consultaties veranderde.
- Teleconsultaties zitten in de lift sinds de COVID-19-pandemie.
- De impact op de provincies was verschillend.



- Meer mannelijke huisartsen en huisartsen in individuele kabinetten gaan binnenkort op pensioen.
- Een derde van de huisartsen zou graag van type werkplek veranderen, meestal naar een groepspraktijk.
- De helft van de huisartsen verwacht dat hun werklast de komende 5 jaar zal toenemen.

TOEKOMST- BEELD



TAAK- EN TIJDSVERDELING

73%

VAN DE WERKTIJD VAN HUISARTSEN GAAT NAAR
INTERACTIES MET PATIËNTEN.



VLAAMSE, MANNELIJKE EN OUDERE
HUISARTSEN HEBBEN KORTERE
INTERACTIES MET PATIËNTEN.



HUISARTSEN IN BRUSSEL DOEN
MINDER WACHTUREN.



73% VAN DE WERKTIJD GAAT NAAR INTERACTIES MET PATIËNTEN

Huisartsen spenderen, zoals verwacht, het overgrote deel van hun werktijd aan rechtstreekse interacties met patiënten (73%). Er is daarin weinig tot geen verschil tussen huisartsen op verschillende werkplekken of in verschillende provincies. De overige werktijd van de huisartsen wordt gespendeerd aan medische taken, zoals wachtdiensten, en niet-medische taken, zoals dossier- en agendabeheer. Hierover later meer.

De gemiddelde duurtijd van elk type interactie tussen huisarts en patiënt is verschillend. Zo wordt door de huisartsen gemiddeld 38 minuten tijd gespendeerd aan een huisbezoek, terwijl een raadpleging gemiddeld 21 minuten duurt en een teleconsultatie slechts 10 minuten.

VLAAMSE HUISARTSEN HEBBEN KORTERE INTERACTIES MET PATIËNTEN

Opvallend is dat voor de drie soorten patiënteninteracties, huisbezoek, raadpleging en teleconsultatie, de Vlaamse huisartsen een kortere duur aangeven dan de artsen in Wallonië of Brussel. (zie grafiek 1.1) Voor een huisbezoek trekken Vlaamse huisartsen zo'n 34,5 minuten uit, voor een raadpleging 19,8 minuten en voor een teleconsultatie 10,2 minuten. Voor huisbezoeken en raadplegingen is de mediane duur het langst in Brussel met respectievelijk 48,6 en 24,6 minuten.

Op provinciaal niveau zijn er geen grote verschillen binnen de gewesten voor de mediane duur van raadplegingen en teleconsultaties.

MANNELIJKE HUISARTSEN, OUDERE HUISARTSEN EN HUISARTSEN IN VOORSTEDELIJKE GEBIEDEN HEBBEN KORTERE INTERACTIES MET PATIËNTEN

Wanneer interacties vergeleken worden op basis van het geslacht van de huisarts, zien we dat mannelijke huisartsen voor de verschillende types consequent kortere interacties hebben. Het verschil is ongeveer 2 minuten voor raadplegingen en teleconsultaties en tot 8 minuten voor huisbezoeken.

Ook zijn er verschillen wat betreft de duur van de interacties op basis van urbanisatiegraad. (zie grafiek 1.2) Voor huisbezoeken en raadplegingen is de duur het kortst in voorstedelijke gebieden. In plattelandsgebieden duren raadplegingen 3 minuten langer en huisbezoeken 4 minuten. Teleconsultaties duren overal even lang.

Wanneer gekeken wordt naar de leeftijd van de huisartsen, blijkt dat oudere huisartsen minder tijd spenderen aan huisbezoeken en raadplegingen. (zie grafiek 1.3)

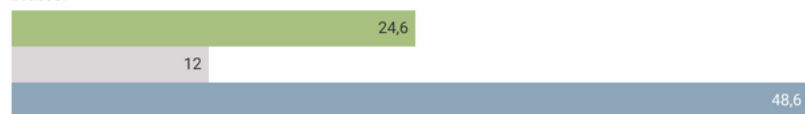
De mediane duur van raadplegingen is lager voor huisartsen ouder dan 54 jaar dan voor huisartsen tussen 25 en 34 jaar en tussen 40 en 44 jaar. Een soortgelijke analyse kan worden gemaakt voor de duur van de huisbezoeken. Voor teleconsultaties kan het omgekeerde worden vastgesteld, aangezien deze langer lijken te duren voor oudere huisartsen.

Grafiek 1.1 Mediaanduur van interacties

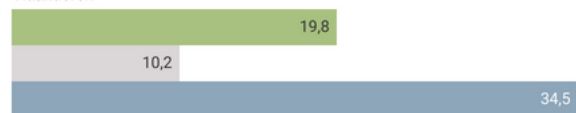
(in minuten)

Raadplegingen Teleconsultaties Huisbezoeken

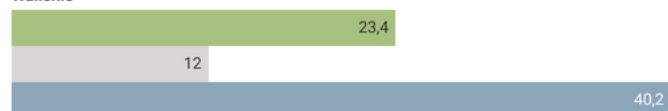
Brussel



Vlaanderen



Wallonië



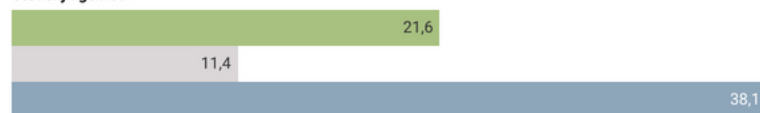
Bron: IM Associates • Gecreëerd met Datawrapper

Grafiek 1.2 Mediaanduur van interacties

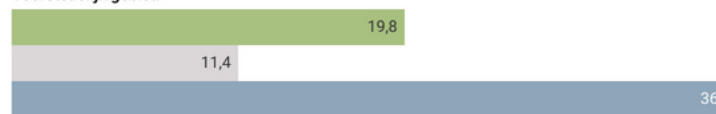
(in minuten)

Raadplegingen Teleconsultaties Huisbezoeken

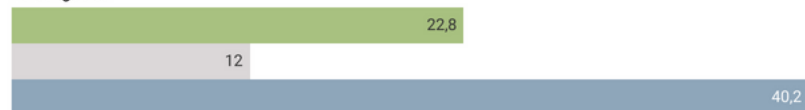
Stedelijk gebied



Voorstedelijk gebied



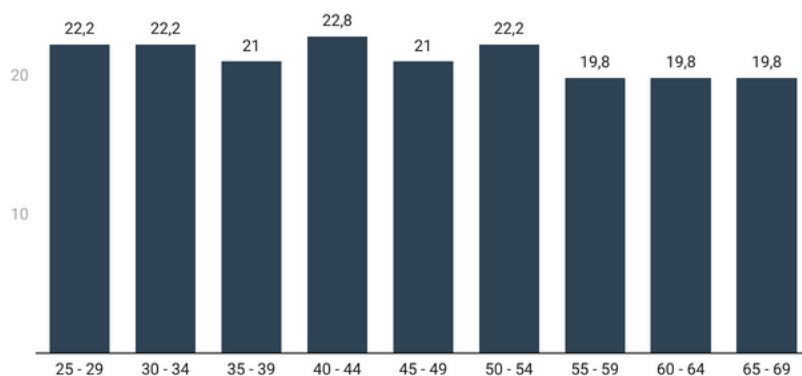
Ruraal gebied



Bron: IM Associates • Gecreëerd met Datawrapper

Grafiek 1.3 Mediaanduur van raadplegingen

Per leeftijdsgroep (in minuten)



Bron: IM Associates • Gecreëerd met Datawrapper



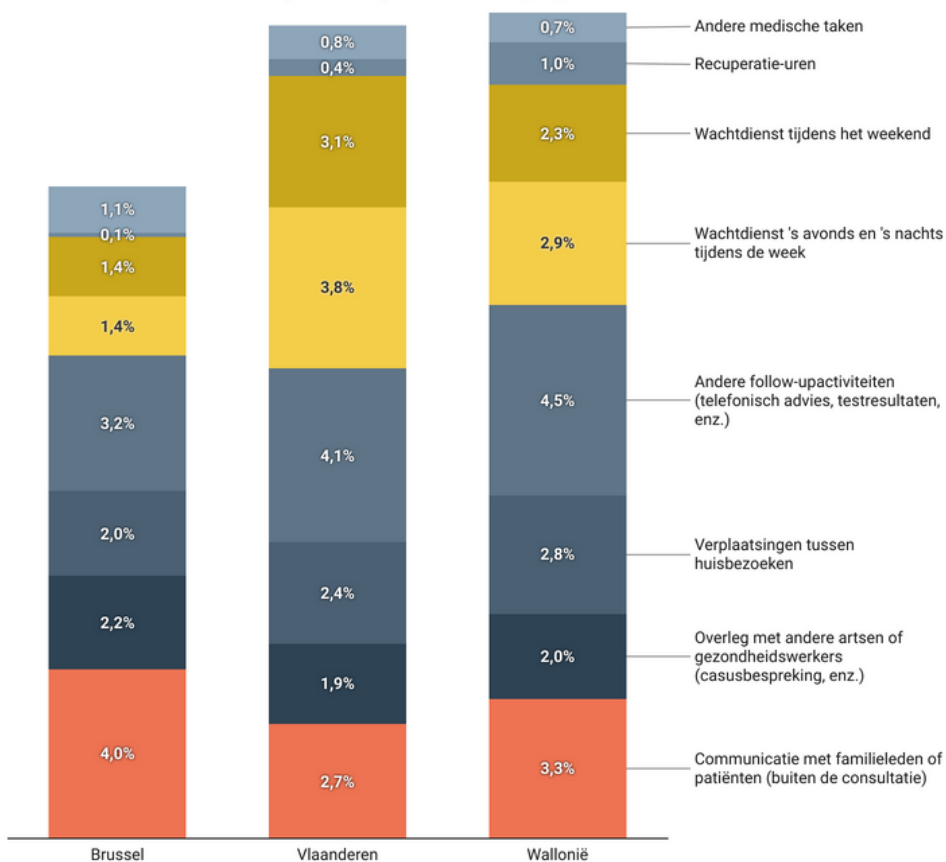
TIJDSVERDELING VOOR MEDISCHE TAKEN: BRUSSELSE HUISARTSEN DOEN MINDER WACHTUREN

Het grootste deel van de werktijd van de huisartsen gaat naar interacties met patiënten. Maar waar gaat die andere tijd naartoe en hoe is die verdeeld in de verschillende gewesten? Wanneer in detail gekeken wordt naar de tijdsverdeling, blijkt dat Brusselse huisartsen een andere tijdsverdeling hebben voor medische taken. Het belangrijkste verschil ligt in de week- en weekendwachtdiensten. (zie grafiek 1.4)

In Brussel besteden de huisartsen namelijk minder tijd aan wachtdiensten dan hun collega's in Vlaanderen en Wallonië. Ze besteden dan weer meer tijd aan communicatie met patiënten en hun familie.

De tijd besteed aan medische taken daalt met de urbanisatiegraad. Op het platteland gaat 21,3% van de tijd naar medische taken, waar dat in stedelijke gebieden nog maar 17,9% is. Dit verschil is voornamelijk te wijten aan de wachtdiensten, wat in lijn is met voorgaande analyse over het verschil tussen Brussel enerzijds en Vlaanderen en Wallonië anderzijds.

Grafiek 1.4 Percentage van gewerkte tijd per medische taak



Bron: IM Associates • Gecreëerd met Datawrapper

WAALSE HUISARTSEN EN HUISARTSEN IN LANDELIJKE GEBIEDEN MOETEN MEER RIJDEN VOOR HUN HUISBEZOEKEN

Huisartsen melden zo'n gemiddelde rijtijd van twee uur per week. Maar dat ligt hoger bij Waalse huisartsen (2,2 uur per week) en lager bij Brusselse huisartsen (1,3 uur per week). Ook het verschil tussen stedelijke en landelijke gebieden bedraagt 1 uur.

Grafiek 1.5 Rijtijd voor huisbezoeken

Gemiddeld aantal uren per week



Bron: IM Associates • Gecreëerd met Datawrapper

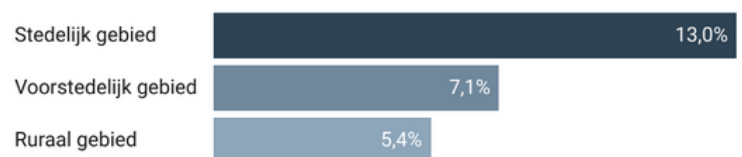
HUISARTSEN IN BRUSSEL (EN STEDELIJKE GEBIEDEN) WORDEN GECONFRONTEERD MET MEER TAALBARRIÈRES

Huisartsen in Brussel melden dat er tijdens 14% van hun raadplegingen een taalbarrière is. Dat is twee keer zoveel als in Wallonië. De provincies met het grootste aandeel raadplegingen met een taalbarrière zijn Brussel, Antwerpen, Limburg en Luik.

Het verschil tussen stedelijke en landelijke gebieden is groot: 13% in stedelijke gebieden en 5,4% op het platteland. Huisartsen in medische centra met forfaitaire kosten, meestal te vinden in Brussel, geven aan dat bij meer dan een kwart van de raadplegingen sprake is van een taalbarrière.

Grafiek 1.6 Raadplegingen met taalbarrière

Gemiddelde percentage van raadplegingen



Bron: IM Associates • Gecreëerd met Datawrapper

ANALYSE ERVAREN WERKDRUK



DE MEESTE HUISARTSEN ACCEPTEREN
NIEUWE PATIËNTEN, ZIJ HET ONDER
SPECIFIEKE VOORWAARDEN.



HUISARTSEN WENSEN MINDER UREN TE
WERKEN.



75% VAN DE HUISARTSEN ERVAART
DE WERKDRUK ALS HOOG
TOT ZEER HOOG.



DE MEESTE HUISARTSEN DENKEN DAT HUN
WERKDRUK SAMENHANGT MET DE
HOEEVEELHEID HUISARTSEN IN DE REGIO
(AL KLOPT DAT NIET).

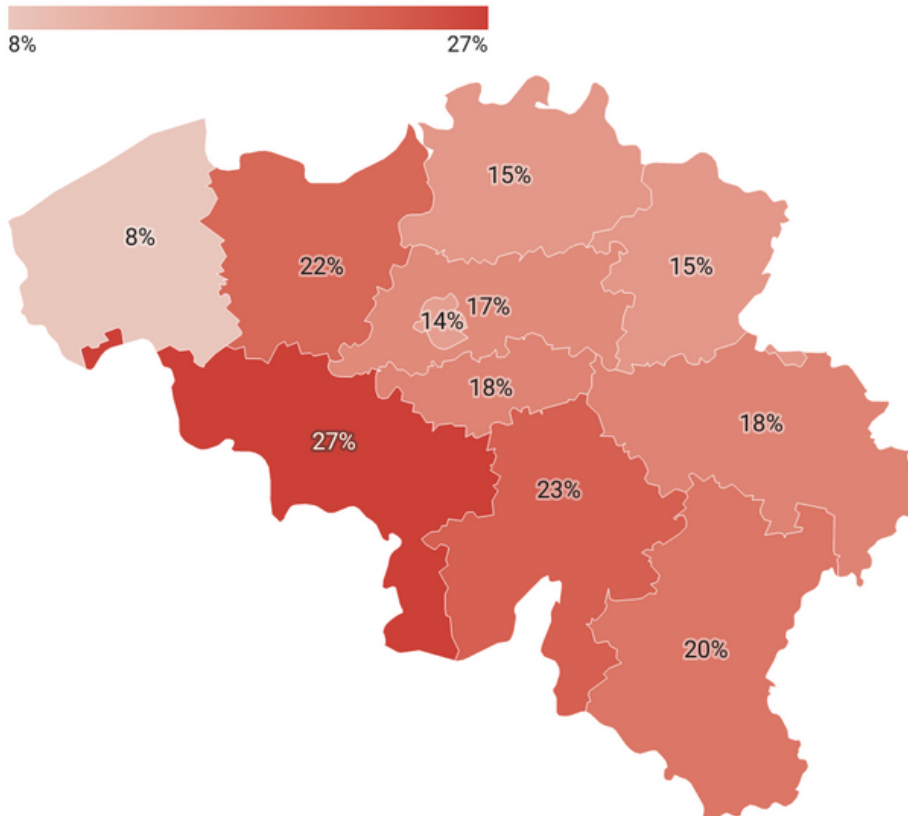
DE MEESTE HUISARTSEN ACCEPTEREN NIEUWE PATIËNTEN, ZIJ HET ONDER SPECIFIEKE VOORWAARDEN

Bijna een vijfde van de huisartsen voerde een patiëntenstop in, maar voor 58% van de huisartsen geldt dat zij wél nog nieuwe patiënten aanvaarden, als zij voldoen aan specifieke voorwaarden. De nieuwe patiënt moet bijvoorbeeld wonen in een specifiek afgebakend gebied of familie zijn van een huidige patiënt. 25% van de huisartsen accepteert nog steeds nieuwe patiënten, zonder voorwaarden.

Wat in deze beslissing een duidelijke rol speelt is de locatie waar de huisarts werkt. (zie grafiek 2.1) Zo aanvaardt een vijfde van de Waalse huisartsen geen nieuwe patiënten. In Vlaanderen en Brussel is dat beduidend minder: minder 16% van de huisartsen voerde er een patiëntenstop in. Ook de verschillen tussen provincies zijn opmerkelijk. In West-Vlaanderen bijvoorbeeld geeft slechts 8% van de huisartsen aan nieuwe patiënten te weigeren, tegenover 22% in het nabijgelegen Oost-Vlaanderen.

Grafiek 2.1 Patiëntenstops

% Artsen dat geen nieuwe patiënten accepteert



Bron: IM Associates • Gecreëerd met Datawrapper

Gevraagd naar de ideale werkweek, stelt de helft van de huisartsen dat zij een werkweek zouden verkiezen van 38 of 40 uur. Dit staat echter in schril contrast met de realiteit, aangezien slechts minder dan een vijfde van de huisartsen zo'n werkweek heeft. De reële werktijd ligt een stuk hoger dan de gewenste werktijd. De helft van de huisartsen werkt namelijk 50 tot 64 uur per week. Een vijfde van de huisartsen werkt zelfs meer dan 64 uur per week (17%).

Er tekenen zich belangrijke verschillen af wanneer gekeken wordt naar leeftijd. Uit de cijfers blijkt dat het gemiddeld aantal effectief gewerkte uren toeneemt met de leeftijd van de huisarts. Oudere huisartsen werken dus momenteel meer uren dan de jongere artsen. De groep huisartsen, waarvan de ideale werkweek van 38 à 40 uur overeenkomt met de effectief gewerkte uren, is vrij jong, namelijk 39 jaar.

Het verschil in gewerkte uren en de ideale werktijd in het grootst voor de groep oudere huisartsen. Zo geeft de groep huisartsen tussen 50 en 64 jaar aan dat hun werktijd idealiter 12 tot 14 uur minder zou bedragen, wat overeenkomt met een daling van ongeveer 20% van hun werktijd. Jongere huisartsen tussen 30 en 44 jaar geven dan weer een gewenste daling aan van 8 tot 11 uur, wat overeenkomt met een daling van gemiddeld 16%. (zie grafiek 2.2)

Ook het geslacht is een belangrijke factor. Vrouwelijke huisartsen geven aan minder uren per week te (willen) werken dan hun mannelijke collega's. 60% van de vrouwelijke huisartsen willen 38 of 40 uur werken, terwijl dat bij de mannelijke huisartsen 40% is. In realiteit werkt echter slechts 21% van de vrouwelijke en 13% van de mannelijke huisartsen minder dan 45 uur per week. Gekeken naar de huisartsen die meer dan 70 werkuren per week kloppen, valt op dat het aandeel mannelijke artsen bijna drie keer zo hoog ligt als het aandeel vrouwelijke huisartsen, respectievelijk 17% en 6%.

Ten derde spelen er ook regionale verschillen. Zowel de ideale als reële werkuren liggen lager in Brussel dan in Vlaanderen en Wallonië. Een vierde van de Brusselse huisartsen zou 38 uur willen werken, tegenover 12% in Vlaanderen en Wallonië. Slechts 14% van de Brusselse huisartsen geeft aan 50 of 60 uur per week te willen werken, terwijl dat in Vlaanderen (23%) en Wallonië (24%) bijna dubbel zoveel is.

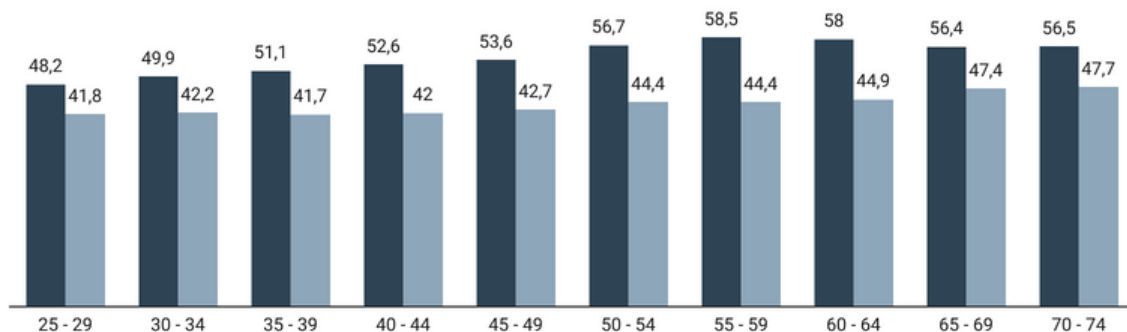
Een gelijkaardig verschil kan worden vastgesteld wanneer wordt gekeken naar de effectief gewerkte uren. Waar Vlaamse en Waalse huisartsen een gemiddelde werkweek van 50 uur hebben, is dat voor Brusselse huisartsen gemiddeld 42 uur. (zie grafiek 2.3)

De helft van de huisartsen wil een werkweek van 38 of 40 uur, maar voor slechts 17% is dit de realiteit.

Grafiek 2.2 Reële werktijd t.o.v. ideale werktijd

Gemiddeld aantal uren per week per leeftijdsgroep

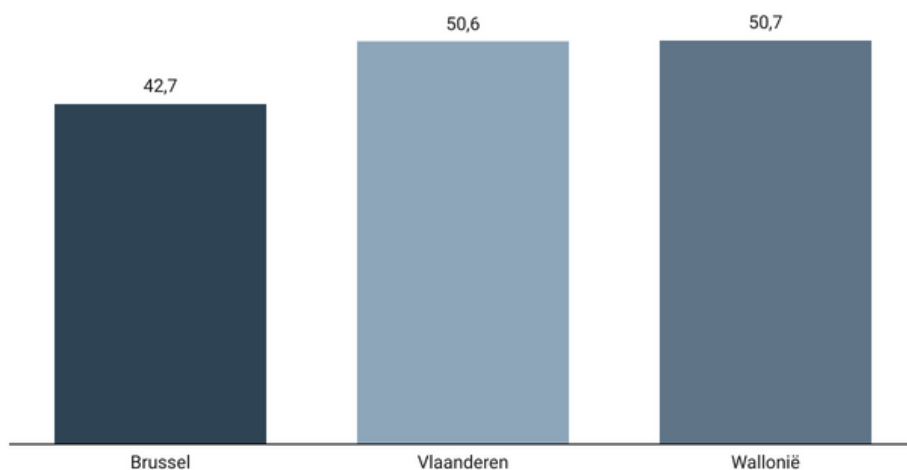
■ Reële werktijd ■ Ideale werktijd



Bron: IM Associates • Gecreëerd met Datawrapper

Grafiek 2.3 Reële werktijd

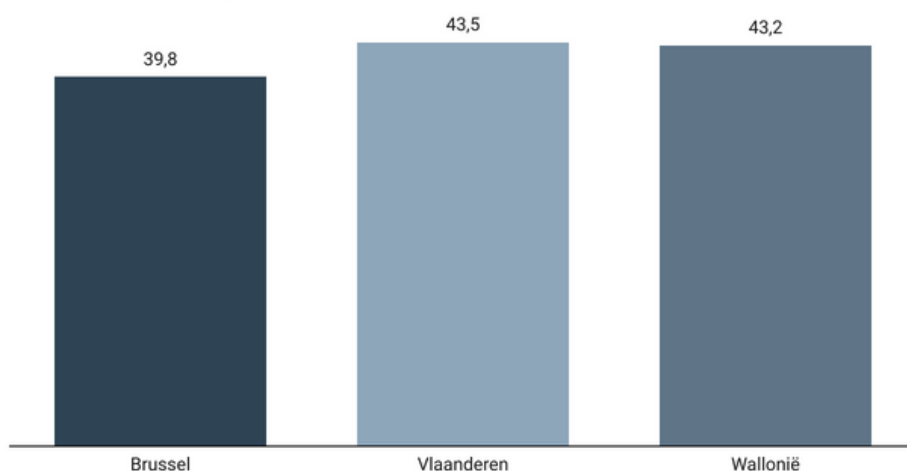
Gemiddeld aantal uren per week



Bron: IM Associates • Gecreëerd met Datawrapper

Grafiek 2.4 Ideale werktijd

Gemiddeld aantal uren per week



Bron: IM Associates • Gecreëerd met Datawrapper

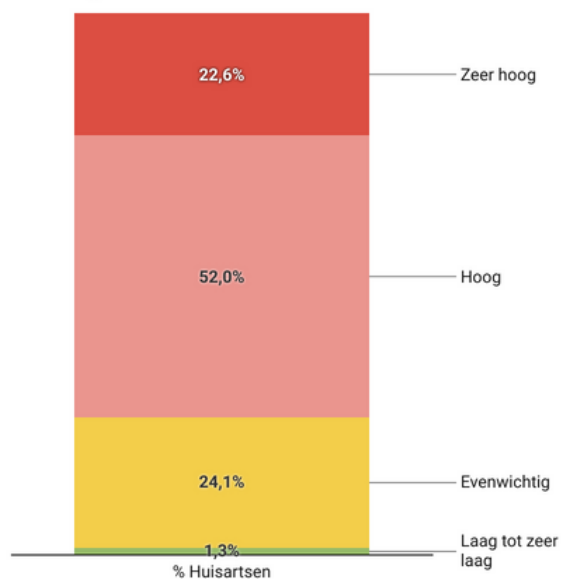


75% VAN DE HUISARTSEN ERVAART DE WERKDruk ALS HOOG TOT ZEER HOOG

Drie vierde van de huisartsen ervaart de werkdruk als hoog tot zeer hoog. (zie grafiek 2.5) Leeftijd speelt hierin een kleine rol. De huisartsen die de werkbelasting als 'zeer hoog' ervaren, zijn met een gemiddelde van 48 jaar iets ouder dan degenen die aangeven dat de werkbelasting 'hoog' of 'evenwichtig' is (gemiddeld 44 jaar). Dit kan samenhangen met het vorige punt waarin we zagen dat het aantal effectief gewerkte uren toeneemt met de leeftijd van de arts. Er is geen verschil tussen de geslachten.

Grafiek 2.5 Ervaren werkdruk

Percentage van huisartsen



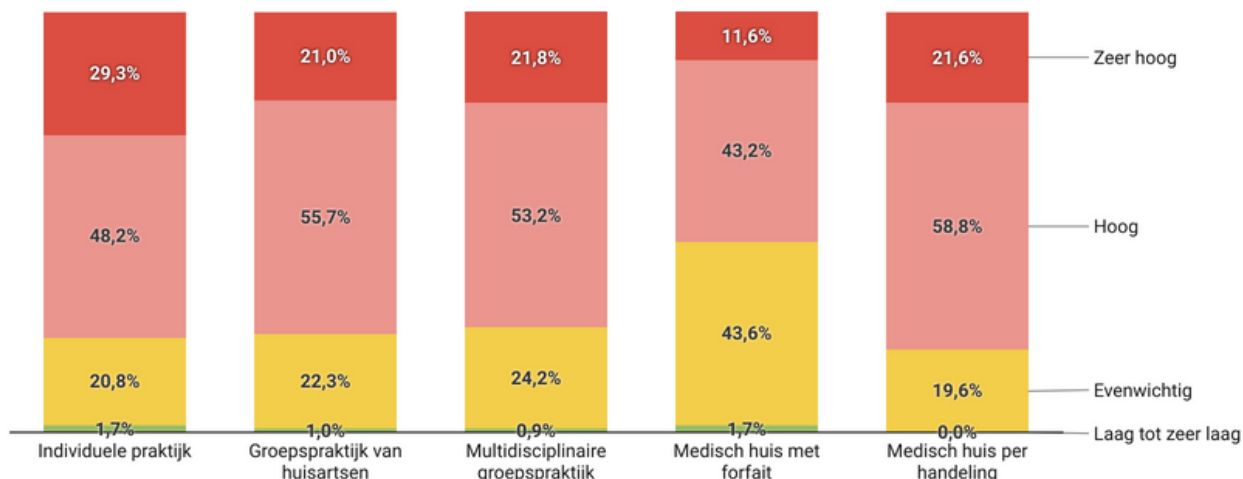
Bron: IM Associates • Geceëerd met Datawrapper

Wat een belangrijkere rol speelt, is de werkplek waarbinnen de huisarts functioneert. (zie grafiek 2.6) De werkdruk wordt op alle werkplekken als hoog of zeer hoog ervaren, behalve door huisartsen die in een forfaitair medisch centrum werken. Aangezien een derde van de Brusselse huisartsen in zo'n centrum werkt, kan dit verklaren waarom Brusselse huisartsen de werkdruk als evenwichtiger ervaren dan hun Vlaamse en Waalse collega's.

Ook opvallend is dat meer huisartsen in individuele kabinetten hun werkdruk als 'zeer hoog' aanvoelen. Dit geldt voor bijna een derde van deze huisartsen, wat 7% hoger ligt dan het nationaal gemiddelde (23%).

Grafiek 2.6 Ervaren werkdruk per werkplaats

Percentage van huisartsen



Bron: IM Associates • Gecreëerd met Datawrapper

DE MEESTE HUISARTSEN DENKEN DAT HUN WERKDRUK SAMENHANGT MET DE HOEEVEELHEID HUISARTSEN IN DE REGIO (AL KLOPT DIT NIET)

Er werd de huisartsen gevraagd een inschatting te maken van het verband tussen hun werkbelasting enerzijds en het aantal huisartsen dat in hetzelfde geografische gebied werkt anderzijds. De meerderheid van de huisartsen (79%) gaf aan dat ze inschat dat het aantal huisartsen in hetzelfde gebied een grote impact heeft op de werkbelasting. Met andere woorden: hoe minder huisartsen in de omgeving, hoe hoger de werkdruk. In Brussel wordt dit verband minder sterk ingeschat, maar dit heeft wellicht ook te maken met hun meer gebalanceerde perceptie van de werkdruk.

In Antwerpen en West-Vlaanderen ziet 77% van de huisartsen een sterk verband, maar in Luxemburg en Namen ziet zelfs 87% dat verband.

Een analyse van de correlatie tussen de geografische dichtheid van huisartsen en de aangegeven werkdruk kan dit verband echter niet bevestigen. Het heersende idee dat de hoeveelheid huisartsen werkzaam in een bepaalde regio samenhangt met de werklust, klopt dus niet.

DE IMPACT VAN DE COVID-19-PANDEMIE



DE ADMINISTRatieve LASTEN NAMEN TOE
EN DE INHOUD VAN DE CONSULTATIES
VERANDERDE.



TELECONSULTATIES ZITTEN IN DE LIFT
SINDS DE COVID-19-PANDEMIE.



DE IMPACT OP DE PROVINCIES WAS
VERSCHILLEND.

DE IMPACT VAN COVID-19-PANDEMIE OP ADMINISTRATIE EN INHOUD CONSULTATIES: MEER ADMINISTRATIE EN ANDERE ZORGVRAGEN

Zowat alle huisartsen melden een toename van de hoeveelheid administratieve taken tijdens de COVID-19-pandemie. Met 'administratieve taken' wordt specifiek de verwerking van administratieve formulieren bedoeld, en niet de financiële of operationele administratie. Daarnaast verwacht de meerderheid van de huisartsen dat deze grotere hoeveelheid administratieve taken nog verder zal toenemen zodra de COVID-19-pandemie niet meer merkbaar is.

Twee derde van de huisartsen zegt dat de inhoud van de consultaties tijdens de COVID-19-pandemie anders was dan voorheen.

Patiënten kwamen met andere zorgvragen: over de COVID-19-pandemie zelf uiteraard, maar daarnaast merkten huisartsen ook meer psychologische problematiek op, werden er meer zorgvragen tegelijk gesteld en had men vaker vragen met betrekking tot administratieve formulieren. Er was echter minder ruimte voor preventieve zorg. Slechts één derde van de huisartsen schat in dat deze veranderingen zullen teruggedraaid worden, zodra de COVID-19-pandemie niet meer merkbaar is. Zij schatten in dat er opnieuw tijd en ruimte zal komen voor preventieve en chronische zorg, maar dat de toegenomen psychologische vragen zullen blijven.



IMPACT VAN COVID-19-PANDEMIE OP AANTAL EN DUUR CONSULTATIES: MEER EN LANGERE TELECONSULTATIES

De impact op het aantal fysieke raadplegingen verschilt nogal volgens de huisartsen. De helft van hen geeft aan dat de pandemie geen impact had op het aantal fysieke consultaties, terwijl 30% een daling vaststelde. Een gelijkaardige trend wordt vastgesteld bij de impact op huisbezoeken. Zo stelt 64% van de huisartsen dat het aantal huisbezoeken hetzelfde bleef tijdens de pandemie, terwijl 31% minder huisbezoeken deed. We zien dat huisartsen die een daling van het aantal raadplegingen of huisbezoeken aangeven, iets ouder zijn dan gemiddeld. Wat de teleconsultaties betreft, is er echter grote eensgezindheid en geven bijna alle huisartsen een grote toename aan.

Ook geografie speelde een rol in de verschillende impact van de COVID-19-pandemie op de interacties met patiënten. Zo melden Brusselse huisartsen vaker een daling van het aantal raadplegingen dan in Vlaanderen of Wallonië. Wat de huisbezoeken betreft, verschilt de impact ook van provincie tot provincie, vooral in Wallonië.

In Luik meldt 39% een daling, terwijl in Luxemburg slechts 18% dezelfde dynamiek meldt. In Vlaanderen zijn de veranderingen meer gelijklopend.

Niet enkel het aantal interacties, maar ook de duur van de consulten werd bevraagd. De grote meerderheid van de huisartsen geeft aan dat de duur van zowel huisbezoeken als raadplegingen niet wijzigde. Toch geeft bijna een derde van de huisartsen aan dat hun consultaties langer duurden. Voor teleconsultaties geldt een omgekeerde trend: de meerderheid stelt dat de duur toenam, een derde meldt geen verandering.

TOEKOMSTBEELD



MEER MANNELIJKE HUISARTSEN EN
HUISARTSEN IN INDIVIDUELE KABINETTEN
GAAN BINNENKORT OP PENSIOEN.



EEN DERDE VAN DE HUISARTSEN ZOU
GRAAG VAN TYPE WERKPLEK VERANDEREN,
MEESTAL NAAR EEN GROEPSPRAKTIJK.



DE HELFT VAN DE HUISARTSEN VERWACHT
DAT HUN WERKDruk DE KOMENDE 5 JAAR
ZAL TOENEMEN.

MEER MANNELIJKE HUISARTSEN EN HUISARTSEN IN INDIVIDUELE KABINETTEN GAAN BINNENKORT OP PENSIOEN

Op nationaal niveau ziet de meerderheid van de huisartsen zichzelf in de nabije toekomst zijn of haar job als huisarts verder uitoefenen. Met name 82% van de huisartsen gaat door als huisarts, 8% gaat in de nabije toekomst met pensioen, 4% wil een andere loopbaan en voor 6% is het nog onduidelijk hoe de toekomst eruit ziet. Van de mannelijke huisartsen gaat maar liefst 15% in de nabije toekomst op pensioen, tegenover 3% van de vrouwelijke huisartsen.

De verschillende toekomstperspectieven zijn vergelijkbaar in de gewesten, hoewel een iets hoger percentage van de Brusselse huisartsen met pensioen gaat (11%) in vergelijking met Vlaanderen en Wallonië (allebei 8%). Ook geeft 17% van de huisartsen in individuele kabinetten aan in de nabije toekomst met pensioen te gaan, wat aanzienlijk meer is dan in andere soorten werkplaatsen. Dit is een logisch gevolg van de oudere huisartsenpopulatie die in individuele kabinetten werkt.

EEN DERDE VAN DE HUISARTSEN ZOU GRAAG VAN TYPE WERKPLEK VERANDEREN, MEESTAL NAAR EEN GROEPSPRAKTIJK

Bijna een derde van de huisartsen geeft aan van type werkplek te willen veranderen. Van de huisartsen werkzaam in een individuele praktijk wil 40% van werkplek veranderen en van de huisartsen werkzaam in een groepspraktijk met enkel huisartsen, wil 27% veranderen. De populairste werkplek om naar over te stappen is een groepskabinet (met enkel huisartsen of multidisciplinair).

Er zitten verschillende drijfveren achter deze wens: de hoge werkdruk, de nood aan een multidisciplinaire aanpak en aan ondersteunend personeel omwille van de steeds complexere zorgvragen. Ook de zorgen om de toekomstige opvolging van de huidige patiënten, wanneer het pensioen nadert, spelen een rol. (zie tabel 3.1)

Tabel 3.1 Artsen die willen veranderen van type werkplaats

Aantal artsen: 2.640

Naar Van	Individuele praktijk	Groepspraktijk van huisartsen	Multidisciplinaire groepspraktijk	Medisch huis	Ziekenhuis	Andere	Totaal	% van huisartsen per type werkplek
Individuele praktijk		161	69	13	7	50	300	40%
Groepspraktijk van huisartsen	21		188	45	9	61	324	27%
Multidisciplinaire groepspraktijk	6	14		14	5	14	53	15%
Medisch huis met forfait	7	15	21		8	18	69	27%
Medisch huis per handeling	4	2	1		1	4	12	22%
Ziekenhuis	0	2	3	1		1	7	54%
Andere	0	3	3	1	0	2	9	53%
Totaal	38	197	285	74	30	150	774	29%

Bron: IM Associates • Gecreëerd met Datawrapper

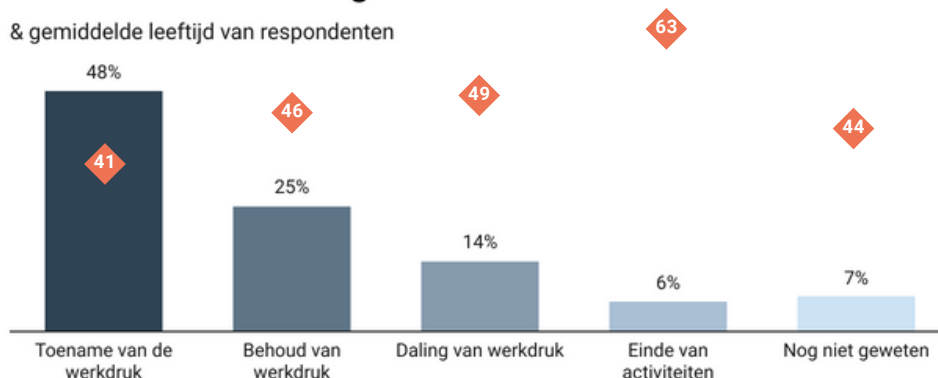
DE HELFT VAN DE HUISARTSEN VERWACHT TOENEMENDE WERKDruk

Bijna de helft van de huisartsen verwacht een toename van de werkdruk. De huisartsen die verwachten dat de werkdruk zal toenemen, zijn opvallend jonger dan de huisartsen die een stabiele of dalende werkdruk verwachten.

De huisartsen werd ook gevraagd om aan te geven op welke termijn deze veranderingen zouden plaatsvinden. De grote meerderheid (80%) verwacht deze veranderingen op korte termijn, namelijk tussen 0 en 5 jaar.

Grafiek 3.1 Toekomstige werkdruk

& gemiddelde leeftijd van respondenten



Bron: IM Associates • Gecreëerd met Datawrapper



CONCLUSIES

DE HUIDIGE WERKDruk IS HOGER DAN GEWENST

Huisartsen staan in spreidstand. De afstand tussen de gewenste werktijd van zo'n 40 uur per week enerzijds en de reële werkweek van gemiddeld 50 uur anderzijds is groot. Hoewel de helft van de huisartsen aangeeft dat een ideale werkweek 38 tot 40 uur telt, is dit slechts voor 17% van de huisartsen de realiteit. Het zijn voornamelijk jongere artsen waarvan de ideale werkweek van 38 à 40 uur overeenkomt met de effectief gewerkte uren. Het gemiddeld aantal effectief gewerkte uren neemt toe met de leeftijd van de huisarts. Het zijn hoofdzakelijk de oudere (mannelijke) artsen die momenteel meer dan 60 uur per week werken. Dit is een belangrijke factor om rekening mee te houden, wetende dat 15% van de huisartsen in de nabije toekomst met pensioen gaat. Een jonge arts zal qua tijdsinvestering dus niet het volledige werkpakket van een gepensioneerde arts opvangen. De visie op 'voltijds werk' van de jongere generaties huisartsen is te verschillend van de visie van de oudste generatie.

Driekwart van de huisartsen geeft dan ook aan dat de werkdruk 'hoog' tot 'zeer hoog' is. Volgens het merendeel van de huisartsen ligt het tekort aan collega's in de regio aan de basis hiervan, maar dit verband wordt niet bevestigd door de feitelijke densiteit van de artsen in een geografische gebied.

Deze hoge werkdruk vertaalt zich ook in specifieke voorwaarden om nieuwe patiënten toe te laten in de praktijk. Bijna een vijfde (17%) van de huisartsen voerde een patiëntenstop in. De meerderheid van de huisartsen (58%) aanvaardt nieuwe patiënten enkel onder specifieke voorwaarden. Ten slotte geeft toch nog 25% van de huisartsen aan dat ze nieuwe patiënten vrijwillig en zonder voorwaarden accepteren.

Een jonge arts zal qua tijdsinvestering niet het volledige werkpakket van een gepensioneerde arts opvangen.

EEN VIERDE VAN DE WERKTIJD GAAT NAAR BIJKOMENDE TAKEN

Huisartsen spenderen driekwart van hun tijd aan patiënten of taken die rechtstreeks met patiënten te maken hebben. Dit betekent dus ook dat ze ongeveer een kwart van hun tijd met andere zaken bezig zijn. Het gaat om medische en niet-medische taken zoals het aanvullen van patiëntendossiers, financiële administratie tot het lezen van medische literatuur.

Deze taken zijn uiteenlopend, waardoor eenvoudige oplossingen niet meteen voorhanden liggen. Duidelijk is wel dat ondersteunend personeel, medisch en niet-medisch, steevast een positieve impact zal hebben op de werkdruk van de huisartsen.

DE TIJDSBESTEDING VAN DE HUISARTS IS REGIONAAL VERSCHILLENDE

Opmerkelijk zijn de regionale verschillen in duurtijd van interacties met patiënten. De langere duurtijd in Wallonië en Brussel zorgt ervoor dat een voltijds werkende huisarts er wellicht minder interacties kan voltooien binnen dezelfde tijd dan in Vlaanderen. Daarnaast spenderen Waalse huisartsen meer van hun tijd aan reistijd voor huisbezoeken. Doorheen de verschillende analyses valt op dat Brusselse huisartsen significant verschillen van huisartsen in Vlaanderen of Wallonië.

Zo hebben deze minder wachtbelasting, lijken ze anders georganiseerd en hebben verder ook meer consultaties met een taalbarrière. Dit toont aan dat er duidelijk rekening gehouden dient te worden met regionale verschillen wanneer men het nodige huisartsenaanbod berekent voor België.

DE COVID-19-PANDEMIE HEEFT EEN BLIJVENDE IMPACT

Het aantal teleconsultaties is sterk toegenomen tijdens de pandemie. Dit lijkt een blijvende evolutie te zijn. Ook de administratieve last, die de afgelopen jaren al was toegenomen, is door de pandemie nog verder gestegen. Ten derde had de pandemie een impact op de inhoud van consultaties. Er lag meer focus op psychologische zorg, minder op preventieve zorg.

Er werden complexere zorgvragen gesteld en meer verschillende zorgvragen per consultatie. Er wordt verwacht dat dit deels zo zal blijven. Zowel de inhoudelijke als administratieve veranderingen hebben een belangrijke impact op het aantal patiëntencontacten dat een huisarts kan uitvoeren, en dus ook op het aantal huisartsen dat nodig is in ons land.

DE HUISARTSEN ZULLEN ZICH ANDERS ORGANISEREN

Er is een duidelijke evolutie merkbaar in de organisatiestructuur van huisartsen in de richting van een (multidisciplinaire) groepspraktijk. Huisartsen geven zelf aan dat ze hun toekomst zien in een groepspraktijk: enerzijds is er de beweging van huisartsen in individuele praktijken naar groepspraktijken, en anderzijds van huisartsen die al werken in groepspraktijken naar multidisciplinaire groepspraktijken. Er liggen verschillende mechanismen aan de basis hiervan. Zo plannen heel wat huisartsen die werkzaam zijn in een individueel kabinet binnenkort op pensioen te gaan of te veranderen naar een groepspraktijk. Ook zien we een duidelijke nood van jongere huisartsen aan een werkweek van 38 à 40 uur. Groepspraktijken lijken beter aan deze wens tegemoet te komen, omdat het mogelijk is het werk te verdelen onder collega's en je beter te organiseren.

Door ook multidisciplinair te werken kan de zorg nog beter worden afgestemd op de noden van de patiënt en kunnen bepaalde taken verdeeld worden onder andere zorgprofessionals. In het beleid en de planning van huisartsen moet rekening gehouden worden met deze veranderende organisatiestructuren, zodat er voldoende ruimte en ondersteuning is om deze praktijken te ontwikkelen.

Uit verschillende vaststellingen in dit onderzoek, blijkt dat er een nood bestaat aan meer huisartsen om de zorgvraag te beantwoorden. Het efficiënt inzetten van de werktijd van de huisartsen, bijvoorbeeld door het verlagen van de administratieve last, is hierin ook een belangrijke factor.

COLOFON

Opdrachtgever

*Annick Poncé, Directeur-Generaal
Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid.
Frank Vandenbroucke, Vice-eersteminister en
minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.*

Auteurs

*Beersmans A. (IM Associates), Euben T. (IM
Associates), Gils M. (IM Associates)*

Begeleidingscommissie

*Durand C. (Cel Planning van het Aanbod van de
Gezondheidsberoepen, FOD Volksgezondheid),
Steinberg P. (Cel Planning van het Aanbod van
de Gezondheidsberoepen, FOD
Volksgezondheid)*

Experten

*Alle experts en stakeholders die geraadpleegd
werden voor dit rapport, werden geselecteerd
omwille van hun betrokkenheid bij het onderwerp
van deze studie. Daarom hebben zij per definitie
mogelijks een zekere graad van belangenconflict.*

Editor

Peeters, S.

Uitgave

April 2023

Contact

*info@im-associates.eu
016 22 47 43*

